



**Quand l'apprentissage de la mammographie dans la formation
des manipulateurs d'électroradiologie médicale
se heurte aux représentations et aux évolutions des techniques
pédagogiques.**

Sous la direction de Madame Nadine Malavergne

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master (1ère année) « Sciences de l'éducation - Cadres d'intervention en terrains
sensibles»

Estelle GUÉNEAU
Promotion Sand : **2019 – 2020**
Date du jury : **juin 2020**



**Quand l'apprentissage de la mammographie dans la formation
des manipulateurs d'électroradiologie médicale
se heurte aux représentations et aux évolutions des techniques
pédagogiques.**

Sous la direction de Madame Nadine Malavergne

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master (1ère année) « Sciences de l'éducation - Cadres d'intervention en terrains
sensibles»

Estelle GUÉNEAU

Promotion Sand : **2019 – 2020**

Date du jury : **juin 2020**

« Couvrez ce sein que je ne saurais voir. Par de pareils objets les âmes sont blessées et cela fait venir de coupables pensées. »

Molière, *Tartuffe*

« Ces pièces détachables et pourtant foncièrement reliées au corps... »

Lacan, *La relation d'objet*

R e m e r c i e m e n t s

Tout d'abord, je tiens à remercier Nadine Malavergne, ma directrice de mémoire, pour sa franchise et sa clarté dans nos échanges. Sa disponibilité jusqu'au bout malgré ce contexte inédit et difficile de crise sanitaire.

M. Brito, merci d'avoir dédramatisé la méthodologie de ce travail et de l'avoir rendu passionnant.

Merci aux formateurs et étudiants Merm qui ont accepté de me consacrer du temps, qui ont partagé leurs pratiques, expériences et m'ont permis d'avancer.

Séverine, Laurence, Anne et Hasna, mes collègues, qui m'ont toujours soutenue et ont cru en moi dans cette quête sénologique, merci.

Merci à mes collègues de promo, Mathilde et Aurélie pour tous nos échanges, notamment sur la MTE.

Merci à ma famille qui a toujours été présente et m'a soutenue moralement.

Mathieu et Elsa, mes enfants, mes amours et ma force, qui désormais savent à dix ans et sept ans ce qu'est un mémoire de recherche. Merci pour votre spontanéité et vos câlins réparateurs.

Nico, le seul pour lequel un merci ne suffira jamais. Ce travail aboutit grâce à son soutien inconditionnel depuis dix-sept ans.

Liste des sigles utilisés

CDSF :	cadre de santé formateur
Covid-19 :	maladie à coronavirus 2019
DI :	dépistage individuel du cancer du sein
DO :	dépistage national organisé du cancer du sein
DTS :	diplôme de technicien supérieur
FI :	formation initiale
HAS :	haute autorité de santé
IFCS :	institut de formation des cadres de santé
Ifmem :	institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale
LMD :	licence master doctorat
Merm :	manipulateurs d'électroradiologie médicale
MCT :	mémoire à court terme
MLT :	mémoire à long terme
MTE :	méthode de la théorie enracinée
PI :	patient instructeur
SPE :	simulation pleine échelle
TD :	travaux dirigés
UE :	unité d'enseignement

Table des matières

Introduction	5
1 Émergence d'un questionnement de départ.....	11
2 Exploitation de la phase exploratoire	13
2.1 Le questionnaire en ligne.....	13
2.2 Entretiens exploratoires	13
3 De la revue de littérature à la question de recherche.....	15
3.1 Les représentations sociales : autour de la femme	15
3.1.1 Le corps de la femme dans la société	16
3.1.2 Les représentations du sein.....	17
3.2 L'apprentissage en formation initiale.....	26
3.2.1 Les mécanismes de l'apprentissage.....	26
3.2.2 Le savoir faire.....	27
3.2.3 La simulation : une technique pédagogique d'apprentissage	27
4 Formulation d'une question de recherche et des hypothèses	35
5 L'enquête de terrain	37
5.1 La méthodologie de l'enquête	37
5.1.1 La pertinence de l'outil choisi	37
5.1.2 Populations enquêtées	37
5.1.3 Construction des grilles des entretiens semi-directifs	38
5.1.4 Difficultés et biais identifiées	39
5.1.5 Conception de l'enquête	40
5.1.6 Ethique.....	40
5.2 Méthodologie de l'analyse.....	40
5.2.1 Choix de la technique	40
5.2.2 Critères d'inclusion / exclusion de l'analyse.....	43

6	Analyse des résultats et discussion	45
6.1	La thématique de représentation	45
6.1.1	Le sein : « <i>quelque chose</i> » d'intime.....	45
6.1.2	Le sein : « de banal à pathologique ».....	48
6.1.3	Le sein : « un conflit du genre ».....	51
6.2	La thématique d'apprentissage.....	55
6.2.1	L'apprentissage à l'aide de la simulation : source de savoir-faire.....	55
6.2.2	La simulation : frustrations et limites en formation Merm.....	58
6.2.3	Pouvoir ou devoir tout simuler.....	61
6.3	L'identité professionnelle : une thématique émergente de l'enquête de terrain	67
6.3.1	Le manque de maturité comme frein à l'apprentissage de la mammographie.....	67
6.3.2	L'éducation, la culture : d'autres freins à cet apprentissage.....	70
6.3.3	Les clefs pour la construction de l'identité professionnelle.....	72
7	Retour sur les hypothèses	77
7.1	Les représentations en causes	77
7.2	Evolution des techniques d'apprentissage chez les Merm.....	79
	Conclusion.....	81
	Bibliographie.....	87
ANNEXES		
Annexe I : fiche UE 4.4 semestre 2		
Annexe II: résultat de l'enquête en ligne		
Annexe III: promotion médiatique de la santé		
Annexe IV : le sein dans l'art		
Annexe V: talon sociologique des enquêtés		
Annexe VI : grilles d'entretiens		
Annexe VII : objectifs des questions		

Annexe VIII : retranscription entretien n°1 : Sylvie

Annexe IX : retranscription entretien n°7 : Anne -Sophie

Annexe X : retranscription entretien n°8 : Thierry

Annexe XI : retranscription entretien n°11 : Chams' Eddine

Introduction

Ce mémoire réalisé dans la cadre de l'obtention du diplôme des cadres de santé et d'un Master 1 « sciences de l'éducation - cadres d'intervention en terrains sensibles » en partenariat avec l'université de Nanterre, portera sur le thème de l'apprentissage de la mammographie en formation initiale des manipulateurs d'électroradiologie médicale (Merm).

La mammographie est un examen d'imagerie de projection¹ qui permet d'explorer le sein. Le sein est sujet à de nombreuses représentations. Il est présent dans les écrits, dans l'art, sur les écrans de télévision, sur internet. Il est parfois même au cœur de controverses sur les réseaux sociaux. « Le sein va renvoyer essentiellement au sein de la femme, organe sexuel secondaire et glande mammaire, [...] De l'autre côté le sein nourricier [...]. Il y a la femme, la mère, l'enfant d'un côté, et le sein quasi autonome de l'autre. Symbole de jeunesse, de beauté et d'abondance, il orne nos panneaux publicitaires. Il est objet de préoccupation d'une société affichant un souci de bonne santé par ses exhortations à la prévention de cancer du sein » (Bruillon, 1996, p. 12). Jusqu'à quel point doit-on ou peut-on montrer ce sein, est souvent source de questionnement ? « Couvrez ce sein que je ne saurais voir. Par de pareils objets les âmes sont blessées et cela fait venir de coupables pensées » (Molière, Tartuffe, 1667).

Les représentations psychologiques, culturelles et sociales de cet organe pair sont mises à mal dans le monde contemporain, En effet, le cancer vient bouleverser les représentations du sein. D'après Gros (1988), aujourd'hui, le sein est représenté comme étant potentiellement malade.

Le dépistage du cancer du sein est un enjeu de santé publique, il est la première cause de décès par cancer chez la femme en France, d'après l'agence nationale de santé publique.

Les « Plans cancers » élaborés par les gouvernements visent à améliorer la prévention et à optimiser la prise en charge. De plus, le dépistage organisé du cancer du sein (DO), créé en

¹ Plus communément appelé : radiologie

2004, est en constante évolution, notamment avec l'arrêté paru le 22 février 2019. Il s'agit d'un enjeu de santé publique mais également économique.

En effet, cette organisation offre un dépistage gratuit aux femmes entre cinquante et soixante-quatorze ans. Cet examen d'imagerie de projection permettant la détection de cancers du sein est réalisé par des auxiliaires médicaux ; les Merm.

Le Merm est un acteur incontournable dans la réalisation des mammographies. À ce jour, aucun autre professionnel paramédical ne peut le remplacer dans la réalisation de cet acte. D'après le décret du 5 décembre 2016 relatif aux actes et activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale, il est habilité dans le domaine de l'imagerie de projection à la « réalisation des actes d'exploration ne nécessitant pas l'administration concomitante de médicaments ». De plus, le domaine de la compétence 2 « mettre en œuvre des soins à visée diagnostique et thérapeutique en imagerie médicale » dans l'Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'Etat confirme que le Merm réalise les actes de mammographie. Le référentiel de formation est articulé en actes, activités et compétences à valider. La mise en application de cet arrêté s'inscrit dans la dynamique d'évolution des formations paramédicales ; d'une part avec la mise en place du cursus licence master doctorat (LMD) et d'autre part avec le « plan santé 2022 », dans lequel la réforme de la formation en santé est une priorité. Par ailleurs la Haute Autorité de Santé (HAS) avait publié, en février 2012, des préconisations concernant les modalités pédagogiques en santé avec notamment le développement de la simulation.

Au-delà de cette réalité sociale, il existe une réalité professionnelle d'explorer cette thématique. La mammographie est pratiquée par les Merm dans le cadre du DO mais aussi dans un dépistage dit « individuel » (DI). Dans ce cas les patientes viennent avec la prescription d'un médecin traitant ou dans le cadre d'un suivi après cancer². Dans le DI elles sont libres de choisir l'établissement dans lequel elles souhaitent faire leur examen.

La mammographie effectuée dans le cadre du DO nécessite que les Merm réalisent une formation qualifiante obligatoire ce qui n'est pas le cas pour le DI, les Merm réalisent les mammographies sans formation complémentaire. Cependant les exigences de réalisation technique, de prise en charge et de qualité sont les mêmes dans le DO et le DI. Tous les

² Les patientes qui ont un antécédent personnel de cancer du sein, ne sont plus invitées à réaliser leurs mammographies dans le cadre du DO.

manipulateurs doivent appliquer les mêmes bonnes pratiques que les sociétés savantes³ recommandent.

Aborder ce thème est donc pertinent d'un point de vue professionnel, aussi bien pour le Merm que pour le cadre de santé formateur (CDSF).

Il est responsable de l'organisation de l'enseignement prescrit dans le référentiel de formation qu'il doit suivre. L'enseignement de la sénologie se trouve dans l'unité d'enseignement (UE) 4.4 du semestre 2 : explorations radiologiques de projection (en annexe I). La recommandation pédagogique est la suivante « la mise en situation simulée doit être systématique » et les critères d'évaluation « évaluation écrite des connaissances, mise en situation simulée ». En effet, la technique d'apprentissage par simulation dans les formations paramédicales permet un apprentissage de situations ou actes complexes à réaliser. L'apprentissage par simulation procédurale permet à l'étudiant d'acquérir des savoirs techniques. Ces savoirs font directement appel au « comment faire » et se confrontent au réel (Malglaive, 1982). Dans les instituts de formation de France l'enseignement de la mammographie compte en moyenne trois heures de cours magistraux sur l'ensemble des trois années de formation et la plupart du temps aucun travaux dirigés (TD) de simulation comme l'exige le référentiel de formation des Merm.

Outre le fait que le CDSF doit pouvoir répondre aux recommandations du référentiel de formation, la méthode pédagogique par la simulation est pertinente pour l'apprentissage de l'étudiant puisque, comme le rappelle la HAS dans le cadre des activités de soin technique : « jamais la première fois sur un patient ». Pourtant seulement 4% des instituts⁴ français pratiquent la simulation en mammographie.

Les étudiants sont formés par alternance, ce qui permet une combinaison des savoirs. Il n'existe plus de clivage entre apprentissage théorique et apprentissage clinique « Il ne s'agit pas d'opposer deux modes d'acquisition des savoirs, il s'agit de les rendre complémentaires pour qu'existe une alternance apprenante » (Fernagu-Oudet, S, 2004. p 117).

En stage, les étudiants doivent être encadrés par un tuteur dans les services d'imagerie. Cependant les équipes se trouvent souvent confrontées à des situations de sous effectifs. Les services d'imagerie médicales n'échappent pas à un contexte général difficile. Le métier de Merm est dit « *sous tension* », à savoir, qu'à l'échelle nationale, il existe un nombre de postes

³ Ici, la SFR (Société Française de Radiologie)

⁴ Voir enquête en Annexe II

à pourvoir nettement supérieur à la population des manipulateurs exerçant. Pour exemple, il existe actuellement environ deux cent trente et un postes à pourvoir sur l'ensemble du territoire français, donnée évaluée par l' Association française de la profession paramédicale en électroradiologie (AFPPE) en 2019. Ainsi, malgré l'importance de l'alternance dans les apprentissages, il semble que les étudiants n'aient pas toujours l'opportunité de pratiquer la mammographie en stage. Sous-effectif des équipes, tutorat réduit, examen jugé difficile à réaliser et trop délicat car il touche à l'intimité, en sont les raisons les plus fréquemment évoquées. De plus, il n'existe aucun item validant la réalisation de cet acte au niveau du portfolio⁵ des étudiants. Dans le référentiel de formation, la mammographie est considérée comme un examen d'imagerie de projection au même titre qu'une radiographie standard (du pied, de la main etc.). Son apprentissage ne semble pas une priorité en institut de formation, mais ne l'est pas non plus sur les lieux de stage.

Pourtant la réalisation d'une mammographie demande du temps et de la rigueur. Ce d'autant qu'elle est immédiatement associée à la recherche de cancer du sein, avec toutes les représentations que cela implique : mutilation, perte de cheveux, perte de sa féminité voire de la mort. Le cancer demeure un sujet tabou dans la société (Vernet, Henry, 2007)

Les patientes viennent initialement « *juste* » pour un examen radiologique et elles repartiront peut-être avec une annonce de cancer du sein. Cela génère une forte source d'angoisse lors de la réalisation de l'acte. D'après Reich (2009) « l'image du corps et son altération constituent un problème crucial en oncologie tant pour les patients que pour les équipes soignantes. »

L'apprentissage de la mammographie en formation initiale (FI) peut paraître insuffisant au regard des enjeux qu'il représente dans le dépistage du cancer du sein. *In fine*, la patiente est la première bénéficiaire de la qualité de cet apprentissage.

La mammographie est l'examen de première intention pour la détection du cancer du sein. « La mammographie est la seule méthode de dépistage aux résultats tangibles. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 2008 , elle permet de réduire la mortalité par cancer du sein de 20 à 30% chez les femmes de plus de 50 ans des pays à revenu élevé . L'objectif du DO est d'inciter les femmes à participer à un dépistage précoce et systématique du cancer afin d'en optimiser la

⁵ Document qui permet de recenser les acquis des étudiants en stage

prise en charge. L'institut national du cancer (Inca, 2019) expose que le principal moyen pour lutter contre le cancer du sein demeure la réalisation d'un dépistage précoce et d'optimiser les chances de guérison. Le dépistage est un moyen de prévention secondaire mis à disposition des patientes mais en aucun cas une obligation. Étant donné que le Merm réalise également des mammographies en dehors du DO, s'intéresser à la formation initiale et en optimiser l'apprentissage semble pertinent pour les femmes. La qualité et la sécurité des soins à visée diagnostique restent la première priorité.

Ce thème est également important à titre personnel car toutes les femmes sont des patientes potentielles. C'est aussi la résultante de plusieurs années d'observation et d'étonnement. Lors de ma propre formation initiale, j'ai eu peu d'enseignement en mammographie. Ensuite, ma prise de poste en centre de lutte contre le cancer spécialisé en sénologie, a été ponctuée de difficultés quant à la réalisation de mammographies. Le service accueillait peu de stagiaires. Les établissements de formation ne nous sollicitaient pas pour des places de stage.

J'ai toujours eu le sentiment de donner du sens à mon travail auprès des patientes atteintes de cancer car si le métier de Merm requiert des connaissances techniques, il s'appuie sur des qualités relationnelles. Mon positionnement en tant que faisant fonction de CDSF en institut de formation de manipulateur en électroradiologie médicale (Ifmem) n'a fait qu'étayer mes premières observations et convictions. Je cherche à transmettre les bonnes pratiques professionnelles qu'elles soient techniques ou relationnelles aux étudiants en dépassant l'apport théorique de base ; en adoptant une posture réflexive.

Au-delà de mes expériences professionnelles, je suis une manipulatrice convaincue de l'importance du dépistage des cancers du sein. J'ai été témoin de mauvaises pratiques qui ont eu de graves conséquences pour les patientes, notamment des jeunes femmes. Ces différents éléments font que je suis engagée dans la lutte contre le cancer du sein. Je ne m'étais jamais questionnée sur mon positionnement en tant que « féministe ». Plus j'échange sur ce sujet, plus on me pose la question « *Êtes-vous féministe ?* » Mes premières réponses ont été « *non* », cela avait pour moi une connotation négative. Je n'avais pas envie d'être jugée. Le féminisme est souvent caricaturé notamment à travers le mouvement Femen⁶, qui peut avoir des actions médiatisées violentes. Ce mouvement peut être aussi assimilé à une opposition constante aux

⁶ Mouvement féministe depuis 2008

hommes. Aujourd'hui, grâce à mes recherches et à mes réflexions, je suis en capacité d'assumer un côté féministe. Je ne partage pas toutes les valeurs de ce mouvement, cependant le droit de disposer de son corps est essentiel. Je crois que les examens concernant le sein doivent pouvoir s'apprendre comme les autres. Cependant, je commence à percevoir que la vision du corps et spécifiquement celle du sein n'est pas universelle. Je dois me détacher de mes convictions et représentations personnelles afin de mener à bien ce projet de recherche.

La première partie de ce mémoire concernera l'émergence de ma question de départ en abordant la naissance de mes motivations pour ce thème. Dans la deuxième partie, j'exploiterai mon enquête exploratoire. Elle a été source d'informations pertinentes.

Pour faire évoluer cette question de départ, j'ai approfondi mes lectures afin de construire ma revue de littérature. J'ai retenu deux concepts principaux que je développerai en troisième partie.

Ma question de recherche découle de cette partie théorique, j'ai ensuite émis deux hypothèses en réponse à cette question qui feront l'objet de la quatrième partie.

Afin de tenter de répondre à cette question de recherche, une enquête de terrain, avec une méthodologie qualitative, a été menée. La cinquième partie de cette monographie est consacrée à cette investigation.

La partie suivante est destinée à l'analyse des résultats qui mènera à une discussion en rapport avec les hypothèses énoncées.

Ce mémoire est réalisé dans un contexte de crise sanitaire inédite liée à la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19), c'est pourquoi ma conclusion va permettre de faire le bilan de ce travail mais aussi d'ouvrir sur des observations en tant que future cadre de santé, en lien avec mon questionnement mais aussi avec la crise qui sévit actuellement

1 Émergence d'un questionnement de départ

L'étude du sein est une spécialité à part entière, notamment en imagerie. Cette spécialité me passionne, elle est à la fois complexe, par son exigence dans la réalisation mais surtout dans la prise en charge globale de la patiente. Pour développer un « savoir-faire et un savoir être », j'ai fait appel à une actrice lors d'une session de formation continue « perfectionnement en sénologie » auprès d'un public de professionnels. Celle-ci venait « simuler » la patiente pour que les cessionnaires apprennent d'une part à positionner le sein, et d'autre part à comprendre les enjeux relationnels dans la prise en charge des patientes. Il s'agissait d'utiliser la technique pédagogique de simulation.

J'avais le souhait de mettre en place des TD avec les étudiants afin qu'ils apprennent « les bons gestes ». Il me paraissait essentiel que l'examen de mammographie soit enseigné de la même manière que les autres examens de l'imagerie de projection. Cette idée de TD a suscité de vives réactions auprès de collègues qualifiant cette pratique avec l'actrice de « prostitution ». Ces termes m'ayant été rapportés, je n'ai pas pu argumenter et expliciter mes intentions pédagogiques. Cependant cela a provoqué chez moi une forte incompréhension, mon but étant de permettre aux étudiants d'acquérir des compétences. A aucun moment, je n'ai voulu mettre à mal la dignité de l'actrice. Je suis particulièrement intéressée par les différentes techniques et outils en pédagogie, et je ne considère pas le sein comme un organe à dissocier du corps. À mes yeux, il s'agit d'un organe, potentiellement malade, comme bien d'autres. Ma stupeur s'est peu à peu dissipée pour laisser émerger une envie de comprendre. Je me suis interrogée sur la faisabilité de cette technique d'apprentissage et sur sa faisabilité auprès d'étudiants. Cela m'a conduit à la question de départ suivante :

Comment peut-on favoriser l'apprentissage de la mammographie aux étudiants Merm en tenant compte des représentations sociales que cet examen suscite ?

Afin de tenter de préciser ma question de départ et d'aboutir à ma question de recherche, j'ai effectué un questionnaire en ligne auprès de quarante-deux instituts de formation de Merm et j'ai réalisé deux entretiens exploratoires. Ceci m'a permis de dégager les concepts que je souhaite développer.

2 Exploitation de la phase exploratoire

2.1 Le questionnaire en ligne

Je n'ai pas trouvé de données empiriques sur les modalités d'enseignement de la mammographie en FI. J'ai donc choisi d'utiliser un questionnaire en ligne « google form ® », que j'ai envoyé à quarante-deux établissements qui forment les Merm. La construction de cet outil a été simple. Le but de cette enquête a été de déterminer le temps de formation accordé à la mammographie et son type d'enseignement. J'ai obtenu 61,9% de participation. Je considère que mon taux de réponse est représentatif car il est supérieur à 30%. Mon objectif était de déterminer la technique pédagogique mise en place dans les TD. Au vu des réponses présentées en annexe II, 42,3% des instituts n'ont pas mis en place de TD. Lorsqu'ils sont réalisés, ils portent principalement sur du contrôle qualité⁷ ou sur de l'analyse de clichés⁸. Seulement 4,76% des établissements ayant répondu à l'enquête utilisent la simulation pour l'apprentissage du positionnement de la patiente. À la suite de ce questionnaire, j'ai eu des échanges par mail avec une formatrice qui pratique la simulation. Dans son mail elle m'a indiqué : « *Concernant les stages, il est important de savoir que la mammographie est intégrée dans le stage de radio. Mais tous les terrains de stage ne proposent pas cette activité et certains refusent que les étudiants masculins réalisent des mammo* ». Le thème de cette recherche représente une réalité de terrain et non pas une problématique isolée à mon institut de formation.

2.2 Entretiens exploratoires

Les entretiens exploratoires auprès de deux formateurs m'ont permis d'effectuer une abstraction conceptuelle. La première notion apparue est celle de la **représentation du sein dans la société**. Dans mes échanges, j'ai senti un embarras s'installer au moment de parler des seins ce qui m'a amenée à aborder la question de l'intimité. Au début, les collègues ont cherché des explications scientifiques ou techniques. Mais la principale phrase qui est ressortie de ces entrevues est « *oui mais le sein ce n'est pas pareil* ». La deuxième notion que je souhaite retenir est celle de la **représentation du genre**. Alors que mes questions n'ont jamais fait état de cette distinction entre homme et femme, cette différence est pourtant systématiquement apparue.

⁷ Le contrôle qualité est un ensemble de procédures à suivre pour assurer la fiabilité quotidienne de la machine

⁸ Repérer et visualiser des critères de réussites techniques et les pathologies à partir d'une image

Je souhaite également m'appuyer sur le paradigme de l'**apprentissage**. Je me rends compte que les deux enquêtés verbalisent leurs doutes sur l'utilisation de la simulation en santé. Personne n'a contesté le fait qu'il est important de former les Merm en mammographie afin de répondre à l'exigence du référentiel mais personne n'a pu m'expliquer comment faire. Explorer les bénéfices de la simulation pour l'apprentissage peut permettre de mettre en lumière le besoin de développer cette technique.

De ce fait je me suis interrogée sur la **clinique de l'activité**. Il existe un écart entre le travail prescrit et le travail réel, de ce fait le mot « compliqué » lors de la mise en place de séances de simulations a été prononcé. Il est indiqué dans le référentiel de formation que la simulation doit être utilisée de manière systématique, mais il semblerait que la mammographie en soit exclue dans la pratique.

Même si la question de la clinique de l'activité aborde une partie de la problématique, j'ai choisi de ne pas exploiter cette piste car elle risque de diriger mes entretiens vers un axe que je ne souhaite pas développer. J'ai donc privilégié une analyse pédagogique de ce thème plutôt qu'une analyse du travail ou de l'activité du CDSF.

3 De la revue de littérature à la question de recherche

La notion de représentation sociale me semble intéressante à retenir. Elle est vaste et complexe c'est pourquoi mon analyse va s'axer uniquement autour des représentations qui gravitent autour de la femme. La dualité homme femme joue un rôle prépondérant dans notre société. Dans un premier temps, l'éternelle question de la domination masculine allant des recherches sociologiques de Bourdieu (1998), par exemple, aux actions et écrits féministes me paraît pertinente à expliciter afin de comprendre la problématique. Ensuite, un retour historique sur la vision du corps de la femme me semble important pour appréhender sa place aujourd'hui dans la société. Ensuite j'interrogerai la littérature plus spécifiquement sur la représentation du sein. On pourrait croire que parler du corps de la femme revient à parler aussi du sein. Pourtant cet organe est mis à part, il possède ses propres représentations. Pour finir, ce développement j'expliquerai la place de la mammographie dans la vie d'une femme.

Le deuxième paradigme que je choisis de développer est celui de l'apprentissage à travers la technique pédagogique de la simulation. Il sera utile d'explorer les avantages et les limites de l'utilisation de cette technique dans l'apprentissage de la mammographie avec les étudiants Merm.

3.1 Les représentations sociales : autour de la femme

Le sociologue Emile Durkheim est le premier à introduire la notion de représentation collective qu'il oppose à la représentation individuelle. De cette notion est né le concept de représentations sociales repris notamment par Serge Moscovici. Il décrit une méthodologie de la représentation par trois fondamentaux. Les représentations seraient un « ensemble hiérarchisé et organisé des jugements des attitudes et des informations qu'un groupe social donné élabore à propos d'un objet » (Abric, 2003).

Les représentations sociales sont un objet central en sciences humaines. Le monde dans lequel nous vivons est partagé avec les autres, nous ne sommes pas isolés. Il s'agit d'un phénomène qui nous permet de comprendre, gérer et affronter le monde qui nous entoure « C'est pourquoi les représentations sont sociales et si importantes dans la vie courante. Elles nous guident dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à leur égard et les défendre. » (Jodelet, 2003, p. 47).

Les représentations sociales sont facilement observables, elles sont partout. Elles peuvent être véhiculées de multiples façons, les médias, les discours ou encore par les attitudes. Elles peuvent nous permettre de comprendre les individus mais aussi les groupes dans la société. Je vais maintenant m'intéresser à la représentation du corps de la femme dans la société. (Jeannerod, 2010)

3.1.1 Le corps de la femme dans la société

La représentation du corps est un concept complexe, l'image que nous avons du corps humain va être déterminé par la façon dont nous percevons notre propre corps.

La représentation du corps, et dans ce sujet, plus spécifiquement celui de la femme, a subi de multiples changements, mutations et évolue à travers le temps. La vision du corps de la femme d'hier n'est plus la même que celle d'aujourd'hui. (Goetgheluck, & Conrath, 2015). J'ai choisi de revenir sur cette représentation dans la société. L'émancipation et la libération du corps de la femme se sont affirmées au fur et à mesure de l'évolution sociale. La libération du corps a commencé au milieu du XIX^{ème} siècle. Initialement considéré comme une variante du corps masculin, le corps de la femme est sous-estimé. « L'affirmation de la prépondérance du masculin par rapport au féminin est donc évidente, à travers l'affirmation du masculin comme principe universel, fondée sur la supposition selon laquelle le féminin serait une variante inférieure du masculin, tributaire de la manière selon laquelle on définissait, à l'époque, les organes sexuels à partir d'appropriations faussées de leurs propriétés naturelles » (Bourdieu, 1998). Les différences homme femme sont indiscutables. Celles-ci se caractérisent initialement par des différences physiques et biologiques (Bourdieu, 1998, p. 23). Cependant ces différences ne s'arrêtent pas là. La société a construit une multitude de codes qui intègrent l'homme dans une domination quasi constante. Ce n'est qu'à partir de la fin du XIX^{ème} dans les études de Freud, que le corps de la femme acquiert plus de reconnaissance. Il introduit, notamment, la différenciation entre la femme et la féminité (Fontenele, 2016). Dans les années 1990, c'est l'étude sociologique de Kaufmann sur les seins nus à la plage, qui tente également de démontrer la libération des corps. Cependant cette libération n'est peut-être qu'une illusion, encore remplie de codes et de stigmates de la beauté. Même si de nombreux mouvements, notamment féministes tentent de bousculer ces représentations, elles restent solidement ancrées dans la société. (Bourdieu, 1998. p 48)

« Au XXe siècle, deux courants féministes sont devenus prédominants : le féminisme défendant l'égalité entre hommes et femmes et le féminisme français, défendant l'idée d'une différence irréductible entre hommes et femmes. » (Fontenele, 2016)

L'image de la femme est trop souvent réduite à des stéréotypes, : « les stéréotypes désignent des représentations réduites et figées dans la répétition qui permettent de rapporter ce que nous voyons à des modèles préexistants pour pouvoir comprendre le monde, faire des prévisions et régler nos conduites » (Amossy & Herschberg-Pierrot, 2005, p. 28). La presse féminine a déclenché des mouvements de colère et de rejet de la part des militantes féministes dans les années 1960 à 1970 (Ruiz, 2018). C'est la féministe Betty Friedan⁹ qui lance le débat sur le rôle des femmes dans la société, leur épanouissement ne peut pas être exclusivement en rapport avec la maternité et leur place dans leur foyer. La condition de la femme sous l'emprise de la domination masculine est reprise par des auteures féministes américaines. L'image de la femme devient l'objet, son image sert à vendre. (Chazalon, 2019)

Cette domination se retrouve également dans le cinéma Hollywoodien qui donne aux hommes le rôle de l'action et le rôle « sexuel » aux femmes. La communauté des chercheurs des *Cultural Studies* n'aborde plus les stéréotypes féminins dans une notion de domination masculine mais plutôt dans celle d'un rapport de pouvoir. (Butler, 2006).

Ces femmes revendiquent leur liberté en mettant en avant leur pouvoir en montrant leurs seins. Ce pouvoir s'exerce depuis l'antiquité. Allant jusqu'à des slogans de promotion de la santé promues par des célébrités pour le dépistage : « je montre mes seins, je sauve ma vie » (en annexe III)

La représentation sociale du corps de la femme possède son histoire, sa complexité et tente de se soustraire à cette domination masculine. Cependant un organe semble isolé de ces représentations, et possède les siennes tout aussi complexes : le sein.

3.1.2 Les représentations du sein

Le sein est sujet à trois représentations selon Kaufmann (1998). Elles s'intègrent dans trois domaines ; la maternité, l'érotisme et l'esthétisme. Ces trois perceptions peuvent être abordées dans les domaines de la psychanalyse, l'anthropologie ou encore la sociologie. Je vais tenter d'

⁹ Betty Friedan, fondatrice de la National Organization for Women (NOW)

en analyser le côté sociologique, il sera cependant nécessaire de passer par des explications succinctes touchant au domaine de la psychanalyse.

3.1.2.1 Le sein maternel

3.1.2.1.1 Retour sur le versant psychanalytique

Nous ne pouvons pas explorer les représentations du sein sans revenir à la genèse de sa fonction première biologique et des liens que cela génère avec le nourrisson.

« Le sein », écrit au singulier représente l'objet présenté à l'enfant dès sa naissance. Il est l'organe de l'allaitement. L'enfant y trouve à la fois un contact intime avec sa mère et une source de nourriture. Cet échange procure une satisfaction bilatérale. Le sein va être considéré par l'enfant comme un objet. Cet objet va être catégorisé tour à tour en représentation Réelle / Symbolique / Imaginaire (Bruillon, 1996, p. 21). La relation à l'objet « le sein » va générer chez l'enfant un manque, qui pourra passer de frustration, privation à castration.

Le nourrisson crie pour réclamer à manger, sa mère disponible devient un objet symbolique, il la matérialise comme étant le symbole de la satisfaction de son besoin. Cependant lorsque sa mère ne répond pas à cet appel, elle devient la mère « réelle », celle qui détient le pouvoir de priver le bébé grâce à son corps, et par prolongation son sein. Il va devenir objet de l'imaginaire, la mère va faire le don de cet organe à l'enfant pour qui il va devenir source de fantasmes et de satisfactions. Lorsque le sein est considéré comme détaché du corps de la mère il prend pleinement sa position d'objet « ces entités corporelles ne sont pas à proprement parler des fragments matériels du corps, des éléments organiques, mais plutôt des fantasmes, des figures, des simulacres qui enveloppent le réel de la jouissance » (Nasio, 2007). C'est le moment du sevrage qui va devenir une forme de castration pour l'enfant. Il existe une rupture du corps à corps qui s'opère entre la mère et le nourrisson. L'enfant va devoir se familiariser avec de nouveaux objets qui pourront le satisfaire (Bruillon, 1996, p. 23).

La relation qui se met en place entre la mère et l'enfant lors de l'allaitement est innée mais pas indispensable, cependant Freud pense que les personnes n'ayant pas connu l'allaitement maternel ressentent une certaine nostalgie du sein (Bruillon, 1996, p. 25).

Cette symbolique va également prendre sens dans les représentations sociales qui s'exercent autour de l'allaitement. C'est à partir de l'écrit de Freud « *Introduction à la psychanalyse* » en

1916, que le sein est reconnu comme faisant partie de l'appareil génital féminin. Le sein dit « nourricier » va ensuite se confronter avec le sein dit « érotique » (Fontenele, 2016).

Cette courte vision psychanalytique du sein, montre qu'il possède dès les prémices de la vie une symbolique particulière, à la fois pour la mère et pour l'enfant. « Cette relation première au sein de la mère, ou la qualité du maternage des premiers mois, marque notre personnalité d'une empreinte ineffaçable. Cela donne au sein une valeur imaginaire extrêmement forte ». (Brusset, 2007)

3.1.2.1.2 La sociologie de l'allaitement

L'allaitement ne semble plus être un choix uniquement biologique. Il existe une dimension sociale et culturelle forte. La vision de l'allaitement d'hier n'est plus la même que celle d'aujourd'hui.

Avec l'avancée des sciences et de la technique, le choix de « donner le sein » ou non à son enfant n'est plus régi uniquement par la loi de la nature. (Brusset, 2007).

D'après Gojard (2003), sociologue «Allaiter est une décision individuelle, mais qui ne s'effectue pas indépendamment d'un ensemble de prescriptions ou de représentations morales et symboliques. Les mères se soucient de l'opinion de leur entourage familial et amical, de l'avis de leur médecin, voire de ce qu'elles ont lu dans des revues ou dans des livres ». Comme vu précédemment, le sein possède de fortes représentations en psychanalyse, c'est pourquoi ces représentations se retrouvent dans la société et peuvent influencer les choix de l'« utilisation » du sein. Il existe et persiste un conflit entre les revendicateurs de l'allaitement artificiel et ceux de l'allaitement naturel. Plus les sociétés évoluent plus les femmes ont tendance à abandonner, ou du moins à considérablement raccourcir la durée de cet allaitement naturel. Les raisons de cette résistance sont multiples : « insuffisante quantité ou mauvaise qualité du lait, fatigue pour la mère, refus du mari, restriction de liberté sexuelle [...] « Facilité » de la méthode artificielle, inadaptation des lieux professionnels ou publics, refus de l'animalité lié à l'allaitement » (Gros, 1988. p 91). Ces variations de positionnement et de perceptions sociales sont influencées par la catégorie sociale des femmes. Dans son étude, Gojard (2003) révèle qu'il semble exister deux raisons d'allaiter. La première, pour des raisons naturelles qui procurent du plaisir à la femme et à l'enfant, cela concerne souvent les femmes des milieux populaires et peu diplômées. Dans ce cas les femmes allaiteront l'enfant longtemps. Dans le deuxième cas les femmes « donneront

le sein » pour des raisons médicales. L'allaitement sera court avec un sevrage progressif. Elles déclarent ne pas éprouver de plaisir. Ces femmes sont d'un niveau social plus élevé avec des diplômes du niveau supérieur. La société influence fortement les choix et les décisions des femmes sur leur propre représentation de leurs seins.

3.1.2.2 Le sein érotique

Le sein est biologiquement étiqueté comme « caractère sexuel secondaire ». Pourtant son rôle dans les rapports sexuels dépasse la définition scientifique de simple appendice thoracique. Le sein nu attire le regard. Kaufmann (1998) dans *Corps de femmes regards d'hommes* explore ce phénomène. Les hommes enquêtés dans ce contexte expriment une obligation de regarder, mais très discrètement pour ne pas passer pour des « *mateurs* ». Cela provoque souvent une gêne, due aux représentations érotiques des seins. Ils ont la capacité de provoquer chez l'homme des pulsions sexuelles au même titre que d'autres organes sexuels. Par ailleurs, la tendance est à banaliser la vue des seins nus, à force d'en voir ils n'intéressent plus. « Le sein nu est banalisé sur la plage, le sein nu est banalisé dans l'ensemble de la société : on en voit partout » (Kaufmann, 1998, p.150). Cette banalisation de l'image des seins tend à rendre cette partie du corps féminin beaucoup moins érotique. « C'est le côté femelle de la femme et ça n'a rien de sensuel » (Kaufmann, 1998). Malgré les dissonances existantes entre le sein dévoilé et le sein caché, il convient de constater que le sein est un organe ambigu. Ses multiples représentations permettent à ceux qui le regarde de se dédouaner d'une vision érotique en prétextant une vision du sein nourricier : « le sein peut se montrer parce qu'il dissimule plus facilement ses réalités sexuelles derrière le voile de ses fonctions maternelle et esthétique. Le sein est le pied de nez que le sexe fait à la morale » (Gros, 1988).

Cette ambiguïté est retrouvée dans la dernière vision du sein que je vais évoquer : celle du sein esthétique. Ce symbole féminin de maternité et d'érotisme est enclin à de nombreuses controverses quant à sa composante esthétique.

3.1.2.3 Le sein esthétique

Le sein est partout. Hier il était présent dans l'art. Aujourd'hui il est parfois devenu sur-médiatique.

3.1.2.3.1 Histoire du sein à travers l'art

Depuis 30 000 ans les artistes représentent le sein. Ces représentations peuvent être source d'inspiration, de beauté, de révolte voire d'outrage au fil des siècles. Au Moyen Age, dans des peintures telles que celles de Van Cleve, *La vierge et l'enfant*, on peut voir les vierges Lactatrices (annexe IV), donnant le sein droit. Elles représentaient l'apaisement dans un siècle touché par la peste et la peur de la mort. Pourtant, dans certaines œuvres telle que celle de Jean Fouquet, *Vierge à l'enfant* (annexe IV), le sein nourricier disparaît pour commencer à devenir érotique.

A partir du XVIII^{ème} siècle, le sein est souvent représenté dans la peinture, montrant des femmes galbées avec des formes généreuses. Il est symbole de féminité, d'érotisme. Il est beau. (Gagnebin de M'Uzan, 2007). Delacroix dans son œuvre *28 juillet ; La liberté guidant le peuple* (annexe IV) a fait le choix de représenter une femme aux seins dénudés comme symbole de liberté « En glissant au-dessous des seins, il laisse voir la pilosité de son aisselle que les classiques ont trouvé plutôt vulgaire, la peau d'une déesse devant être lisse. La nudité relevant du réalisme érotique l'associe effectivement aux victoires ailées. » (Hadjinicilaou, 1979).

Les représentations du sein dans l'art et plus précisément la peinture sont multiples, elles ont évolué au fil des siècles.

Sans s'en rendre compte, les visions du sein au cœur de notre culture permettent de construire nos propres représentations. Celles-ci sont pourtant dictées par de nombreux codes.

3.1.2.3.2 Les codes de la beauté pour les seins

Dans Kaufmann (1998), la beauté féminine résiste à toutes les évolutions. Le sein est un vecteur principal dans cette volonté d'exposer la beauté. Le regard posé par les hommes sur les seins nus, notamment à la plage, est enclin à de forts jugements. La beauté des seins est hiérarchisée répondant à des codes parfois binaires : « haut-bas, ferme-flasque, petit-gros (...) mais un objet fini, beau ou laid par nature » (Kaufmann, 1999, p.186). Il va être soit « beau » soit « horrible ». D'après Gros (1988) se contenter de réduire le beau du sein à certaines normes de fermeté et de hauteur peut sembler aberrant compte tenue des multiples morphologies et particularités qu'il présente suivant les femmes. Cependant cela peut influencer les femmes à ruser avec l'utilisation d'artifice de mode au service de l'esthétique du sein. En 1900 ce sont les corsets qui subliment et maintiennent la poitrine des femmes. Aujourd'hui ce sont les soutiens gorge

qui remplissent ce rôle, afin que la femme puisse « exposer » une poitrine opulente, ferme et haute pour répondre aux codes de l'esthétique (Gros, 1987, p. 33).

Ces codes sont très présents, les seins parfaits se retrouvent quotidiennement dans les médias.

3.1.2.3 Le sein médiatique

Le sein a fait son apparition dans les magazines dans les années 1900 avec l'arrivée de la photographie. « L'obsession séculaire des seins a trouvé dans la photographie un support omniprésent, reproductible, peu encombrant et bon marché par rapport aux productions iconographiques artistiques traditionnelles, dessins, estampes ou peintures. » (Gros, 1988, p.16).

Ces images circulent à la fois dans la presse féminine, dans les magazines de la santé mais aussi dans la presse masculine. Dans les années 50, le sein opulent est à l'honneur. Les actrices de cinéma ayant une forte poitrine sont sollicitées pour leurs attributs généreux. La raison sociologique de l'attrait des seins volumineux a été questionnée. Il semblerait que ce ne soit pas une constante à travers le temps et les sociétés. Le sein volumineux serait la représentation du sein nourricier, les personnes attirés par ce type de sein souffriraient d'un complexe mammaire (pouvoir rassurant d'être en capacité de nourrir) (Bruillon et al, 1996). Aujourd'hui le culte des seins volumineux s'est quelque peu dissipé pour laisser place à des volumes divers. Au-delà de la photographie des magazines, le sein est présent dans les publicités. S'il est beau, il fait vendre. « Dans la société de consommation, la seule image possible est celle du sein rentable ». (Gros, 1988, p. 21). Le sein est également « l'objet » symbole de révolte. Les nombreux mouvements féministes du groupe Femen en sont la preuve. D'ailleurs d'après Neveu (1999), la couverture médiatique de ce phénomène est plus importante que pour n'importe quel type de mobilisations collectives. Ces femmes revendicatrices choisissent d'exposer leurs seins nus avec les slogans écrits sur leur poitrine. « Les seins nus se voient également élevés au rang d'instrument d'une lutte contre le sexisme et de gage d'émancipation, à disposition de toutes les femmes, quel que soit le contexte. » (Dalibert & Quemener, 2014). Malgré ces revendications, les militantes de ce mouvement social n'échappent pas aux stigmates de la beauté. En effet toutes les Femen qui sont médiatisées présentent des corps qui répondent aux dictats et normes de la beauté occidentale ; minces, jeunes, épilées, etc. Comme vu précédemment, le corps de la femme tente de se libérer de nombreuses représentations étriquées. Cependant, ce corps, ces seins ne semblent pas pouvoir être totalement libres ou du moins visibles dans la société. Pour exemple, il persiste des débats à ce sujet. Après l'art, la photographie et la publicité, c'est sur « les réseaux

sociaux » que le sein tente de faire son apparition. Facebook® a censuré la publication du tableau de Delacroix sur la libération « Facebook censure les seins nus de *La Liberté guidant le peuple* ». Cette décision a provoqué de multiples réactions des internautes, qualifiant cette pratique de boycott de l'art. Des notions d'hypocrisie ont été rapportées compte tenu du nombre de seins dévoilés chaque jour dans les médias, lesquels n'ont parfois aucun rapport avec le sujet. A la suite de cette polémique, Facebook a décidé de diminuer ses restrictions de diffusions en autorisant les images de sein dans l'art, la pédagogie et les Femen à être publiées. Pourtant, c'est un article évoquant le livre du sociologue Kaufmann *Corps de femmes, regard d'hommes Sociologie des seins nus à la plage* et illustré par une femme nue allongée, qui est à son tour censuré en 2018 sur Facebook®. De même, sur plusieurs réseaux sociaux tel que twitter®, les mamelons sont cachés par des croix. Ce sein médiatique doit être à moitié caché afin de suggérer l'érotisme mais sans heurter et donner une connotation sexuelle. Il doit également répondre aux codes de l'esthétique dans ce contexte socio-économique.

Cependant, les représentations sociales du sein présentées ne sont pas les plus visibles. Depuis les années 80, se multiplient dans les journaux et la presse consacrés à la santé une autre représentation du sein. Le discours médical a changé, il est passé de la maladie, à la santé et désormais à la prévention. L'entretien et la préservation de sa santé font partie des représentations modernes pour s'accomplir et véhiculer des valeurs positives sur la réalisation de soi, ayant pour base l'harmonie et le bien-être (Saliba, 1996, p. 35).

Il existe une autre forme de médiatisation du sein : la promotion de la santé à travers le dépistage organisé du cancer du sein.

3.1.2.4 La représentation du cancer du sein

Toute l'année, et plus spécifiquement en octobre, personne ne peut échapper à la promotion de la santé faite par le ministère autour du dépistage du cancer du sein. Il est à cette période particulièrement surmédiatisé et peut même être « *sponsorisé* » par des célébrités. Aujourd'hui nous assistons à la médicalisation du sein. « Les seins sont placés en quartiers de haute surveillance. Le cancer est partout ; il vous regarde et vous guette ». (Gros, 1988, p. 24). La mammographie est le principal outil permettant la détection des cancers.

Le cancer gynécologique est l'annonce d'une véritable catastrophe dans la vie d'une femme. La notion de cancer introduit immédiatement une idée de la mort. La vie devient fragile. Cette annonce violente projette la patiente dans une dimension inconnue et perturbante : « Je pense

que je suis passée dans une nouvelle ère, un nouveau fuseau du temps, une nouvelle zone de l'existence qui n'a rien à voir avec la vie normale (Hamon-Valanchon, 2009) »

Le cancer féminin fait émerger cette dualité entre Eros et Thanatos ; l'érotisme et la mort. Il s'agit d'une rencontre impossible pour la femme, pour l'humain. Le sein est source de vie, en rapport avec le sein nourricier. Il est désormais envahi par des cellules donnant la mort.

Ce sein socialement symbolique est exploré pour la recherche de cancer à l'aide d'un examen d'imagerie médicale : la mammographie.

3.1.2.5 La mammographie comme outil de diagnostic

3.1.2.5.1 Le rôle du manipulateur dans ce contexte : la technique

De brèves explications techniques vont permettre de comprendre les difficultés existantes pour la réalisation d'une mammographie.

Il s'agit d'un examen d'imagerie de projection (anciennement appelé radiologie standard). Cet examen est réalisé à l'aide des rayonnements X de basse énergie.

Cet acte d'imagerie nécessite une maîtrise technique importante du Merm. En effet, afin de visualiser le maximum de tissus mammaire et d'assurer la reproductibilité de l'examen, le positionnement de la patiente doit répondre à des règles strictes. Le Merm doit prendre la totalité du sein dans sa main afin de le placer sur l'appareil pour tenter d'obtenir une image répondant aux critères de qualité exigés. La compression joue un rôle dans l'immobilisation du sein qui permet de diminuer le flou cinétique (comme en photographie si le sein bouge lors de la prise du cliché, l'image sera floue), de diminuer l'épaisseur du sein (donc de l'irradiation car moins de rayonnements seront délivrés) et d'étaler le sein (permettant d'éviter des images construites par superposition). La compression en adéquation avec le positionnement joue un rôle essentiel dans la qualité de l'imagerie et donc du diagnostic. Il est couramment effectué deux clichés par sein. (Bazot, Tardivon, 2014, p. 131). Ces clichés deviendront aussi la possibilité pour la patiente de visualiser « *son cancer* » et de le rendre réel. « L'idée de la transparence d'un corps pénétrable s'associe à l'idée de la maladie qui se révélera au regard sous une forme concrète » (Zimmermann, 2007). De même d'après Estival, (2009) l'imagerie va montrer au patient son corps interne. Il va obtenir la preuve en image de sa pathologie et de sa progression, Le manipulateur est le garant de la qualité de réalisation du cliché. Cependant son rôle auprès de la patiente commence dès l'accueil de celle-ci en prenant en compte son angoisse.

3.1.2.5.2 La prise en charge de la patiente

Tout examen d'imagerie est potentiellement générateur de stress pour la patiente (Ollivier, 2014, p. 92). La mammographie est non seulement l'examen privilégié dans la détection des cancers du sein mais il s'agit de la quasi unique utilité de cet examen.

La patiente devient consciente que l'intérieur de son corps, exploré par un étranger, va peut-être révéler une tumeur. « La barrière de la peau est dépassée, l'intérieur du corps devient accessible à la perception. Ainsi, tous ces outils que sont la radiologie, l'échographie ou le scanner permettent de voir l'intérieur du corps, [...] de lire les lésions, de diagnostiquer des tumeurs, [...]. Il y aurait là comme une promesse d'en savoir toujours plus, grâce aux possibilités offertes par la technique. » (Potier, 2012). La patiente entre en salle d'examen avec ces représentations du cancer et de son propre sein. Il est indispensable que le manipulateur établisse un lien de confiance avec elle. D'après Ollivier (2014, p. 93), elle va se retrouver dans une fragilité physique, en étant dénudée, dans une salle froide avec un examen pouvant potentiellement faire mal à cause de la compression. De plus, la patiente se retrouve dans une situation nouvelle, en position d'infériorité. Pour finir, il existe une forte composante psychique due à l'anxiété de l'examen et de l'anticipation des résultats. Préserver l'intimité et expliquer l'examen à la patiente est une composante stable dans les missions du manipulateur et la mammographie n'y échappe pas. Cependant la particularité de la mammographie, réside dans le fait qu'il s'agit souvent d'un dépistage. Cela implique que la patiente n'est pas malade en entrant en salle d'imagerie médicale mais pourra peut-être ressortir quelques minutes plus tard avec une angoisse liée à la découverte d'une image suspecte.

Le corps de la femme, et par extension ses seins, est contrôlé par les hommes depuis des millénaires. Les seins semblent appartenir tour à tour aux bébés pour nourrir, à l'homme comme objet sexuel, ils semblent être une source de gain financier à travers l'image, un symbole de pouvoir et de revendication politique ou encore un organe éternellement en sursis de cancer.

Pourtant ils appartiennent à la femme avec ses complexes, désirs, envies de les exhiber, ses angoisses d'allaitement et pour finir l'arrivée potentielle de cancer qui pourrait entraîner la perte de son sein.

Les représentations existantes autour des seins se sont construites dès l'antiquité et demeurent dans notre société moderne. La citation de Yalom (2010), me permet de résumer la complexité que j'ai tenté d'expliquer dans cette partie de mon travail : « La manière dont une femme

considère ses seins est un bon indicateur de son estime de soi ainsi que du statut collectif des femmes en général »

Le sein est donc présent dans les esprits de multiples manières et le cancer s'est invité à ces représentations. Les Merm doivent savoir prendre en charge la femme porteuse d'un sein potentiellement malade. Je vais maintenant m'intéresser aux techniques pédagogiques d'apprentissage utilisées dans les instituts de formation initiale, potentiellement utilisables en mammographie.

3.2 L'apprentissage en formation initiale

3.2.1 Les mécanismes de l'apprentissage

L'Homme évolue dans un environnement complexe, en perpétuel évolution. Apprendre et se former est un enjeu indispensable pour s'adapter socialement et techniquement. Selon Déro et Fenouillet (2017, p. 291) l'apprentissage est un processus dont l'intégration répétée d'informations va produire une modification durable du comportement de l'apprenant, témoignant d'une interaction et d'une adaptation de celui-ci à l'environnement considéré. La mémoire est le support de cet apprentissage car elle va assurer l'acquisition de nouvelles informations et permettre à l'apprenant de les reproduire. Quatre facteurs permettent d'appréhender le fait que tous les apprenants n'apprennent pas de façon identique.

Le premier facteur correspond au rapport au savoir de l'apprenant, le deuxième à son habitude à être en situation d'apprentissage, ensuite à son expérience face à l'objet d'apprentissage et pour finir à la nature de l'apprentissage qui diffère selon l'objectif de la formation. (soit l'apprentissage d'un « savoir » soit d'un « savoir-faire »). Dans le processus d'apprentissage, la mémoire intervient, elle en est le support. (Dero et Fenouillet 2017, p. 293).

C'est plus précisément l'apprentissage du « savoir-faire » que je vais explorer car le métier de Merm requiert l'acquisition de gestes techniques mais aussi procéduraux afin d'effectuer à la patiente un examen de qualité, relevant en partie d'un « savoir-faire ».

3.2.2 Le savoir faire

3.2.2.1.1 *La mémoire procédurale*

Il existe deux mécanismes mnésiques principaux ; la mémoire à court terme (MCT) et la mémoire à long terme (MLT). La MCT intervient pour un stockage limité des informations et le maintien des informations pertinentes de manière provisoire. La MLT se compose de multiples mémoires spécialisées, notamment la mémoire procédurale. Elle est la mémoire du geste. D'après Dero et Fenouillet, (2016, p. 299), « les habiletés sont acquises par la répétition motrice et s'affinent avec le temps pour devenir de plus en plus performantes. C'est la mémoire des savoir-faire. ». L'apprenant sait remobiliser des savoirs acquis sans en avoir conscience en ayant acquis des automatismes.

3.2.2.1.2 *Les méthodes d'apprentissage des savoir-faire*

Les formations paramédicales sont construites sur une alternance entre stage et présence en institut de formation. Cette organisation est structurée et planifiée. La formation du futur professionnel de santé est basée sur un accord tripartite, à savoir : le tuteur en stage, l'étudiant et le formateur en institut de formation. L'étudiant va trouver dans cette alternance intégrative la possibilité d'être rapidement en contact de situations professionnelles complexes. Afin de préparer l'étudiant à ces situations complexes dans « *la vraie vie* », il existe une technique d'apprentissage performante qui lui permet d'être mis en situation sans aucune conséquence pour le patient : la simulation. Même si le stage représente une partie essentielle dans l'apprentissage, notamment des « savoir-faire », je choisis d'explorer uniquement la technique pédagogique de simulation.

Le « savoir-faire » est acquis dans l'entraînement de la pratique. Pour Pastré (2002) l'apprentissage par l'exercice de la pratique est incontournable « Il faut faire pour savoir-faire ». Elle est très souvent exigée dans les référentiels de formation, cependant je souhaite explorer cette technique plus spécifiquement dans le cadre d'un examen de mammographie.

3.2.3 La simulation : une technique pédagogique d'apprentissage

La simulation est un outil pédagogique qui s'inscrit dans différents courants pédagogiques de l'apprentissage, il permet de favoriser l'acquisition de savoirs et savoir-faire.

3.2.3.1 La simulation en santé c'est quoi ?

La définir est incontournable et s'appuie sur un bref historique. La simulation est une technique pédagogique qui existe depuis le XVIII^{ème} siècle. C'est Angélique Du Coudray, sage-femme, qui sera la première à inventer un mannequin pour simuler un accouchement en 1778. (Loriot, Sijelmassi, 2018, p. 20).

« La simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. » (rapport HAS, 2012, p. 7).

3.2.3.2 L'intérêt de la simulation en santé

La simulation est un moyen sans risque pour le patient d'appréhender avec les futurs professionnels de santé des activités complexes. L'utilisation de cette technique pédagogique existe dans d'autres spécialités que celle de la santé.

Pour exemple, les coiffeurs apprennent sur des « têtes à coiffer ». Cela permet de réaliser une activité sans s'exercer sur le client. De même, la simulation est utilisée dans le secteur de l'aéronautique. Ces commodités favorisent aussi « la » pratique, substantif, dont il est sous-entendu qu'elle permet de développer des apprentissages et, par-là, l'expérience professionnelle (Soulie, 2017). D'après Audran (2016), « un des atouts de la simulation est la possibilité de répéter et pouvoir pratiquer tel un chef d'orchestre répète un morceau de musique ». Jaffrelot et Pelaccia (2016) expliquent qu'il existe une forte ascension de l'utilisation de la technique de simulation dans l'apprentissage, notamment avec l'injonction de la HAS « jamais la première fois sur un patient » ou encore les évolutions technologiques. Cependant, « le premier examen clinique et la première réalisation d'un geste technique auront bien lieu auprès d'un « vrai » patient. » (Jaffrelot, Pelaccia, 2016). Ces mêmes auteurs se questionnent donc sur la réalité des situations professionnelles. Il semblerait qu'il persiste un manque dans la formation des soignants. En effet, les expériences de simulation doivent répondre à des exigences de standardisation, de reproductibilité et être explicites. Cependant, la relation subjective au corps du patient à toucher pour la première fois est mise de côté. « La simulation, au sens étroit de la pratique, délaisserait la question de l'initiation, corporelle et psychologique de l'étudiant ; de

même que les aspects relationnels liés à l'intimité du corps à corps » (Julien, Danéro, 2018, p. 32). La question de l'encadrement des étudiants du passage du corps subjectif au corps réel est questionnable. D'après une enquête publiée en 2016 (Julien, Danéro, 2018, p. 33). auprès des étudiants de deuxième année en soin infirmier à Bruxelles, 48% estiment ne pas être prêt à aller au contact du corps : d'après Pauline, « *il existe un trop grand écart entre la simulation et la réalité du terrain.* ». Il semblerait, toujours d'après ces mêmes étudiants, que l'encadrement en stage « des premières fois » n'est pas toujours accompagné par manque de formation des équipes ou de disponibilité.

3.2.3.3 Les différentes techniques de simulation

3.2.3.3.1 *La simulation procédurale*

La simulation procédurale est une technique qui fait appel à des outils. Ce sont des équipements souvent très coûteux. Cependant, elle permet l'apprentissage de gestes techniques. Les simulations dites procédurales consistent à découvrir, à expérimenter et à répéter des gestes, dans le but d'en acquérir la maîtrise technique. Il peut être nécessaire de construire des interfaces informatiques, ou encore des scénarios. Ces méthodes peuvent mener à des démarches complexes en ingénierie de formation. Par exemple, il existe les mannequins dits de « haute-fidélité » qui sont en capacité de reproduire des situations cliniques. Il existe également des outils dits de « basse fidélité » tels que des bras de simulation qui sont utilisés pour l'apprentissage de la pose de cathéters veineux par exemple. Cet outil permet le développement de gestes et de leurs habiletés. Elle illustre l'application des procédures. La construction des temps dédiés à la simulation procédurale s'articule autour de l'apprentissage du geste technique. La théorie et l'explication se déroulent dans le même temps que l'action. L'objectif est l'imprégnation et la mémorisation du geste avec des connaissances contextualisées ou grâce à la répétition de celui-ci. Ce qui inscrit cette technique dans le courant pédagogique du béhaviorisme. (Policard, 2018, p.51). Ce courant intervient dans l'importance des objectifs et des renforcements. (Carré, Reunier, 2017, p. 386).

La plupart des formations paramédicales, dont les Merm font partie, sont construites sur le modèle du courant pédagogique du socioconstructivisme. Ce courant met en avant l'importance des relations sociales (Carré, Reunier, 2017, p. 388). C'est pourquoi les formations des métiers

de la santé tendent à utiliser une autre méthode de simulation ; la simulation pleine échelle qui répond de manière adaptée à ce courant.

3.2.3.3.2 La simulation pleine échelle

La simulation pleine échelle (SPE) est une pédagogie dite active. Elle s'appuie sur l'apprentissage par l'expérience, le problème et la pratique réflexive. L'environnement doit être au plus près de « la vie réelle ». Les apprenants acteurs vont être isolés dans une salle correspondant à un bureau, une chambre de malade, etc. Ils seront filmés. Des observateurs seront isolés dans une pièce annexe où la scène est retransmise.

La SPE se construit en trois temps indispensables. (Policard, 2018, p. 48)

- *Briefing*

Les apprenants sont amenés pendant ce temps à découvrir l'environnement dans lequel ils vont évoluer. Le formateur doit créer un climat bienveillant et mettre l'apprenant en sécurité car il va être observé par ses pairs et les formateurs (Policard, 2018, p.48). Le briefing a pour objectif de mettre à l'aise les apprenants, de se familiariser avec l'environnement dans lequel ils vont jouer. Ils vont également prendre connaissance par l'intermédiaire du formateur du scénario et de l'attendu de la séance. Le caractère confidentiel est primordial à souligner. Les observateurs ont un rôle essentiel dans la structuration de la séance. Leur regard doit être bienveillant et constructif. Les apprenants qui jouent lors de la SPE doivent se sentir en sécurité afin d'être au plus près du réel.

- *Action*

Le scénario a été construit par le formateur au préalable. Un ou des apprenants se retrouvent à jouer un rôle et sont immergés dans la résolution d'un problème pour une situation clinique. Ils devront prendre en charge le patient dans le contexte simulé. Ce contexte se veut au plus près du réel. Le reste du groupe devient observateur. Cependant, l'observation est active car ils deviendront les principaux intervenants lors de la séance de débriefing.

- *Debriefing*

C'est l'étape la plus importante dans la séance de simulation. Elle est animée par le formateur. D'après Perrenoud (2001, p. 82), la formation ne vient pas nécessairement de l'action. Elle

vient de l'analyse de celle-ci. L'objectif du débriefing est de faire réfléchir l'ensemble du groupe sur les actions, et de comprendre les processus mis en œuvre soit pour la résolution du problème, soit pour identifier les mécanismes qui n'ont pas permis la résolution de ce problème. L'absence de jugement et des encouragements sont essentiels afin de construire une analyse réflexive. « Le praticien développe ses connaissances non par l'application de la théorie lors de la pratique, mais plutôt par un double processus de réflexion dans l'action et sur l'action » (Jaffrelot, Pelaccia, 2016). Le debriefing est lui-même structuré en plusieurs étapes par le formateur. La première consiste à recueillir le sentiment des apprenants sur la séance. Leur ressenti sur l'action est intéressant à appréhender pour le formateur pour conduire la suite du débriefing.

La deuxième étape est la plus longue. Elle consiste à analyser la situation vécue et observée par les apprenants. Elle est souvent abordée de manière chronologique. Le formateur doit faire apparaître des axes d'analyse de l'action. Il va pouvoir faire émerger les points positifs et les points à améliorer. Il doit être vigilant au regard porté par les observateurs sur l'acteur. En effet, l'objectif n'est pas de mettre mal à l'aise celui qui a joué. La dernière étape est celle de la conclusion visant à mettre un terme à la séance en résumant les points essentiels. La conceptualisation de l'action est synthétisée par le formateur.

La SPE ne fait pas nécessairement appel à des acteurs. Ce sont souvent les apprenants qui jouent les rôles entre eux. Pour rendre encore plus « réel » ces situations de simulation, il existe une méthode à l'aide du patient simulé.

3.2.3.3.3 La simulation à l'aide du patient simulé

- Le patient simulé

Le patient simulé est un acteur, qui vient jouer le rôle du patient. Il doit être formé dans le but de l'enseignement et de l'apprentissage. Cette technique a été utilisée pour la première fois pour les étudiants en médecine en 1963. C'est un neurologue exerçant à l'université de Californie du Sud, le Dr Barrows, qui a fait appel à un acteur afin de simuler les signes cliniques d'une maladie. L'objectif est que l'étudiant puisse interroger et examiner le patient simulé. Il peut effectuer des gestes mimés ou des gestes techniques sur mannequin. Ainsi il peut y avoir une simulation dite « hybride » qui associe un patient simulé à une simulation procédurale avec du matériel. Le rôle des acteurs est protocolé, au même titre que lors des séances de simulation

simples. L'emploi du terme « patient standardisé » est également vu dans la littérature. Il est utilisé lorsqu'on demande à l'acteur d'être constant dans sa façon de jouer. Cette méthode est notamment utilisée dans la cadre de l'évaluation afin de garantir une équité entre les apprenants (Jaffrelot, Pelaccia, 2016). Il existe une autre manière de faire appel à des acteurs : le patient instructeur.

- Le patient instructeur

Le patient instructeur (PI) est un acteur qui vient jouer un rôle pendant la séance de simulation. Il s'agit d'un « vrai patient » formé à cet exercice de simulation. L'utilisation de la méthode à l'aide d'un PI est particulièrement utile lorsque le geste est spécifique et ne peut être ressenti que par un vrai patient (exemple de l'examen gynécologique). (Sebire, 2019)

Cette technique est relativement développée en faculté de médecine. Les PI doivent être formés spécifiquement à cette technique. Cette formation demande du temps, le PI doit être capable d'effectuer un debriefing structuré avec les apprenants. Même si ce dispositif est chronophage, il demeure efficace en formation. L'implication d'un patient lors de la formation d'un professionnel de santé demande une collaboration étroite, ils seront tous les deux en co-apprentissage. « Dans le partenariat patient, la complémentarité des savoirs des professionnels de santé et des patients est reconnue. » (Dan Lecocq, Helene Lefebvre, A Néron, 2018, p.183). De manière intuitive certains formateurs font appel à des « vrais » patients pour la simulation.. L'intégration du patient dans cette démarche est progressive, son expérience devient un atout à partir du moment où il est lui-même impliqué dans sa prise en soin. Le PI n'est pas sélectionné par les formateurs uniquement pour des raisons « de cœur » ou pour sa disponibilité. Le «recrutement» des PI consiste à évaluer son implication dans sa maladie, sa capacité à en parler, à la raconter, à prendre du recul et savoir faire preuve de critiques constructives. D'après Lecocq, il semblerait que l'utilisation du PI soit une plus-value à la fois pour le développement des compétences des apprenants mais aussi pour le patient.

L'éthique de cette technique peut cependant être interrogée. L'implication du PI dans la méthode d'apprentissage de simulation en santé va permettre de rendre encore plus réelles les situations et ainsi développer les savoirs expérientiels de l'apprenant mais toujours dans le cadre de l'exercice. L'écart entre la situation clinique et l'exercice de simulation est réduit. Ce type de dispositif permet également aux professionnels de prendre conscience de la singularité des expériences des patients. La deuxième dimension éthique est de se questionner sur l'utilisation

du patient comme objet. Dans son étude le patient semble pouvoir être « utilisé » à des fins de formation tant qu'il est pleinement conscient, consentant et volontaire au développement des compétences (Torrance, Mansell et Wilson, 2019).

L'ensemble de mes recherches sur l'apprentissage par la simulation montre que cette technique est efficace, présente de nombreux intérêts et particulièrement pour la formation des métiers de la santé. Ce thème est largement exploité, reconnu et développé dans la recherche en soins infirmiers. Cependant le métier de Merm requiert des compétences techniques, où la simulation pourrait jouer un rôle prépondérant, mais cette méthode n'est pas toujours appliquée ou applicable. De plus la notion de simulation est vaste, la sémantique parfois complexe. Ce cadre théorique m'a permis de mettre en lumière les différents intérêts de la simulation mais aussi sa complexité.

Désormais, je peux mettre en lien ma situation de départ avec mon cadre théorique et formuler ma question de recherche.

4 Formulation d'une question de recherche et des hypothèses

Depuis le début de l'exploration de mon thème, trois phrases m'ont interpellée et guidée :

«Oui mais le sein ce n'est pas pareil », « pour le sein c'est compliqué », « on ne fait pas de la vraie simulation ».

Eclairée par mon cadre théorique, je formule ma question de recherche suivante :

Comment les représentations sociales influencent-elles les formateurs dans l'utilisation de la simulation pour l'apprentissage de la mammographie en formation initiale ?

Je peux alors proposer deux hypothèses.

- Leurs représentations sociales empêchent les formateurs d'enseigner la mammographie comme prescrit dans le référentiel de formation.

- La simulation en institut de formation des Merm, très peu développée, n'est pas une méthode d'apprentissage promue par les formateurs

5 L'enquête de terrain

5.1 La méthodologie de l'enquête

5.1.1 La pertinence de l'outil choisi

Le choix de l'outil en amont d'une enquête est essentiel. Il doit être pertinent et adapté au thème abordé dans le travail de recherche. Le questionnaire et l'entretien permettent de recueillir des données verbales, aspect intéressant pour le travail à fournir ici.

Compte tenu du temps imparti pour la réalisation de cette enquête, il semble pertinent de choisir les entretiens semi-directifs. Ils vont permettre de réaliser une analyse en lien avec les deux notions principales déjà développées : les représentations et l'apprentissage.

L'objectif sera d'explorer le vécu des personnes enquêtées à travers leurs discours. Il sera nécessaire de substituer le questionnement « pourquoi » utilisé très couramment, au « comment » afin de tenter d'explorer les faits sociaux qui interviennent dans la formation des Merm en mammographie.

5.1.2 Populations enquêtées

Le choix de la population d'enquête doit être constituée de personnes susceptibles de répondre aux questions posées. De ce fait la population sera constituée de formateurs exerçant en institut de formation. Dans un deuxième temps, à la suite de ces entretiens avec les formateurs, j'ai choisi d'interroger des étudiants Merm en deuxième année de FI. Cependant, mon panel n'est constitué que de trois étudiants car la conjoncture sanitaire actuelle exceptionnelle ne m'a pas permis de poursuivre mon travail de recueil auprès de cette population.

La population enquêtée devait présenter volontairement une parité entre hommes et femmes étant donné que le développement des concepts sur la représentation met en évidence une potentielle différence en fonction du genre.

Les populations enquêtées sont présentées dans les tableaux ci-après ;

- Tableau I : talon sociologique des CDSF

Numéro d'entretien	Nom d'emprunt	Sexe (M ou F)	Âge (en années)	Institut (DTS ou Ifmem)	Ancienneté dans la FI	Pratique de la mammographie dans sa carrière de manip (Oui ou non)	Durée de l'entretien (en min)
1	Sylvie	F	55	Ifmem	15 ans	Oui	39
2	Géraldine	F	48	Ifmem	8 mois	Non	42
3	Alexis	M	33	Ifmem	1 an 1/2	Non	32
4	Stéphane	M	36	DTS	2 ans	Oui	40
5	Stéphanie	F	37	Ifmem	6 ans	Non	54
6	Gilbert	M	51	DTS		Oui	17
7	Anne-Sophie	F	47	Ifmem	3 ans	Oui	32
8	Thierry	M	45	Ifmem	20 ans	Non	35

- Tableau II : tableau sociologique des étudiants Merm

Numéro d'entretien	Nom d'emprunt	Sexe (M ou F)	Âge (en années)	Niveau de formation (en années)	Durée de l'entretien (en min)
9	Marie	F	19	2 ^{ème}	22
10	Chams 'Eddine	M	20	2 ^{ème}	19
11	Justine	F	21	2 ^{ème}	26

5.1.3 Construction des grilles des entretiens semi-directifs

Afin de mener à bien les entretiens nécessaires à cette enquête, j'ai établi une maquette pour répertorier des enquêtés : talon sociologique (en annexe V) et deux grilles d'entretiens, une auprès des CDSF et l'autre des étudiants de 2^{ème} année de formation (en annexe VI). La construction de ces grilles s'est faite au fur et à mesure de mes recherches, lectures et de l'écriture des concepts choisis. Cet outil permet d'une part de garder une ligne directrice en abordant les thèmes choisis (plan de l'entretien), et d'autre part de rendre l'analyse plus fluide étant donné le peu d'expérience que j'ai dans la pratique des entretiens de recherche. Des relances m'ont permis de reformuler ou de commenter une parole de l'interviewé afin de

clarifier ses dires. J'ai présenté dans un tableau les objectifs des questions posées aux CDSF (en annexe VII).

5.1.4 Difficultés et biais identifiées

Comme énoncé par Blanchet et Gotman (2013, p.7), la difficulté existante dans la réalisation de l'entretien, réside dans la constitution d'un dialogue égalitaire entre enquêteur et enquêté. Il est indispensable que l'enquêté ne se sente pas « interrogé ». Lors des entretiens avec les formateurs le dialogue a été simple et entre pairs.

Cela s'est avéré plus complexe avec les étudiants, j'ai dû adapter mon vocabulaire pour que mes questions ne les mettent pas en difficulté.

Un des thèmes que j'aborde dans ce mémoire de recherche touche à l'intimité. Mettre en confiance mon interlocuteur, sans le mettre mal à l'aise a été ici un enjeu. L'objectif étant de recueillir la parole sincère et de tenter de lever et dépasser certains tabous, il s'agissait d'un challenge dans le cadre de ce travail de recherche qui n'a pas toujours été relevé. Certains enquêtés sont restés pudiques lors de la discussion autour du sein et ont même parfois fait en sorte de détourner la conversation.

Deux entretiens ont été réalisés en distanciel, fin février. Je devais rencontrer les formateurs lors d'un congrès mais celui-ci a été annulé à cause de la crise sanitaire débutante. De ce fait, la distance géographique étant trop élevée nous avons convenu d'un rendez-vous à distance. Il s'agit d'un biais dans mon enquête, car le rapport avec l'enquêté est nécessairement modifié. Cependant j'ai dû m'adapter au contexte naissant de crise sanitaire à cette période et ce recueil m'a tout de même apporté le matériel nécessaire à mon enquête.

Je me suis rendue compte lors de la relecture de l'ensemble des entretiens, que je n'avais pas suivi scrupuleusement ma grille initiale, notamment pour celui d'Anne-Sophie en annexe IX. Son expertise sur le sujet a fait que je n'ai pas su mener l'entretien suivant ma grille. Les paroles recueillis dans les premiers entretiens m'ont amenée à faire évoluer mes questions. J'ai relancé plus facilement les enquêtés sur le thématique d'identité professionnelle car j'avais identifié ce thème émergent.

5.1.5 Conception de l'enquête

J'ai choisi de contacter plusieurs instituts de formation début février. Mes entretiens se sont déroulés du 17 février 2020 au 6 mars 2020.

Je n'ai pas rencontré de difficultés pour obtenir les contacts des formateurs. Car je me suis appuyé sur le « comité d'harmonisation », association qui regroupe des représentants de formateurs de chaque institut de France. De plus, j'avais établi un premier contact grâce au questionnaire google form® réalisé dans le cadre de mon enquête exploratoire. Les rencontres avec les étudiants se sont déroulées la première semaine de mars pendant le stage du module cinq de l' institut de formation des cadres de santé (IFCS). Ils ont été volontaires. Les étudiants de deuxième année étaient eux même au début de leur démarche de mémoire de recherche, donc sensibilisés pour participer à mon enquête. La crise sanitaire a débuté le 16 mars 2020, mes entretiens avaient déjà été réalisés et la moitié de ceux-ci étaient retranscrits, ce qui m'a permis de continuer à avancer malgré ce contexte inédit.

5.1.6 Ethique

Lors de chaque entretien, le consentement pour l'enregistrement audio a été recueilli. L'enquêté a été prévenu de l'anonymisation lors de la retranscription de l'entretien et de son droit à suspendre ou arrêter l'entretien s'il éprouvait la moindre difficulté. De même les étudiants ont été prévenus que leurs entretiens ne constituaient en aucun cas une évaluation et que leurs formateurs ne seraient pas mis au courant du contenu de leurs propos.

5.2 Méthodologie de l'analyse

5.2.1 Choix de la technique

La technique d'analyse utilisée se rapproche de la « méthode de la théorie enracinée » (MTE) afin de tenter d'extraire un maximum d'informations de la parole des enquêtés. Cette méthodologie est partiellement appliquée, car j'avais fait le choix d'émettre des hypothèses, qui ont malgré tout orienté la construction de ma grille d'entretien puis mon analyse. Les entretiens que j'ai menés étaient des entretiens semi directifs qui étaient initialement structurés par thème, de ce fait la catégorisation s'est également recoupée partiellement avec les thèmes abordés.

Cependant l'application partielle de la MTE, de par son caractère inductif a permis de faire émerger un nouveau concept.

5.2.1.1 La phase préparatoire

Afin de tenter d'extraire de manière précise le matériel nécessaire à l'analyse, j'ai retranscrit la totalité de mes entretiens, quatre d'entre eux sont intégrés à cette monographie en annexes VIII, IX, X et XI, il s'agit de ceux qui me paraissaient les plus pertinents dans la cadre de ma recherche. Ce travail de retranscription a été chronophage mais bénéfique *a posteriori*. Cela m'a permis de relire rapidement l'ensemble des entretiens avant de commencer l'analyse.

5.2.1.2 Le codage

Afin d'établir un codage rigoureux des données, j'ai déterminé une unité qui a permis de le faciliter. L'unité utilisée était la phrase. Un code a été attribué à chaque phrase. Les quatre premiers entretiens ont permis de déterminer la majorité des codes. Ils ont pu être exploités dans les entretiens suivants, cependant des nouveaux codes ont tout de même émergé. Cette démarche a généré, en totalité, quatre-vingt-dix-huit codes qui se sont retrouvés dans les deux populations enquêtées.

5.2.1.3 La catégorisation

Les codes bruts ont été regroupé en sous catégories puis en catégories. Etant donné que ma grille d'entretien était structurée par thème, la catégorisation à la suite du codage des données brutes est en rapport avec les thèmes abordés lors des entretiens. Cependant de nouvelles catégories ont émergées et ont permis de mettre en lumière un nouvel aspect de ma recherche. Cette catégorisation a déterminé mon plan pour l'analyse et la discussion des résultats.

Ci-après les tableaux III et IV qui présentent les codes bruts amenant aux concepts qui guideront l'analyse.

• Tableaux III : codes bruts et catégorisation amenant concepts centraux :

codes bruts	sous catégories	catégories	concepts	
appareil génital être à l'aise avec le corps exhibition féminité organe délicat relations aux autres sexualité silences /sujet compliqué	Le sein érotique	La sein "quelque chose"d'intime	Représentations	
allaitement intimité maternité mœurs pudeur	Le sein maternel			
dépistage cancer prise en charge spécifique organe malade comme un autre	Rôle du MERM	Le sein "de la banalisation à la pathologie"		
angoisse stress	Représentations de la mammographie pour la patiente			
exclusion des hommes seul homme de l'équipe	L'homme formateur	Le sein "un conflit du genre"		
essentiellement des femmes manip distinction homme femme point de vue d'homme	Différenciation hommes/femmes			
protocole powerpoint intervention	Enseignement théorique	L'apprentissage par la simulation : source de savoir-faire		Apprentissage
acquérir l'expérience affiner l'expérience apprentissage d'expérience compléter la théorie expérimenter pratique rythme en stage situation réelle terrain de stage verbaliser	Acquisition du savoir faire par l'expérience			
automatismes compléter la théorie comprendre avec la pratique gestes instinctif mise en place redondance répétition du geste se rendre compte par eux même s'entraîner	Acquisition du savoir faire par la pratique du geste			
apprentissage entre eux debriefing en situation d'urgence formation en simulation la simulation comme moyen mannequin procédurale scénario un jeu	Déroulement d'une séance de simulation			
biais de la simulation chronophage pas de temps et de moyens pas de vrai simulation petit groupe sémantique	Obstacle à la réalisation de la séance de simulation			
appropriation comblement à un manque en stage complément dédramatiser faire comprendre jamais la première fois sur un patient prendre confiance prévention des risques savoir être	Objectifs de l'utilisation de la technique de simulation		Pouvoir ou devoir tout simuler	
acte invasif consentement patient standardisé/instructeur utilisation du corps	la simulation à l'aide du patient simulé / instructeur			

- Tableau IV : codes bruts et catégorisation amenant au concept émergeant :

Codes bruts	sous-catégories	catégories	concept
bébé		Manque de maturité comme frein à l'apprentissage de la mammographie	Construction de leur identité professionnelles (concept émergeant de l'enquête)
complexité de l'apprentissage			
corps de l'autre			
gêne			
mal à l'aise			
manque de maturité			
toucher compliqué			
vision du corps			
appétences		Education, cultures, d'autres freins	
certaines s'expriment d'autres pas			
éducations			
savoir être intrinsèque			
stress de l'étudiant			
vécu	Confiance en soi	Les clefs pour la construction de l'identité professionnelle	
confiance en eux en 2eme année			
découverte du milieu hospitalier	Autonomie		
en 2eme années à l'aise avec la relation			
évolution pendant la formation			
jeunesse en première année			
acteur de leur formation			
appréhender la scène	Implication		
différentes méthodes d'apprentissage			
être volontaire			
étudiant dépendant			

5.2.2 Critères d'inclusion / exclusion de l'analyse

L'âge et le nombre d'années d'expériences des formateurs ne seront pas des critères de sélection retenus pour l'analyse des entretiens. Le type d'établissement, soit préparant au diplôme de technicien supérieur (DTS) soit pour le diplôme d'État (préparé en Ifmem), ne semble pas apporter d'informations supplémentaires pour l'analyse. En effet, les deux formations répondent au même référentiel de formation.

L'expérience dans la pratique de la mammographie et le genre sont des critères que je souhaite inclure dans l'analyse. Lors des entretiens avec les étudiants, j'ai retrouvé les mêmes codes que dans les entretiens avec les formateurs. Les deux populations seront citées dans l'analyse et je ne souhaite pas faire de distinction entre formateur et étudiants dans les réponses apportées notamment au niveau des représentations.

6 Analyse des résultats et discussion

L'analyse de mes entretiens consiste « à faire parler » mes données recueillies en fonction du cadre théorique présenté dans cette monographie.

Pour ce faire, j'ai choisi de présenter mes résultats en mettant en exergue les paroles des enquêtés en les confrontant aux thématiques explorées précédemment.

La première partie sera consacrée aux **représentations sociales** en lien avec la femme. La deuxième partie portera sur l'**apprentissage**, et de manière plus détaillée sur la méthode de simulation. La dernière partie sera consacrée à une thématique émergente de mon enquête de terrain : la **construction de l'identité professionnelle**. Ce concept a été abordé de nombreuses fois par les enquêtés, alors que je ne l'avais pas envisagé initialement ni intégré dans mes questionnaires.

6.1 La thématique de représentation

Le concept de représentation est vaste. Lors des entretiens, j'ai choisi de l'aborder à l'aide d'un prisme abordant les différentes représentations sociales en lien avec la femme, et plus spécifiquement le sein.

6.1.1 Le sein : « *quelque chose* » d'intime

Les représentations du sein dans la société sont multiples. Il passe de sexuel, à maternel et il devient parfois tabou. Quoi qu'il en soit, tous les enquêtés le qualifient de « *quelque chose d'intime* ». Voici quelques extraits d'entretiens qui vont permettre d'illustrer cette partie.

Géraldine : « *Pour moi, ça représente la mère, les enfants, la maternité, l'allaitement, la femme tout simplement.* »

« *C'est l'intimité de la personne, c'est la féminité, le côté intime* »

Alexis partage sa vision du sein au travers l'intimité que peut générer l'allaitement de ses enfants.

Alexis : « *Moi je pense que je suis ouvert là-dessus. La vie privée, l'allaitement de mes enfants a joué. Ma femme n'est pas trop pudique à se cacher. Elle a déjà allaité chez le banquier, chez Ikea dans la semaine, on s'est installés dans les*

canapés pour allaiter. Donc c'est vrai que je n'ai pas cet aspect... Après je peux comprendre que tout le monde n'ait pas cette ouverture d'esprit et dise non : c'est à moi c'est mon corps c'est mon intimité. »

Pour Stéphane, évoquer le sujet du sein n'a pas semblé être tabou dans nos premiers échanges. Cependant à chaque fois que j'abordais les représentations du sein, le mot « compliqué » est apparu à de nombreuses reprises. Cette formulation semblait permettre à Stéphane de conclure sa phrase sans me donner de réponse ou son ressenti.

Stéphane : *« les seins font partis de l'appareil génital féminin, il ne faut pas y toucher, c'est plus compliqué, c'est de l'intime. »*

Lors de mes questions, les femmes enquêtées ont souvent eu la liberté de me parler de leurs seins, de la manière dont elles les considèrent par rapport aux autres ou dans la société. Le fait de montrer ses seins a été qualifié, à trois reprises, comme étant de l'exhibitionnisme par les enquêtés.

Stéphanie : *« C'est un organe. Moi perso, je ne vais pas me mettre topless à la plage, ce n'est pas mon truc, je ne suis pas exhibitionniste. Je n'aime pas forcément. Après faut pas en avoir honte, peur. Ça reste un organe. »*

Pour Justine, la vision que les gens peuvent avoir du sein est personnelle.

Justine : *« C'est quelque chose d'intime qui n'est pas forcément à révéler à tout le monde. Après ça dépend des gens, je sais que moi je suis très pudique je ne pourrais pas enlever mon tee-shirt devant tout le monde, c'est quelque chose de personnel, c'est à grader pour soi c'est tout ».*

De même Chams 'Eddine l'étudiant, considère que les seins doivent être cachés.

Chams 'Eddine : *« c'est différent d'un pied, je ne sais pas mais, bah je ne sais pas l'expliquer mais c'est une zone du corps qu'on cache de base. C'est quelque chose d'intime ».*

Sylvie est la seule à avoir évoqué l'évolution des représentations de cet organe au cours de la vie. Pour elle, il n'aura pas la même symbolique en fonction de la période de la vie d'une femme.

Sylvie : « Je crois que c'est un organe qui représente différentes choses en fonction de sa... D'où on est nous-mêmes dans notre vie si on est jeune, déjà maman si on est déjà plus âgée et risque d'avoir une pathologie vous voyez donc à chaque fois il évolue dans notre représentation ».

Aborder cette question a souvent provoqué une gêne lors des entretiens avec les hommes, femmes, formateurs ou étudiants. Ils ont tous mis du temps à me répondre. Certains ont même perdu le fil de leur pensée, car le sujet n'est pas commun à aborder avec « une inconnue ». Au départ, les échanges portaient sur les représentations sociales, le sens commun donné au sein. *In fine*, la poursuite de l'entretien a permis d'échanger sur les représentations personnelles des enquêtés.

D'après Kaufmann (1998, p. 230), « la gêne peut provenir de l'un ou de l'autre des mécanismes, l'individuel ou le social. Elle est parfois le résultat d'une histoire personnelle, qui fait que l'on a un corps rétif ou dénoué. »

Le sein a été, à plusieurs reprises, qualifié comme étant « *une chose* », « *quelque chose* ». Cette description matérielle, le qualifiant d'objet rappelle les notions évoquées dans le cadre théorique. Objet sexuel ou objet pour l'enfant, le sein semble bien avoir une multitude de représentations propres à chacun et chacune. Il est un organe ambigu du « nourrisson qui tète à l'homme qui caresse et à la femme qui se regarde ; maternité, érotisme et narcissisme se rencontrent dans un même jardin et se nourrissent du même fruit. » (Gros, 1987, p. 59).

Toujours d'après Kaufmann, dans son livre *sociologie des seins nus à la plage*, la femme montrant ses seins peut être vue comme une exhibitionniste. Dans la sphère personnelle, ou à la plage, montrer ses seins demeure une forme d'affirmation du soi érotique. Cette exhibition est qualifiée comme permettant de détourner l'attention des hommes. C'est refuser la banalisation des seins. Les verbatims retenus et l'analyse de cette partie revêtent un caractère personnel des représentations, la plupart du temps inclus dans la sphère privée.

Les représentations ont rapidement évolué d'« intime » à « banal » lorsque la sphère professionnelle est apparue dans la discussion.

6.1.2 Le sein : « de banal à pathologique »

Tous les enquêtés s'accordent sur le fait que le sein représente l'intimité, cependant lorsque leur côté soignant est interrogé, le sein devient banal, déssexualisé.

Sylvie : *« En tant que manip et en travaillant en radiothérapie c'est vrai que le sein on ne le voit plus, on le déssexualise »*

La gêne évoquée par Chams 'Eddine a évolué au cours de l'entretien. Son positionnement en tant que futur professionnel de santé a fait évoluer son discours, désormais cette gêne paraît appartenir à la patiente.

Chams 'Eddine : *« Je pense que c'est une histoire d'habitude, la première fois on a peur de la patiente. Nous, en soit, on sait qu'on fait ça, qu'on la positionne pour un examen médical, mais la patiente elle peut se sentir gêner. »*

Alexis partage cette vision d'un corps « banal » voire déssexualisé à partir du moment où l'on revêt une blouse blanche.

Alexis : *« On prend plus de recul par rapport au corps. En formation on va plus parler d'un organe. Moins de l'intimité de la personne, avec le recul, le regard médical. C'est ce qu'on essaie d'apprendre aux étudiants, on est tous pareil, on a tous un corps, y en des gros, des maigres, des poilus. Donc on prend ce recul et en formation on doit se détacher de cet aspect intime. »*

De même Stéphanie, évoque le sein comme étant un organe comme les autres.

Stéphanie : *« Oui c'est un organe comme les autres, quand on est dans le milieu professionnel de la santé, oui. »* *« Moi-même j'ai des antécédents familiaux, je suis suivie en mammo depuis des années et je n'ai aucun souci pour le coup que ce soit mes collègues ou autre qui me fasse mes mammos, ça ne m'a pas plus dérangé que ça. Je sais que derrière c'est un organe et que les professionnels de santé ont la même vision que moi. J'ai passé cette étape-là parce que je suis professionnelle de santé. »*

La banalisation du sein est présente dans la société mais c'est un processus plus complexe qu'il n'y paraît. « La banalisation est un mouvement puissant, continu, qui tente de dissoudre tout ce qui lui fait obstacle et l'existence : ce qui accroche le regard, ce qui pose question, se remplit

d'émotion. »(Kaufmann, 1998, p. 155). Rendre quelque chose « banal » permet de le rendre invisible mais il demeure pourtant une donnée essentielle de la vie sociale. Cette invisibilité permet de lever toute ambiguïté dans les rapports humains en considérant le processus rendu « banal » comme inexistant. Il permet de s'affranchir de certaines émotions et de les occulter. Il semblerait donc, que dans le cadre professionnel, le sein devienne banal. Les étudiants doivent apprendre à se détacher des représentations érotiques ou sexuelles du sein, pour en faire un organe à soigner.

J'avais fait le choix de développer, dans mon cadre théorique, le « sein médiatique ». Les enquêtés ne se sont pas nécessairement exprimés sur ce sujet, malgré mes relances. Je ne m'en suis pas immédiatement rendue compte. Si j'avais dû effectuer un plus grand nombre d'entretiens j'aurais tenté d'aborder le sujet plus précisément avec les enquêtés.

Au-delà de cette dimension ambiguë où l'on passe de l'intimité dans la sphère privée, à la banalisation dans la sphère professionnelle, il n'en reste pas moins que la notion de cancer est systématiquement apparue. Cette dualité est souvent mise de côté pour laisser la place à une nouvelle représentation : le cancer.

Au cours de l'entretien, j'ai constaté que Sylvie se questionnait sur ses propres représentations. Plus nous échangeons, plus la notion de cancer était omniprésente dans ses paroles. Elle m'a rapporté que son choix de faire des TD avec les étudiants venait probablement du fait qu'elle ait été elle-même confrontée à des examens ayant pour risque le diagnostic d'un cancer du sein.

Sylvie : « *Le sein ce n'est qu'une pathologie, vous avez raison.* »

« *ouais moi je pense que déjà, que je n'aurais pas été tentée de faire ça si moi-même je n'avais pas subi un mammotome¹⁰* »

Alexis, quant à lui, est conscient de l'impact psychologique que peut provoquer l'examen de mammographie sur les femmes. Puisque son unique objectif, la détection de cancer, est extrêmement anxiogène.

Alexis : « *Je pense que les femmes sont un peu pudiques elles ne veulent pas forcément montrer leur poitrine. C'est un examen qui est à double sens, lourd*

¹⁰ Mammotome : dispositif de biopsie mammaire

*de conséquence car on est dans le dépistage de cancer. Il y a la peur du résultat.
La peur de toute la prise en charge de tout ce que ça peut chambouler ta vie. »*

L'allégorie de « l'épée de Damoclès » illustre parfaitement cette sensation qu'un danger constant peut frapper. Ici le cancer.

Stéphanie : *« Les femmes quand elles viennent elles savent très bien qu'il y a cette angoisse de l'annonce d'un éventuel cancer. C'est que par rapport à une radio de cheville l'impact n'est pas le même derrière. C'est vrai que quand une personne vient faire une mammographie il y a toujours cette « chappe de plomb » on va dire de cancer ».*

La psychologie du cancer est un domaine vaste, empreint à de nombreuses difficultés dans la vie de la patiente. Anne-Sophie évoque que la sphère familiale modifie les représentations notamment lorsqu'un cancer a été diagnostiqué au sein d'une famille.

Anne Sophie : *« Il y a la psychologie du cancer du sein qui est quand même prégnante, avec de nombreux cas et avec un entourage qui peut être atteint de cette pathologie-là. »*

Le sein malade a été l'une des représentations les plus abordées dans l'ensemble du corpus d'entretiens. Le dépistage du cancer du sein est médiatisé, connu du grand public. Des panneaux publicitaires scandent qu'une femme sur huit sera atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie (site e-cancer.fr). Cette prévention peut être anxiogène. Du fait de son positionnement professionnel, le Merm ou même l'étudiant, peut concevoir cet organe uniquement comme une pathologie. Pourtant, il est initialement générateur de représentations sexuelles, érotiques et maternelles. La menace de la perte du sein devient une atteinte de son identité. Dans la société il est nécessaire d'exister comme homme ou comme femme. « Dans nos imaginaires occidentaux le sein symbolise la féminité » (Le Breton, 1996, p. 63). Lors de la perte d'un sein à cause du cancer, cela entraîne une perte symbolique de cette féminité légitime.

Anthropologiquement, de multiples processus sociaux interviennent dans la construction de l'identité corporelle. Toute société possède ses codes. Le cancer et la mutilation du sein viennent bouleverser ces codes. Les Merm sont souvent les premiers témoins de ces futurs bouleversements chez la patiente.

Lors des entretiens, l'ambiguïté existante autour de cet organe a été constante. La contradiction entre l'intimité de la patiente et la nécessité de former les étudiants à cette technique qui peut révéler un cancer est restée présente, sans pour autant qu'une solution émerge.

Le sein apparaît comme étant un problème de femme, les hommes semblent être spectateurs. À l'évocation des thèmes précédents, les avis des enquêtés ont été en accord. Ici, la légitimité de la place de l'homme a été questionnée à de nombreuses reprises, laissant place à un conflit du genre en mammographie.

6.1.3 Le sein : « un conflit du genre »

J'ai choisi d'établir une parité dans mes enquêtes. Interroger le même nombre d'hommes et de femmes m'est apparu essentiel étant donné mon sujet. Les enquêtés ont régulièrement précisé qu'ils formaient tous les étudiants en mammographie, féminins comme masculins, sans que je ne pose de questions dans ce sens. Les hommes sont des professionnels de santé au même titre qu'une femme. Le genre ne devrait pas être considéré comme une problématique.

Géraldine . « *Après d'une certaine manière les étudiants hommes vont faire de la radiothérapie et ils vont bien prendre en charge des patientes avec des cancers au niveau du sein. C'est vrai la pudeur reste aussi importante à gérer* ».

Stéphanie ne considère pas le sexe comme un facteur déterminant, elle connaît des hommes manipulateurs qui effectuent des mammographies et cela ne pose pas de problèmes. Elle soulève même, que ce n'est pas une activité exclusivement féminine ; certaines n'apprécient pas de réaliser l'examen de mammographie.

Stéphanie : « *Ça je pense que ce n'est pas une question de sexe, c'est juste sa propre représentation du corps de l'autre. Moi je connais des manip hommes qui font des mammo et qui font ça très bien et qui ne sont pas du tout gênés, etc. Et puis d'autres femmes manip qui ne veulent absolument pas faire de mammo. Ce n'est pas une question d'homme/femme, c'est vraiment une représentation de gêne de représentations. Je pense que c'est plus par rapport à ça.* »

Pour Thierry, cette discussion n'a pas lieu d'être. Le manipulateur est un professionnel de santé et sa place est autant en mammographie que pour un autre examen. Cet *a priori* est obsolète. Les nouvelles générations pratiquent la mammographie qu'ils soient hommes ou femmes.

Thierry : *« les formations sont les mêmes, les valeurs défendues sont les mêmes je ne vois pas pourquoi on fermerait la mammo à un manipulateur homme ça n'a pas lieu d'être. Là vraiment c'est un faux débat. De toute façon ça ne l'est plus, il y a aussi bien des hommes que des femmes. »*

En tant qu'étudiante, Justine estime que ses collègues masculins ont la même légitimité pour faire des mammographies que les femmes. C'est un examen d'imagerie comme les autres.

Justine : *« Je pense que c'est son métier, il y a bien des gynéco hommes. C'est comme ça s'ils font bien leur travail je ne vois pas pourquoi un homme ne pourrait pas faire. Surtout que des radios, on se demande de se mettre torse nu, en soutien-gorge et on en fait pas tout une histoire. »*

Pour Gilbert et Stéphanie, l'implication des étudiants masculins en formation de mammographie est essentielle.

Gilbert : *« Il y a imposition d'un stage en mammographie dans un centre spécialisé, c'est un INCONTOURNABLE !!!! Tous les étudiants y passent même les garçons. »*

« C'est toujours une approche un peu particulière par rapport au sexe des étudiants. A mon époque on abordait pas du tout cela. Les garçons n'avaient pas le droit d'en faire. Sauf quand je me suis retrouvé à travailler en tant que vacataire dans un cabinet de radiologie à faire de la mammographie. Bon je ne sais pas, je pense que maintenant ces problèmes n'existent plus »

Stéphanie : *« Nous on insiste sur le fait que c'était un examen à part entière que ça soit qui soit à manip homme ou femme parce qu'on a aussi des garçons dans la promotion »*

Dans l'établissement où Thierry travaille, la formation de l'ensemble des étudiants en mammographie est essentielle. Ils avaient même mis en place la réalisation de TD sur les étudiants garçons. Cette technique d'apprentissage a été modifiée car les garçons devenaient réticents et que les promotions en comptent de moins en moins.

Thierry : « Alors, les premières années aucun problème, au contraire. Ce qu'on faisait c'est qu'on leur demandait de mettre un teeshirt moulant. Ils restaient en teeshirt. Et on ne comprimait pas jusqu'au bout, car ça fait hyper mal chez les hommes(rire). Et on finissait le TD avec des boules antistress répondaient assez bien à la compression. Les garçons s'y prêtaient assez bien vraiment. Et puis petit à petit on a laissé tomber pour la raison que je vous ai dit. Ça marchait bien avec les garçons et puis mais bon... c'est toujours un peu compliqué, ça arrive hein les mammographies chez les garçons, qui est plus rare on n'est pas dans l'usuel quoi... »

À la lecture de ces *verbatim*, le rôle du Merm masculin dans la réalisation de la mammographie ne semble pas être une problématique au premier abord. Cependant, de nombreuses difficultés sur le genre apparaissent au décours des entretiens. En effet, le Merm risque tout de même d'être considéré par les patientes comme un homme, avec ses pulsions sexuelles, et non comme professionnel de santé. Les paroles recueillies à ce propos ont été données uniquement par des femmes. Les hommes n'ont pas abordé cette notion de sexualité.

Géraldine : « Pff...Peut-être que pour certaines patientes elles voient le manipulateur comme un homme et non comme un manipulateur tout simplement. Mais il y a bien des gynécologues hommes. »

Anne-Sophie met des mots sur une réalité parfois sous-entendue dans les entretiens. Le sein risque d'être considéré comme objet sexuel pour le Merm masculin.

Anne Sophie : « Pour les garçons c'est sûrement un objet de sexualité, car c'est quand même un objet de sexualité le sein. Il me semble. Le désir, il y a tout cet aspect-là. Pour les jeunes garçons il y a sûrement tout ça et ça fait peur. De toucher de manipuler ce sein, ou pas... »

L'homme doit être exclu de toutes les manières de la représentation que possède le sein. Le sein appartient uniquement à la femme. Sylvie évoque même, que l'homme atteint d'un cancer du sein pourrait perdre sa virilité. Sachant que cette pathologie chez l'homme représente 1% des cancers du sein.

Sylvie : « Je pense que dans l'inconscient collectif, le sein c'est la femme. Si l'homme a un cancer du sein ou une pathologie mammaire quelque part bahh... est ce que c'est un homme ? Je crois qu'il y a ça qui est derrière »

Pour donner suite à ce conflit du genre semblant exister dans l'apprentissage et la pratique de la mammographie, j'ai choisi de relever des paroles qui illustrent que cette pratique est régulièrement limitée pour la gente masculine.

Géraldine : *« Après on voit bien que se sont quand même des manipulatrices qui sont aussi en mammographie. De ce que j'en connais en tout cas. Là où je suis allée en tant que manip ou en tant qu'étudiante, c'était quand même l'essentiel des manipulatrices. Je ne sais pas si les étudiants seraient à l'aise d'aller en mammographie. »*

Alexis m'expose sa formation et son expérience professionnelle. Il n'a jamais eu l'occasion au cours de sa carrière de pratiquer cet examen.

Alexis : *« Moi j'ai vu pendant ma formation d'étudiant, j'ai vu une fois une mammographie en stage et c'est tout. Alors est-ce que ça m'a manqué hum non, parce que je n'en ai pas je n'ai pas pratiqué la mammographie. Sur mon métier non ça ne m'a pas manqué mais s'il avait fallu que je fasse de la mammographie comme ça au pied levé j'aurais été incapable. »*

« C'était réservé. On ne me l'a pas interdit... enfin si en fait on m'a interdit. (...) On m'a dit non tu es un homme tu ne feras pas de mammo. »

Chams 'Eddine me rapporte son unique expérience en stage où il a observé que la mammographie était pratiquée uniquement par des femmes.

Chams 'Eddine : *« Non, c'était que des femmes et il n'y avait qu'un seul homme dans le service de radio. Bah comme c'était le seul homme il ne faisait pas de mammo ».*

Anne-Sophie est expérimentée en sénologie. Elle est référente pour l'apprentissage de la mammographie. Elle a fait le choix de réaliser un TD de positionnement avec une personne réelle. De ce fait les garçons participent à cet enseignement.

Anne-Sophie : *« Ils sont très contents, ils sont ravis. Parce qu'en stage ils n'ont pas toujours la possibilité de faire de la mammographie. Encore plus pour les jeunes hommes, les étudiants masculins car il y a des endroits malheureusement où leur a dit « ba tu es un homme donc tu ne fais pas de*

mammographie ». Alors ça j'ai du mal à l'entendre mais malheureusement ça existe et dans certains endroits les hommes ne font pas de mammographie. »

Le conflit du genre semble être une réalité de terrain. Les données théoriques rapportaient peu d'arguments en faveur d'une différenciation entre homme et femme dans la formation des Merm ou même dans la pratique de la mammographie une fois les étudiants diplômés.

L'examen de mammographie est majoritairement réalisé par des femmes. La présence d'hommes dans les services de sénologie reste à la marge. Même si tous les enquêtés s'accordent sur le fait que le professionnel de santé, doit être neutre et « asexué », les représentations du genre et de la féminité restent malgré tout dominantes dans la formation et la pratique de la mammographie chez les Merm.

Le sein est majoritairement un problème de femme. La mammographie, dans la réalité, demeure un examen pour les femmes fait par les femmes. Il est même évoqué qu'un homme atteint d'un cancer du sein, risque de ne plus être considéré comme un homme, au sens viril du terme.

« De ce point de vue, qui lie sexualité et pouvoir, la pire humiliation, pour un homme, consiste à être transformé en femme » (Bourdieu, 1998, p. 38).

L'analyse de mes entretiens et une discussion à travers ce prisme des représentations va me permettre de proposer, par la suite, une discussion en lien avec mes hypothèses énoncées en première partie de ce travail.

Désormais, je propose une analyse autour du concept de l'apprentissage. C'est la technique pédagogique de simulation qui a été abordée lors des entretiens. L'objectif est de pouvoir questionner l'utilisation de cette technique pour la réalisation de mammographies.

6.2 La thématique d'apprentissage

6.2.1 L'apprentissage à l'aide de la simulation : source de savoir-faire

Lors de l'écriture du cadre théorique, il est apparu que la méthode d'apprentissage par la simulation se révèle être une source de savoirs. A la fois décrite comme « savoir-faire » mais aussi « savoir être ». C'est le « savoir-faire » que j'ai choisi de questionner spécifiquement.

J'ai recueilli les perceptions des enquêtés sur la meilleure façon d'apprendre un geste.

Pour Stéphane la récurrence du geste est importante.

Stéphane : « *Plus on pratique plus on est à l'aise* ».

Géraldine qualifie le métier de Merm, comme étant technique. De ce fait, l'apprentissage du geste est essentiel.

Géraldine : « *C'est la répétition en fait des gestes qui fait qu'ils s'approprient la technique* ».

Pour Alexis, il est nécessaire de s'entraîner pour apprendre un geste. Pour lui, c'est s'entraîner en stage sur un patient. L'établissement de formation ne va lui donner que les bases pour apprendre. Alexis favorise l'apprentissage par l'expérience sur le terrain.

Alexis : « *L'apprentissage des gestes, c'est les stages, ça va être en stage. On lui apprend la base à l'IFMEM, on va pouvoir et après en stage, ça permet de partir s'entraîner s'entraîner s'entraîner sur des patients différents.* »

Pour Stéphanie, le stage permet de répéter le geste en situation.

Stéphanie : « *En stage et en institut. C'est répéter le geste je pense vraiment pour vraiment l'assimiler gagner en dextérité* ».

Thierry exerce dans un établissement où la simulation est très développée, de ce fait, pour lui l'utilisation de la simulation procédurale a été une évidence à partager avec dans l'apprentissage du geste

Thierry : « *la simulation procédurale c'est vraiment pour apprendre un geste.* »

Ces observations, sur le besoin de répéter un geste, ont nécessairement été mises en lien avec la technique pédagogique de simulation. L'ensemble des enquêtés approuvent l'utilisation de cette méthode. Elle permet d'amorcer un apprentissage d'expérience qui va être complété en stage.

Anne-Sophie : « *Pour moi c'est la technique qui permet d'apprendre le plus, car elle cumule du savoir d'expérience* ».

D'après Anne Sophie, il persiste une dissonance entre l'apprentissage à l'institut et l'apprentissage en stage. L'utilisation de la simulation peut permettre de réduire cet écart.

Anne-Sophie : *« De la vérité qui revient avec le terrain qui donne du sens à cet apprentissage. Ils ne peuvent pas nous dire ba non ça c'est à l'école en stage ce n'est pas pareil. Malheureusement c'est encore des choses que l'on entend. Mais c'est sûr que la simulation ça donne du sens »*

Alexis expose que la simulation met l'étudiant en sécurité, et le prépare au stage.

Alexis : *« c'est ça la simulation mise en situation simulée c'est déjà voilà acquérir les gestes, avant d'aller sur le terrain et toucher au patient s'occuper de quelqu'un. Au moins quand ils vont arriver face à un patient ils ont déjà les bases. Ils savent faire et après ils vont parfaire leurs gestes techniques ».*

Thierry est convaincu des bienfaits de la simulation pour l'apprentissage des étudiants Merm.

Thierry : *« En termes de gestion des risques au patient, c'est hyper logique. Avant de piquer sur un patient on va piquer sur un mannequin, d'autres diront pourquoi on n'y a pas pensé avant. La deuxième chose c'est l'affect des étudiants. Je pense que pour les étudiants le milieu de soin peut paraître violent, il va avoir des approches de consultation, d'annonce de mauvaises nouvelles, d'approches à la nudité, d'approches au sang qui ne sont pas évidentes. Avec la simulation un étudiant va avoir le droit de se tromper, de recommencer et de débriefer sans conséquences pour le patient. »*

Lors de tous les entretiens avec les formateurs, la technique de simulation est apparue comme étant indispensable et sécurisante pour l'étudiant. Elle permet la répétition du geste sans aucune conséquence pour le patient. C'est le but recherché par cette méthode. Le « savoir-faire » est une part délicate de l'apprentissage. Dans le développement de mon cadre théorique, j'ai abordé la mémoire procédurale. Celle-ci intervient dans les processus liés à l'apprentissage. Il est expliqué que la répétition d'un geste permet au cerveau d'emmagasiner l'information de manière durable. Les paroles des enquêtés reflètent cette notion. Le principe de répétition a été récurrent tout au long des entretiens.

L'enquête de terrain est en adéquation avec le cadre théorique, en rapport avec les travaux de Pastré : « Il faut faire pour savoir faire ».

Quant à eux, les étudiants interrogés éprouvent le besoin d'être accompagnés la première fois dans la réalisation des gestes. Avec les étudiants, j'ai choisi de ne pas utiliser le terme de « simulation » afin de ne pas biaiser la discussion avec un vocabulaire qu'ils pouvaient ne pas maîtriser. Cependant, ils relatent que pendant les TD d'imagerie de projection, leurs apprentissages se constituent à la fois du geste mais du « savoir réagir » face à une situation, mais pas suffisamment de leur point de vue.

La mise en place de la simulation pour les étudiants Merm est essentielle pour l'acquisition du geste dans cette formation qui allie technique et relationnel. La difficulté réside dans la recherche de ce juste équilibre. La simulation peut être qualifiée d'apprentissage d'expérience. L'objectif est de se rapprocher au maximum du « réel ».

Se centrer sur l'activité réelle, c'est en quelque sorte former au « savoir-faire ». (Pastré, 2002). Les apprenants doivent apprendre à agir, et non pas répondre à une théorie par l'action. Afin de devenir compétents, les étudiants doivent vivre la situation d'apprentissage.

Cependant, même si tous s'accordent sur le bien fait de cette technique, les difficultés générées par l'utilisation de la simulation sont systématiquement apparues.

6.2.2 La simulation : frustrations et limites en formation Merm

La simulation est une méthode d'apprentissage permettant le développement de multiples savoirs. Les formateurs des Merm semblent l'utiliser en grande partie pour l'acquisition de ces « savoir-faire ». Pourtant la simulation revêt de multiples modalités d'apprentissages, notamment dans le « savoir être » ou « le savoir agir » en situation.

La « vraie » simulation est très peu utilisée, Sylvie est consciente que leurs pratiques dans son établissement s'apparentent à des TD plus qu'à de la simulation.

Sylvie : *« Bien sur ce n'est pas les mêmes, si on prend les procédures pédagogiques pures en termes de simulation normalement il faut faire un débriefing dans toute ...Enfin. Si vous voulez ça c'est quelque chose qu'on n'a pas encore bien mis en place ici à l'IFMEM, ehh on va dire qu'il y a deux choses différentes, la simulation où on ne va pas jusqu'au débriefing et le TP où on fait la simulation avec patient. Voilà »*

Anne-Sophie évoque le même constat : la simulation dans son institut est essentiellement procédurale, ils n'organisent pas de scénarii.

Anne-Sophie : *« Ce n'est pas une simulation pure, avec le film, débrief... c'est de la mise en situation professionnelle où on va copier les gestes tout simplement. »*

Lors de mes entretiens, les bénéfices de la simulation étaient évidents, les limites tout autant. Le sentiment de ne pas avoir le temps de mettre ce type d'apprentissage en place était extrêmement présent. Les formateurs évoquent à plusieurs reprises un manque de temps, de moyens et de matériel.

Sylvie : *« C'est très chronophage pour les formateurs. Ça veut dire d'une part que toute l'équipe doit être formée à la méthode de la simulation. Que l'on soit tous d'accord sur la sémantique : qu'est-ce que ça veut dire simulation, quelles sont les choses à mettre en place. Il y a vraiment un travail d'équipe préparatoire. On ne peut pas non plus faire cette simulation avec un groupe énorme d'étudiant il faut aussi avoir des TP de préparation formalisés et que les autres puissent faire autre chose pendant ce temps-là, mais quand c'est bien mis en place. Quand on a la possibilité de faire toutes ces phases-là, je pense que c'est un excellent moyen d'apprentissage. »*

Les difficultés organisationnelles résident dans la constitution de petits groupes, car la simulation n'est pas réalisable avec un grand nombre d'étudiants.

Géraldine : *« Après la difficulté dans l'organisation de la simulation c'est qu'on démultiplie les groupes pour qu'on puisse simuler mais ça veut dire qu'en fait il va falloir qu'ils soient 4/5/6 par groupe maximum. Ça en fait dans la répartition des cours et etc. je trouve que c'est très très chronophage mais je pense que c'est essentiel »*

« on n'a pas les moyens de tout simuler au sein des instituts de formation. Voilà en termes de matériel, il y a plein de choses qu'ils vont faire pour la première fois avec le patient. »

Stéphanie constate le même type de problématique dans son institut. Une seule séance de « vraie » simulation est mise en place dans la gestion de l'urgence en interprofessionnalité.

Stéphanie : *« Nous n'avons pas de salle de radio à l'institut. Du coup nous ne faisons pas de scénario spécifique manipulateurs. Du coup c'est vrai que ce n'est pas l'idéal. On aimerait mettre en place quelque chose de spécifique aux manip*

mais pour l'instant on fait des scénarii sur la prise en charge de l'urgence avec l'IFSI. »

Gilbert, n'est pas convaincu par la simulation. Pour lui la principale source d'apprentissage reste le stage. Il remet même en question le devise HAS en évoquant la simulation comme étant un effet de mode qui ne confronte pas les étudiants à la vraie vie. D'après lui, il existe des biais qui mettent les étudiants en difficulté. Paradoxalement lors de l'entretien, il me rapporte ne pas utiliser cette technique d'apprentissage.

Gilbert : *« Je suis persuadé que c'est lors du stage que l'étudiant est confronté à la réalité. Les situations créées artificiellement à la simulation n'y arriveront jamais. D'ailleurs, hein on en connaît les biais de la simulation, la HAS va vite revenir au vrai. »*

De même Stéphane ne pratique pas de simulation, comme Gilbert il trouve cette méthode insuffisante et discutable.

Stéphane : *« Non, non, non ils sont forcément en difficulté même avec la simulation. Forcément ; quand c'est la première fois on est forcément en difficulté même nous on y est encore quand c'est la première fois. »*

Du fait de son expérience, Thierry est convaincu de l'utilité de la simulation dans l'apprentissage. Cependant il est conscient de ses limites et difficultés. Il me rapporte même, que mettre en place un dispositif de simulation est complexe et que peu d'établissements le font. De plus, il partage avec moi la dimension délétère que peut avoir la simulation sur les étudiants si elle n'est pas réalisée correctement.

Thierry : *« Je suis convaincu de la simulation. Par contre il y a plein de limites, de contraintes et d'écueils à la simulation. On peut très vite devenir anti pédagogique il faut préparer principalement les situations qui peuvent devenir anxigènes »*

Les aspects négatifs de la mise en place de la simulation ont été source d'échanges lors des entretiens avec les formateurs.

J'ai choisi de ne pas aborder ce type de problématiques avec les étudiants. Ces questions ne me paraissaient pas appropriées et ne correspondaient pas à leurs champs de connaissances.

Lors des entretiens, les bienfaits de l'apprentissage par simulation ont été soulevés. Ces observations relevaient d'un avis général, du sens commun. Cependant, lorsqu'il a été question de préciser les pratiques dans leurs établissements, la simulation est devenue complexe voire inaccessible. J'ai ressenti une frustration de la part des formateurs.

Deux d'entre eux ont ressenti le besoin de se « justifier » de ne pas faire de simulation car cette méthode ne leur semblait pas efficace. En effet, les effets positifs de la simulation ont été remis en question par ces deux formateurs. Ils considèrent que celle-ci ne répond pas à la réalité de terrain, que les étudiants n'apprennent pas la « vraie vie » par la simulation.

En revanche, le reste des formateurs interrogés m'ont fait percevoir un sentiment de frustration professionnelle. La recherche sur la simulation dans le domaine des soins infirmiers a été maintes fois questionnée. Lors de mes recherches je n'ai pas, ou peu, trouvé d'écrits sur la formation Merm et l'utilisation de la simulation.

L'apprentissage technique est une partie importante de la formation. Le référentiel de formation est complet et dense, tout comme dans les autres professions paramédicales. Aborder l'ensemble des apprentissages en détail est quasi impossible.

De plus, les établissements de formation de Merm ont parfois besoin de simuler des situations sur des équipements dits « lourds ». Les instituts n'en sont pas dotés. J'ai eu le sentiment que les formateurs se sentent démunis entre cette envie d'appliquer les directives HAS « jamais la première fois sur un patient » et cette frustration du manque de matériel.

Les entretiens ont fait apparaître une autre dimension. Que doit-on ou que peut-on simuler ? Même si le référentiel de formation, au travers des fiches UE (en annexe I), est explicite sur les méthodes à utiliser suivant les enseignements, il semblerait que tout ne soit pas simulable, et notamment la mammographie.

6.2.3 Pouvoir ou devoir tout simuler

Après avoir exploré les avantages et difficultés rencontrées lors de l'utilisation de la simulation avec les étudiants Merm, je souhaite questionner la nature des apprentissages pour lesquels cette technique active est réalisable, ou même indispensable.

Sylvie évoque cet aspect. Pour elle, la mise en place de séances de simulation est essentielle dans des situations d'urgence. Elle évoque à ce moment le développement de la capacité d'« agir en situation ». Chose à laquelle la simulation procédurale ne répond pas.

Sylvie : *« ça c'est la devise de la simulation. Elle est importante dans des situations d'urgence où on simule quelqu'un à risque potentiel de mort. Dans nos formations, forcément l'étudiant va d'abord s'entraîner sur le patient. Donc cette devise on ne l'applique pas vraiment »*

Stéphanie a exprimé des difficultés pour mettre en place de « vrais scénarii ». Cependant la mise en place de ce type de séance est essentielle dans les situations d'urgence, pour elle aussi. Elle pense qu'avec plus de moyens, il serait intéressant de développer la simulation dans des contextes plus larges.

Stéphanie : *« En tout cas dans les situations vraiment d'urgence ça oui je pense que ça permet effectivement... elle a tout son intérêt. Après sur le tout-venant, c'est une méthode pédagogique qui peut venir en remplacement d'un TD par exemple, il va travailler la pratique. Quelque part quand on fait sur les bras en plastique ça reste de la simulation procédurale. En tout cas effectivement la simulation a tout son intérêt dans le monde de la santé en tout cas. Dans la prévention des risques. »*

Thierry partage cet avis. La simulation prend son sens dans l'analyse réflexive qu'elle provoque. Ce n'est pas la procédure qui est primordiale c'est l'analyse et l'organisation des gestes impliqués dans le scénario.

Thierry : *« la simulation quand même mais par exemple on sera plus dans la procédure dans le geste des urgences. Dans ces debriefings on va essentiellement parler de l'organisation des gestes, du leaderships... mais pas nécessairement sur le geste en lui-même. On est bien sur l'intégration de savoir et pas sur de l'apprentissage pur. Dans la simulation du choc anaphylactique on a vu les cours et on est plus dans l'action de la procédure »*

Trois formateurs ont exprimé leur intérêt pour utiliser la simulation dans des situations à risque. Pourtant, d'après le référentiel de formation, le formateur doit s'appuyer sur cette technique dans de multiples UE, notamment dans celle de l'apprentissage de la mammographie. J'ai

abordé ce sujet à la fin des entretiens. J'ai questionné l'ensemble des enquêtés sur leur vision de la simulation en mammographie.

Sylvie et Géraldine font pratiquer la mammographie aux étudiants sur un buste en silicone (appelé plastron par les formateurs). La découverte de ce buste s'est faite de manière fortuite grâce à une collègue formatrice sage-femme, qui a accepté de leur prêter. Ce procédé n'est pas répandu car peu connu. L'étudiant met le buste sur lui et peut simuler la mammographie.

Sylvie est convaincue par cet enseignement à l'aide d'un simulateur. Le sein représente, ici, un objet matériel qui permet de laisser les multiples et complexes représentations du sein de côté.

Sylvie : *« L'intérêt de ce buste c'est qu'il met une distance. Ce n'est pas lui ce n'est pas l'étudiant, c'est... il a un objet qui va mettre un petit peu cette distance qui permet d'être dans un jeu quelque part. »*

Pourtant, malgré l'efficacité des simulateurs procéduraux, le sein est relégué au statut « d'objet » et les perceptions de la personne ne peuvent pas être prises en compte.

Géraldine : *« Alors Oui et non parce qu'en fait quand ils vont faire de la simulation avec le plastron il y a quand même quelque chose qu'ils ne vont pas percevoir c'est la douleur de la compression. Et qui n'est pas anodine. »*

Etant donné que la pratique sur le buste est présente dans un seul institut, j'ai pu questionner sur l'apprentissage par simulation à l'aide du patient standardisé.

Stéphanie : *« Faire de la mammographie avec la patient standardisé, cela serait effectivement quelque chose à réfléchir avec l'accord de l'actrice, elle serait « sein nu » et devrait supporter la compression etc. C'est un désagrément on va dire de l'examen en lui-même. Mais oui pourquoi pas je savais que c'était quelque chose qui se faisait mais que je ne l'avais pas forcément envisagé. »*

Chams 'Eddine me rapporte qu'il ne sait pas comment apprendre à faire de la mammographie sans pratiquer. L'utilisation de la simulation avec une actrice lui paraît possible. Même si cette idée peut être gênante de son point de vue d'étudiant, il est conscient que la principale difficulté demeure pour la patiente.

Chams 'Eddine : *« Un TD parce que je ne vois pas comment apprendre un geste sans le faire. Eh, ba j'y serais obligé mais j'arriverais à dépasser ma gêne mais »*

cette année, l'année dernière c'était mort. Ça serait mieux que sur une patiente pour qui l'examen est difficile »

L'idée de rémunérer une actrice afin que les étudiants puissent positionner une patiente, ne semble pas poser de problème à Stéphane. Il y voit essentiellement des difficultés pour l'obtention du matériel (mammographe) et pour trouver l'intervenante disposée à se prêter à ce « jeu » de simulation quelque peu particulier.

Stéphane : *« Ba l'idéal ce serait de faire pareil qu'en radiologie, des TP. Mais bon, il faudrait un mammographe, un système de développement des intervenants et puis... un mannequin... un cobaye... qui veuille bien prêter ses seins. Voilà pourquoi pas mettre ça en place, mais je pense que ce serait très compliqué. Mais bon dans les mœurs c'est, ça serait d'autant plus difficile.*

« Non ce n'est pas spécialement gênant, on paye bien les intervenants alors pourquoi ne pas rémunérer cette personne qui prête son corps ? »

Justine, étudiante de deuxième année, imagine pouvoir apprendre la mammographie sur une actrice. Cela lui paraît être faisable du fait que la personne soit une inconnue. La distance professionnelle peut ainsi être créée.

Justine : *« Je pense que vu qu'on ne la connaît pas et qu'on est dans l'optique d'être là pour apprendre. Après bien sûr qu'au début on serait un peu gêné car la personne se livre un peu à nous mais après il y aura plutôt l'aspect « on est là pour apprendre », il faut pratiquer que ça doit se faire ».*

Anne-Sophie est la seule à exercer dans un établissement qui a mis en place une séance pédagogique de positionnement en mammographie avec une actrice. Elle y voit de multiples avantages, dont celui de manipuler pour de vrai sans un être confronté aux angoisses de la patiente.

Anne-Sophie : *« Moi je trouve que c'est une merveilleuse occasion pour les étudiants de manipuler, au moins une fois avant d'être professionnel. De toute façon c'est toujours bien de ne jamais faire la première fois sur un patient. C'est un peu notre politique à l'école on essaie de jamais faire la première fois sur un patient ».*

Anne-Sophie y voit également une manière d’approfondir et de consolider les connaissances et de faire prendre conscience à l’étudiant des enjeux de cet examen.

Anne-Sophie : « Ça va permettre de consolider les connaissances de cours, ils vont mobiliser leurs connaissances. En termes de savoir d’expérience, c’est évident ça va être une première mise en expérience de la relation avec la patiente, la personne qui joue le rôle. La mise en place, la prise en charge mais aussi la proximité qu’impose cet examen. On est très proche des patients pour cet examen, c’est très particulier. Et pour la patiente et pour le manip qui est très proche du patient. C’est important car pour moi la relation... elle est vraiment.. en plus les stages ba pfff, ils pratiquent peu. On est vraiment tout contre les patients. »

L’ensemble des formateurs et étudiants ont été ouverts à la discussion sur l’utilisation du patient standardisé en mammographie. Certains ne l’avaient pas envisagé ou même imaginé. Lors de ce questionnement la plupart des réactions a semblé être l’étonnement suivi d’une réflexion sur les pratiques existantes au sein de leur propre établissement. Je pense avoir fait naître, parfois une réflexion à ce sujet, ou du moins un débat sur cette technique.

En revanche, lors de mon échange avec Thierry, son positionnement sur le sujet a été limpide. Pour lui, le problème ne réside pas dans le fait d’avoir une femme dénudée avec les étudiants, ou même de la rémunérer, mais dans le fait que la mammographie est, d’après lui, un acte invasif.

Thierry : « Je vais répondre, pour moi la compression est un acte invasif. On ne le fait pas pour une personne pour un apprentissage. Prendre une personne, lui comprimer le sein sans que derrière il y ait une raison diagnostique me semble éthiquement discutable. Après si on trouve quelqu’un qui porte le plastron.. pourquoi pas. Mais par contre on ne comprime pas un sein s’il n’y a pas de diagnostic derrière. Comme je ne ferais pas un scanner ou une IRM à un étudiant. On a des actes invasifs, ; de la radioprotection. Non, ça je mettrai un frein. »

Le titre que j’ai choisi pour ce chapitre est révélateur, dans cette partie de l’analyse des entretiens. Le référentiel de formation des MERM est explicite, la méthode de simulation doit être systématique dans le cadre de l’UE 4.4, dont la mammographie fait partie. De ce fait, en

théorie, les formateurs doivent « tout » simuler, du moins tout ce qui fait partie de cette unité d'enseignement. Cependant, il semblerait que dans la pratique, cela soit difficile.

En effet, le formateur rencontre des difficultés pour la mise en place d'un apprentissage de la mammographie par la simulation. Le manque de matériel en est la principale cause.

La deuxième réside dans le choix de la technique de simulation. La formation MERM requiert, comme vu précédemment, l'apprentissage de multiples techniques, souvent la simulation procédurale est favorisée. Les situations d'urgence semblent être à privilégier. De même la sémantique de la simulation est questionnée.

La simulation procédurale en mammographie n'est effective que dans un seul établissement. Elle présente de multiples avantages mais ne semble pas répondre totalement aux attentes de la simulation. La prise en charge de la patiente n'est pas prise en compte.

L'établissement qui a choisi de faire appel à une actrice dans le cadre d'une simulation grâce au patient standardisé remonte des avis très positifs de la part des étudiants. Un seul établissement enquêté a choisi ce mode d'apprentissage. Même si la question du respect et de la pudeur de cette femme est questionnée, il n'en reste pas moins qu'elle se trouve face à des professionnels soignants en devenant ayant pour valeur fondamentale le respect de la personne et de sa pudeur. L'acte de mammographie n'est pas un acte invasif¹¹ à proprement dit. Cependant, il peut être vu de la sorte car c'est un examen ayant souvent mauvaise réputation, notamment d'être douloureux pour les femmes mais également pour les hommes. De ce fait, « l'entraînement » masculin sur les étudiants masculins semble être aussi complexe. Le caractère singulier de cet examen fait de lui un examen « à part » dans l'apprentissage.

Cependant tous s'accordent sur le fait qu'il est essentiel pour les femmes et complexe dans sa réalisation. L'analyse de mes entretiens est en adéquation avec mon cadre théorique. La simulation à l'aide du PI est très peu utilisée dans les formations paramédicales. Pourtant, le partage d'expérience d'une femme ayant été atteinte d'un cancer du sein avec les étudiants, ne pourrait être que bénéfique en créant un échange et partage. Cependant cette action demande du temps car le « patient acteur » doit être formé.

Pour conclure ce chapitre, j'observe que la pratique de séances de simulation complète ne paraît pas être une évidence dans la formation des MERM, et encore moins pour l'examen si spécifique

¹¹ Acte invasif : qui traverse la barrière de la peau

de la mammographie. Cependant les étudiants ne peuvent pas inventer un geste, et ils ne peuvent pas uniquement le mimer. La reproduction et la compréhension du geste doivent être en adéquation (Vadcard, 2017).

Il est évident que les représentations jouent un rôle important dans la mise en place de l'apprentissage de cet examen. Cette considération sera plus détaillée lors de la discussion autour des hypothèses que j'avais émises. En effet, pour mener une discussion complète, il est essentiel d'aborder un autre concept émergeant des données empiriques et non exploré dans mon cadre théorique.

La construction de l'identité professionnelle des étudiants a été maintes fois évoquée par les formateurs. Ce concept semble devoir être pris en compte dans l'apprentissage de la mammographie. C'est pourquoi, les entretiens avec les étudiants ont été réalisés en dernier. Je souhaitais échanger avec eux sur la perception qu'ils avaient de la construction de leur identité professionnelle.

6.3 L'identité professionnelle : une thématique émergente de l'enquête de terrain

J'ai analysé les paroles des enquêtés à travers ce concept d'identité professionnelle qui va être décliné d'une part sous l'angle de la maturité personnelle et professionnelle, et d'autre part sous le paradigme de l'autonomie. Comme énoncé auparavant plusieurs formateurs ont évoqué le manque de maturité des étudiants pour aborder la mammographie en première année de formation. Le sein est un organe défini comme intime. La maturité personnelle et professionnelle des étudiants pour réaliser cet examen semble être insuffisante pour utiliser la technique de simulation.

6.3.1 Le manque de maturité comme frein à l'apprentissage de la mammographie

Le jeune âge des étudiants a été plusieurs fois énoncé comme étant une raison pour ne pas organiser des TD de positionnements ou des séances de simulation en mammographie. D'après certains formateurs leur manque d'expérience sur « le corps de l'autre » est un obstacle à l'apprentissage de la mammographie en institut.

Pour Stéphane, aborder l'intime, le toucher du sein avec des jeunes adultes constitue un frein à l'utilisation de la simulation.

Stéphane : « *On aborde en première année le contact visuel, le toucher, on s'aperçoit que lorsqu'on parle de partie... délicate, intime... Ces sont des jeunes qui ont entre 18 et 21 ans en moyenne, et ils n'ont jamais vu de corps de personnes âgés, de vieux, de jeunes, de sexe d'un autre âge et cette vision peut leur faire peur . La plus grosse difficulté c'est qu'on touche à l'intime. Et c'est forcément compliqué pour un étudiant qui a 18 ans d'aller toucher un sein. »*

D'après Alexis, cette « jeunesse » peut être un frein à la formation. Cependant il considère cette difficulté comme étant surmontable. Il est nécessaire de former, d'appréhender et d'accompagner l'étudiant dans son approche « au corps de l'autre ». De plus il me rapporte, que faire des TD en dehors de l'hôpital peut transférer l'étudiant « dans une sphère privée » qui peut rendre l'exercice plus compliqué. La sphère professionnelle doit rester prépondérante afin de dépasser la gêne existante.

Alexis : « *C'est compliqué, c'est ce que l'on disait tout à l'heure, ils sont tous jeune. Pour les garçons s'occuper d'une patiente dénudée en dehors de l'hôpital, mais à l'école, cela peut le gêner. Il me prendre cela comme rentrer dans l'intimité de la personne devant 15 autres. C'est possible mais il faut les préparer à ça. »*

Le peu d'expérience des étudiants est également énoncé par Thierry. Le rapport au corps, à la nudité et à la maladie est d'après lui compliqué à accepter pour un étudiant de première année.

Thierry : « *Si on a des étudiants de première année euh on va dire basiques hein mais tu n'as pas d'expérience outre mesure qui sort du cocon familial. Il n'a aucune expérience de la nudité, de la vieillesse du corps malade, c'est hyper violent pour le coup. C'est dur à accepter, voilà ce corps malade. »*

Gilbert, quant à lui, considère qu'une des principales méthodes pour apprendre la mammographie est la simulation. Le frein initial est une nouvelle fois le manque de maturité.

Gilbert : « *les mettre en situation de simulation c'est le mieux, mais il y a un problème de maturité »*

L'étudiant doit « basculer » dans le milieu professionnel et apprendre à travailler avec le corps. C'est un des objectifs de la formation, notamment en première année de formation.

Stéphanie : *« professionnel. Il faut qu'il se bascule en fait sur ça et c'est vrai que c'est en formation on tend vers ça mais c'est vrai qu'en première année, ils sont on va dire encore des bébés par rapport à ça. Ils ont encore des freins par leurs représentations »*

Géraldine est formatrice depuis quelques mois. Dans son établissement, l'enseignement de la mammographie est réalisé en deuxième année de formation. Ce choix a été fait pour des raisons d'organisation. Cependant la deuxième raison sous-entendue par la formatrice est la maturité professionnelle plus importante en deuxième année.

Géraldine : *« Mais c'est vrai que de la 1ere année à 2e année et 3e année on voit qu'il y a des mutations qui s'opèrent. Mais d'une certaine manière quand ils arrivent en première année c'est là où on fait l'imagerie de projections, et la mammographie en théorie. On sent bien qu'en première année ils sont jeunes, ils découvrent le milieu hospitalier et puis en fait au fur et à mesure que les mois passent, quand ils arrivent en 2e année il y a une mutation. On sent bien que dans la relation patiente il y a des choses sur lesquelles ils sont bien plus à l'aise. Et du coup eux-mêmes le sont davantage aussi »*

Il semble y avoir un manque de maturité personnelle mais aussi professionnelle des étudiants. Le jeune âge a été plusieurs fois évoqué. Cependant le principe de maturité reste subjectif. « La difficulté commence lorsqu'il s'agit de définir ce qu'est la maturité. Cette notion d'origine biologique n'a-t-elle qu'une signification métaphorique lorsqu'elle s'applique à l'humain ? Elle est à la fois suggestive et relativement floue » (Marc, 2010).

De plus un manque de maturité ne rime pas de manière systématique avec jeunesse. Il s'agit d'un stade de développement psychologique. Toujours d'après Marc (2010), « elle implique l'idée d'un processus de développement, d'un stade d'achèvement dans ce processus, constituant à la fois l'aboutissement d'un développement « normal » et un modèle idéal de plénitude »

Les profils de promotion ne sont pas toujours les mêmes. Les promotions comptent un grand nombre d'étudiants « primants » (du baccalauréat de l'année), mais comptent également des étudiants ayant déjà une expérience de formation, ou encore des étudiants en promotion professionnelle (déjà diplômés aides-soignants, ambulanciers etc.).

C'est pourquoi, le manque de maturité dans une promotion de première année est une réalité mais n'est pas généralisable à l'ensemble des étudiants.

Le formateur est un vecteur pour cet apprentissage particulier qui est celui du rapport au corps. Comme exposé dans le cadre théorique, Jodelet évoque la première rencontre entre l'étudiant et le corps du patient qui est un cap essentiel dans la construction de sa maturité professionnelle, donc de son identité. Cette découverte doit être accompagnée, si ce n'est pas le cas, elle peut être violente pour l'étudiant. Créer des apprentissages par la simulation en se rapprochant au maximum du réel peut permettre de mettre en sécurité l'étudiant pour ses futures prises en charge de patientes. Si l'étudiant est en confiance et se sent en sécurité, il sera en capacité d'appréhender la prise en charge du corps nu de la patiente. C'est le principe de la pyramide de Maslow, qui est exploitable ici. (Fenouillet, 2012, p.89) Cette pyramide est connue pour l'analyse des besoins humains, et souvent utilisée comme base de la démarche de soin. Ici, elle peut être exploitée pour analyser les besoins de l'étudiant pour lui permettre de développer ses compétences.

6.3.2 L'éducation, la culture : d'autres freins à cet apprentissage

Pour Sylvie, le rôle du formateur dans la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant peut avoir ses limites. En effet, l'étudiant possède ses représentations dues à sa culture et à l'éducation qu'il a reçue. Il a construit son identité. Elle considère que ce processus est inévitable, voire interchangeable.

Sylvie : « *Après ce qui va se jouer c'est l'éducation, là où nous on n'aura pas de poids parce que les choses sont construites, la culture, on va apporter notre vision de soignant : on prend en charge toutes les personnes quelles qu'elles soient mais on ne peut pas agir sur ce qu'ils ont construit eux. Ils arrivent ici ils ont 20 ans ils ont construit des choses et les défaire c'est compliqué.* »

Pour Stéphanie, la culture peut être un frein à l'apprentissage des examens touchant à l'intime. Cet enseignement est délicat et doit se faire de manière progressive afin de ne pas brusquer l'étudiant. L'enseignement du positionnement du sein en mammographie semble être quasi impossible.

Stéphanie : « *C'est compliqué hein c'est compliqué, si on revient un petit peu en arrière le bassin de population sur notre commune, on a plutôt une*

population musulmane très importante. Ce qu'on a vu ces dernières années à l'école ce sont des étudiantes voilées. Voilà je n'ai vraiment pas de mal avec ça, mais bon c'est vrai que c'est à prendre en compte dans l'apprentissage. Juste pour prendre des points repère au niveau de la symphyse pubienne c'est très très compliqué de se toucher entre eux voilà ou même leur propre corps. C'est très compliqué donc après déjà la première étape déjà on leur apprend à se palper soi-même, après avec un collègue de la promotion c'est la 2e étape. Si on vient rajouter le sein alors là... C'est pour ça que je te disais tout à l'heure l'apprentissage des gestes de la mammo avec l'apprentissage que l'on a nous ça serait compliqué. »

Pour Chams 'Eddine, il est difficile de travailler sur la prise en charge des patients entre étudiants. Il se sent observé. De plus il fait beaucoup de distinction dans son discours entre sa première et sa deuxième année, sur ses capacités de prise en charge d'un patient.

Chams 'Eddine : *«C'est plus compliqué parce qu'on se connaît entre étudiants, on sait que c'est un jeu de rôle un peu. Mais quand on est en stage c'est plus facile, surtout en 2eme année. En première année on ne se sent pas trop prêt pour rassurer un patient ou quelque chose comme ça car on se dit qu'en soi on ne sait pas grand-chose mais en 2eme année oui. »*

Au-delà, de la maturité, Anne-Sophie évoque que l'expérience sexuelle des étudiants peut complexifier l'enseignement d'examens particuliers tels que la mammographie.

Anne-Sophie : *« Le corps, la façon d'appréhender le corps est parfois encore compliquée pour certains. On le voit bien quand on fait l'anatomie en détails, ce n'est parfois encore pas totalement acquis. Même si on pense qu'à 18 ans ils ont tous des relations sexuelles ou je ne sais pas quoi, ce n'est pas acquis. Je pense ça joue quand même sur le déroulement du TD ».*

L'éducation, la culture et l'expérience des apprenant semblent impactés sur leurs apprentissages, notamment sur celui de la mammographie qui aborde un organe sexuel.

D'après les formateurs, la construction de l'identité s'appuie également sur l'implication de l'apprenant dans sa formation et sa capacité à devenir autonome.

6.3.3 Les clefs pour la construction de l'identité professionnelle

6.3.3.1 L'implication

Sylvie m'explique que l'implication des étudiants sur certaines spécialités vient de leur vécu ou sensibilisation personnelle à la pathologie.

Sylvie : « *Pour la prise en charge de la patiente en mammographie, tous les étudiants ne seraient pas forcément sensibilisés. Autant pour la technique on arrive à les sensibiliser autant pour cet aspect un petit peu plus psychologique on ne les touchera pas tous. Je pense que s'ils n'ont pas vécu soit en stage ou par eux même, ils sont moins impactés et donc moins impliqués* ».

Pour Stéphanie, même si certains seront gênés par l'apprentissage d'examen délicats, il est nécessaire qu'ils s'impliquent dans cette formation. D'après elle, s'ils ne sont pas en capacité de dépasser la prise en charge des corps nus des patients, ils devront se questionner sur leurs motivations pour leur futur métier.

Stéphanie : « *Si malheureusement ils sont trop gênés pour toucher et manipuler des patients, il faut peut-être repenser un petit peu leur projet professionnel parce la nudité et toucher des corps nus fait partie intégrante de notre métier.* »

Géraldine émet le même avis que Sylvie, les étudiants ont une sensibilité différente et une implication différente sans pour autant savoir pourquoi.

Géraldine : « *L'implication des étudiants, est importante et différente. Cela peut dépendre de leur vécu avant la formation, je suppose, je ne sais pas.* »

L'implication de l'étudiant dans sa formation favorise ses apprentissages et le développement de ses compétences. Selon Fenouillet (2012, p. 47), il existe deux formes principales d'implication. La première « l'implication par l'ego » qui va pousser l'apprenant à fournir le minimum d'effort afin de maintenir ses compétences égales à celles des autres apprenants. Il va moins développer de compétences. Étant donné que l'apprentissage de la mammographie est sommaire en institut, la comparaison au groupe ne sera pas source de motivation. Cependant, la deuxième implication consiste à ce que l'apprenant s'implique uniquement par intérêt pour l'activité. C'est ce que rapporte Sylvie dans l'enquête. L'étudiant désirera gagner en

compétence uniquement par intérêt pour l'activité. Le CDSF peut tenter d'identifier le type d'implication qui existe chez l'étudiant afin de l'accompagner dans la construction de son identité professionnelle.

6.3.3.2 La confiance en soi

La confiance en soi est évoquée à plusieurs reprises par plusieurs enquêtés. Pour Anne-Sophie c'est cela qui va permettre à l'étudiant de développer son savoir être. Ce savoir est considéré comme intrinsèque, elle me rapporte que pour elle, il ne s'apprend pas. C'est l'expérience qui sera génératrice de savoir être.

Anne-Sophie : *« (...) on voit bien que l'éducation peut avoir un impact sur un certain nombre de choses. Sur les apprentissages sur la confiance en soi, sur le savoir-être. (...) Le savoir-être ça ne s'apprend pas. On peut faire développer des choses mais c'est quelque chose d'intrinsèque quand même. Le savoir être, il va se développer avec l'expérience. »*

La confiance en soi est essentielle pour développer des compétences. Pour Chams 'Eddine, en première année, l'étudiant perd ses repères et se retrouve confronté à des problématiques qu'il n'avait parfois jamais rencontrées. Il existe encore une fois une progression de cette confiance au cours des années de formation.

Chams 'Eddine : *« La confiance en soi déjà, quand on arrive en 1ere année on est vraiment perdu, quand un patient nous pose des questions on est vite débordé alors que quand un patient est inquiet j'arrive plus à le prendre en main, le rassurer, l'accompagner ».*
« je suis quelqu'un de très pudique. La première fois que j'ai eu une radio pulmonaire à mon stage de radio , et j'ai vu que c'était une femme, je lui ai dit que je ne me sentais pas encore prêt. Elle ne m'a rien dit, elle m'a dit je sais je comprends et tout mais attention de pas faire ça avec tous les manip car ils ne pourront pas tous te comprendre »

La confiance en soi est une notion complexe relevant de la psychologie et incluant l'histoire de chacun. Elle peut être assimilée en pédagogie au sentiment d'efficacité personnelle. C'est un paramètre important à prendre en compte en formation.

D'après Galand, B. et Vanlede, M. (2004)., il semblerait que ce sentiment d'efficacité personnelle soit issu de quatre sources : « les expériences actives de maîtrise (performances antérieures, succès, échecs), les expériences vicariantes (modelage, comparaison sociale), la persuasion verbale (feed-backs évaluatifs, encouragements, avis de personnes significantes), et les états physiologiques et émotionnels. » C'est l'histoire scolaire, les évaluations et le parcours de formation de l'apprenant qui va déterminer son sentiment d'efficacité.

« Les recherches scientifiques indiquent clairement que la confiance en soi n'est pas donnée une fois pour toutes, mais se construit à travers les activités d'apprentissage et les dispositifs mis en place par les enseignants. Elles montrent également que les situations de formation sont des situations éminemment sociales, dans lesquelles pouvoir s'estimer compétent et être perçu comme compétent sont des enjeux centraux. » (Galand, 2011).

De ce fait le formateur est ici aussi un vecteur pour la progression de l'apprenant. L'aider et l'accompagner dans ses apprentissages vont lui permettre de devenir un professionnel confiant, qui pourra faire transparaître cette confiance au patient dans sa prise en charge.

6.3.3.3 L'autonomie

Pour Géraldine, tous les étudiants ont la même formation de base. Pour elle, c'est l'étudiant qui détermine son parcours et qui choisira en fonction de ses appétences la spécialité dans laquelle il choisira d'exercer.

Géraldine : « *ils ont tous la même formation de base. Après ils n'ont pas forcément la même appétence pour aller faire de la sénologie. »*

La mammographie fait partie des objectifs de stage pour les étudiants dont s'occupe Stéphanie. Elle les sensibilise à « réclamer » d'aller participer à cet examen lorsque cela est possible. Cependant elle est consciente que certains font le choix de ne pas y aller. Ils sont acteurs de leurs apprentissages.

Stéphanie : « *ils partent en stage en imagerie je leur donne toujours pour objectif, si la structure fait de la mammographie, je leur demande d'aller passer au moins une journée, au moins essayer. Il y en a qui le font et d'autres qui ne le font pas du tout après c'est leur choix. »*

Thierry considère que les établissements ne peuvent pas tout enseigner. L'étudiant doit être autonome pour se former.

Thierry : « *C'est aussi aux étudiants de se prendre en main, d'aller chercher des informations. Ceux qui veulent faire de la mammo ils vont se former, se spécialiser. Et c'est à eux de faire leurs recherches pour devenir encore meilleurs en mammographie.* »

Il est donc évident que son implication, son autonomie, sa culture et son éducation sont des paramètres essentiels dans la construction de son identité professionnelle. Pour motiver un apprenant à apprendre, il existe des leviers que le formateur peut tenter d'utiliser.

Selon Carré et Fenouillet (2017, p. 312), les motifs d'engagement de l'apprenant en formation sont multiples et constitués de facteurs extrinsèques et intrinsèques. Qu'ils soient sociaux, économiques, prescrits ou socio affectifs, le formateur est là pour accompagner cette motivation et créer un espace d'apprentissage optimal. Le sentiment d'autodétermination, qui consiste à disposer d'une liberté de choix afin de pouvoir exercer un contrôle sur sa formation et sur ses apprentissages, est également nécessaire pour l'adulte apprenant. Cette notion rejoint les propos de certains formateurs sur le développement de l'autonomie.

D'après Bouffard (2011), « l'apprenant est autonome lorsqu'il devient capable de prendre en charge son propre fonctionnement intellectuel ». Il connaît ainsi ses limites et ses schèmes d'apprentissage. Tant que ces fonctionnements ne sont pas acquis l'apprenant rencontre des difficultés à être autonome.

Lors de mes entretiens, j'ai choisi de demander aux enquêtés de développer ces notions autour de la construction de l'identité professionnelle. Ce concept n'était pas apparu lors de ma phase exploratoire. Je n'avais probablement pas été assez loin dans mon analyse initiale. C'est pourquoi, le développer à ce moment de mon travail de recherche est important. En effet, cette notion semble être un des principaux facteurs liés aux difficultés de l'apprentissage en mammographie. Ce concept se décline à travers de multiples notions telles que, l'implication, l'autonomie, la culture, l'éducation, le sentiment d'efficacité personnelle ou encore l'autodétermination.

Toutes ces notions constituent un individu et font qu'un apprenant est un être singulier. L'existence de cet historique doit guider l'apprentissage mais pas le brimer C'est sur ce versant que le CDSF peut intervenir en identifiant les processus personnels de motivation de l'étudiant.

7 Retour sur les hypothèses

Désormais, je souhaite revenir sur mes hypothèses afin de les affirmer ou de les infirmer. Pour cela il va être nécessaire d'évaluer leurs pertinences. Je proposerai enfin un bilan sur l'évolution des mes représentations concernant mon sujet.

7.1 Les représentations en causes

La première hypothèse relève du domaine de la sociologie et spécifiquement des représentations sociales. J'ai supposé que les représentations sociales des formateurs les empêchaient d'enseigner la mammographie comme prescrit dans le référentiel de formation.

Tout au long de l'enquête, l'ambiguïté autour des représentations du sein a persisté. Il est systématiquement apparu que la mammographie était un examen essentiel pour les femmes, mais que sa mise en place dans l'apprentissage était complexe. En établissement de formation la réalisation de TD paraissait parfois impossible. Les enquêtés ont également constaté que le stage ne répond pas totalement à l'apprentissage de la mammographie.

Les représentations des formateurs sur le sein sont disparates, il n'y a pas une mais une multitude de façon d'analyser les choses. C'est le propre des représentations.

Comme imaginé en début de l'enquête, échanger sur un thème pouvant relever de l'intimité a été complexe. Avec certains enquêtés, au fils de la discussion, le point de vue personnel est apparu. Il m'a permis d'entrevoir les raisons ou motivations qui pouvaient les pousser à enseigner la mammographie, du moins la manière dont elle était abordée. Par exemple pour les deux formatrices qui ont mis en place des TD de positionnement l'apprentissage de cet examen, qui permet la découverte d'un cancer, est essentiel. En effet, l'une d'entre elle a dû subir cet examen. De même la représentation globale du corps joue un rôle, le dédramatiser et apprendre aux étudiants à le toucher est apparu essentiel.

Cependant, lors de plusieurs entretiens, aborder la question de l'intimité a été une difficulté qui ne permet pas d'affirmer totalement que ce sont les représentations du sein qui empêchent l'apprentissage. Certains ont été gênés par les questions sur les représentations et n'ont pas apporté de réponses ni leur point de vue. La revue de littérature avait permis d'identifier cette ambiguïté que génère le sein dans la société.

Gros (1988), ose même aborder cette ambiguïté autour de l'allaitement en se demandant ce que l'homme voit quand la femme allaite : « et qui peut dire ce que voit l'homme, contemplant cette scène : la maternité ? la beauté ? la sensualité ? » De même dans les mouvements féministes, le sein passe d'abonnés absents, avec la mode garçonne dans les années 1920, à symbole d'émancipation depuis les années 1970 jusqu'à aujourd'hui. Cependant, la représentation sociale du sein au travers les médias n'est pas apparue lors des entretiens.

L'enquête de terrain permet d'entrevoir que le genre intervient dans la mise en place de l'apprentissage de la mammographie. Les hommes formateurs étaient majoritairement favorables à la mise en place de TD, leurs propres représentations n'étaient pas vectrices d'influences négatives. Cependant, ils n'envisageaient pas de mettre en place de TD de positionnement sur une « actrice » à cause des *a priori* que cela risquait de générer venant d'un homme. Un seul homme enquêté s'est opposé à la réalisation de TD sur une patiente instructrice, car il considère la mammographie comme un acte invasif à cause de la compression.

Les femmes sont majoritairement favorables à la mise en place de TD. Certaines, ont d'ailleurs organisés des TD de positionnement.

Le genre peut donc influencer la mise en place d'un apprentissage en mammographie. J'avais choisi d'inclure dans l'analyse l'expérience en mammographie des formateurs, cependant je n'ai pas pu exploiter et conclure ce versant. Certains n'ont jamais eu d'expérience professionnelle dans ce domaine mais y apporte de l'importance.

Ma première hypothèse est donc invalidée, les représentations présentent autour de la femme et du sein n'empêchent pas la mise en place de l'apprentissage de la mammographie. Plusieurs formateurs sont même motivés pour enseigner cet examen et tentent de répondre au référentiel de formation.

Cependant, il est clairement apparu au cours des entretiens que les représentations du sein ne sont pas l'unique facteur. Comme vu dans l'analyse, le manque de maturité des étudiants a été maintes fois exprimé par les formateurs. Leurs manières de considérer les étudiants est également un facteur qui influence la mise en place de l'apprentissage de la mammographie. Ce manque de maturité a permis à plusieurs reprises de justifier les difficultés de mise en place. Les représentations que se font les CDSF des étudiants peut également influencer la mise en place de cet apprentissage en établissement de formation.

7.2 Evolution des techniques d'apprentissage chez les Merm

La seconde hypothèse relevait du champ de la pédagogie, plus précisément de la simulation chez les étudiants Merm. J'avais supposé que la simulation en institut de formation des Merm était très peu développée et ne me semblait pas être une méthode d'apprentissage promue par les formateurs.

Lors des entretiens, la technique pédagogique de simulation a été abordée longuement avec les formateurs. Cette technique est appréciée et reconnue pour l'apprentissage. Elle présente de multiples facettes qui permettent le développement des compétences. L'ensemble des formateurs perçoivent positivement l'utilisation de cette technique mais elle est pour autant peu utilisée. Son utilisation « dans les règles de l'art » est difficile à mettre en place. En effet, par-delà les atouts, les formateurs se sont immédiatement positionnés sur le fait de ne pas faire de la « vraie » simulation. Cette affirmation est généralisable à l'ensemble des enquêtés.

La simulation, d'une manière générale, n'est pas une technique réellement développée avec les étudiants Merm.

Lors des entretiens, l'utilisation de la simulation était une évidence pour les actes d'urgences vitales, qui permettent à l'étudiant de ne pas mettre en danger un patient. Cependant, une autre facette de la simulation réside dans l'approche de l'apprentissage du geste et de la prise en charge de la patiente en ayant une pratique réflexive sur l'action, qui pour autant n'est pas exploitée.

Les fois où les étudiants Merm ont accès à un apprentissage par la simulation, celle-ci consiste essentiellement à apprendre un geste, c'est de l'apprentissage procédural. Cette technique peut sembler insuffisant mais reste nécessaire, c'est ce qui permet, comme évoqué dans la cadre théorique d'ancrer le savoir avec la mémoire à long terme. L'utilisation de la simulation procédurale ou pleine échelle est cependant complexe à mettre en place en mammographie, car elle concerne l'exploration d'un organe lié à l'intimité et touchant la pudeur des patientes.

La « vraie » simulation est donc peu présente dans le cursus de formation des Merm. L'utilisation du patient standardisé, ou même instructeur, est quasi inconnue des formateurs.

Ainsi, il apparaît que ma seconde hypothèse est validée. La simulation n'est pas ou peu présente dans les instituts de formation Merm. Les formateurs rencontrent de nombreuses difficultés à sa mise en place ce qui ne les pousse pas à la développer.

Conclusion

Un mémoire, une quête, une remise en question

La rédaction de ce mémoire a débuté il y a quelques mois mais mes questionnements autour du thème du sein existent depuis le jour où j'ai exercé en service de cancérologie spécialisé en sénologie, il y a treize ans.

Ce thème est apparu pertinent d'un point de vue social mais également professionnel, une rencontre entre la sociologie et la pédagogie.

Le sein peut être un sujet tabou ou à controverses. C'est pourquoi aborder les représentations sociales concernant le corps de la femme était essentiel dans ma revue de littérature. Le corps de la femme est soumis à de multiples représentations sociales, le sein en est comme détaché du corps et possède ses propres représentations. Il appartient à la femme, il est pourtant objet appartenant successivement à l'homme, l'enfant, la société et parfois la maladie. Pourtant l'étudiant masculin demeure un futur professionnel de santé et ne doit être écarté de cet apprentissage. Il semblerait que les choix des CDSF concernant cet enseignement soit liés aux représentations mais pas nécessairement de manière négative comme je l'avais supposé.

Le second concept que j'ai développé concerne l'apprentissage et plus spécifiquement la technique de simulation. Cette technique est fortement promue et conseillée dans les formations des personnels paramédicaux. Même si la simulation peut susciter des réticences, son succès pédagogique n'est plus à faire. L'injonction « jamais la première sur un patient » de la HAS est désormais une évidence dans le sens commun des programmes de formation. Même si la simulation n'est en aucun cas une réponse absolue à l'acquisition des connaissances, les CDSF Merm semblent éprouver des difficultés quant à son développement. Par ailleurs, certaines techniques, telle que celle du patient instructeur, semblent être quasi inconnue du milieu paramédical.

Un concept a émergé de l'enquête de terrain, celui de la construction de l'identité professionnelle. Il semblerait que les étudiants ne soient pas suffisamment matures d'un point de vue personnel et professionnel pour aborder la formation en mammographie. Ces considérations ont par ailleurs été acquiescées par les étudiants.

Ce travail de recherche était au démarrage une quête, la recherche d'un idéal en formation sur un thème qui me passionnait. Il s'avère que cette année à l'IFCS permet la découverte de la sociologie, de la recherche ou encore d'approfondir la pédagogie : un savant mélange qui m'a permis une prise de recul personnelle et professionnelle.

Je souhaite désormais émettre des préconisations, elles sont issues de la réflexion de l'enquête de terrain.

Au niveau de l'étudiant, d'un point de vue psychopédagogique, la préparation au toucher et au corps du patient peut être améliorée. L'accompagner et le suivre dans ses premières expériences en tant que soignant, me paraît indispensable. Ainsi il pourra construire et parfaire la construction de son identité de soignant. Je ne le fais pas suffisamment dans mon exercice professionnel.

Au niveau mésosociologique, je préconise la mise en place de séances de simulation à l'aide d'une actrice, ou à minima d'un buste en silicone. Cependant développer des partenariats avec des lieux de stages spécialisés en sénologie pourraient permettre à l'étudiant d'appréhender plus spécifiquement cet examen.

La dernière préconisation interviendrait au niveau macrosociologique, en ingénierie de formation. Le développement de la simulation est important dans les instituts de formation Merm. Même si cette technique est préconisée dans les référentiels de formation, la rendre plus accessible serait à envisager. Il existe peu de centres de simulation adaptés aux Merm avec présence d'équipements lourds. Continuer à répondre à des appels à projets sur ce thème permettrait des accès plus fluides à des équipements de simulation souvent coûteux.

Ce travail a été très enrichissant d'un point de vue personnel, cependant j'ai pu identifier un certain nombre de limites dans la réalisation de mon travail.

Tout d'abord le nombre d'entretiens était faible. Il ne permet pas une analyse complète, surtout avec les étudiants. J'ai choisi tardivement d'enquêter auprès de ceux-ci. Ce choix s'est fait au moment où les CDSF évoquaient le manque de maturité des apprenants. Je voulais les interroger afin d'évaluer la pertinence de l'avis des formateurs. Cet aspect s'est avéré ne pas être suffisamment développé et quelque peu tronqué par le contexte sanitaire. J'ai tout de même exploité les entretiens réalisés. Développer d'avantage le concept de la construction de l'identité

professionnelle aurait été intéressant, mais il est apparu trop tardivement pour l'inclure totalement dans la problématique.

La deuxième limite que je suis en capacité d'identifier est mon manque d'expérience pour mener les entretiens à méthodologie sociologique. Cela ne m'a pas toujours permis d'aborder un sujet intime, je ne voulais pas gêner mon interlocuteur. L'objectif n'était pas de trouver une solution à l'apprentissage de la mammographie, il était de questionner mes pairs sur leurs sensibilités et intérêts de cette pratique afin de pouvoir me construire professionnellement et créer une réflexion professionnelle. Lors des entretiens, garder mon objectivité et neutralité a été un exercice difficile. J'aurais apprécié pouvoir débattre avec mes interlocuteurs, mais mon positionnement d'enquêtrice ne me le permettait pas, ce qui m'a cependant permis une prise de recul. Mon « côté féministe » a parfois pu être ébranlé. Le droit de disposer de son corps et de préserver une équité homme/femme continue à me paraître essentielle, notamment en formation.

Une autre limite se situe dans le choix de réaliser des entretiens à distance, même si le matériau d'enquête recueilli était dense, il aurait été préférable de réaliser tous les entretiens en présentiel. Chose qui n'a pas pu être possible, mais qui constitue tout de même une limite à ce travail.

La dernière limite me concerne, il m'a fallu du temps pour comprendre les mécanismes de la sociologie. Ma formation initiale et par la suite professionnelle a toujours été abordée en rapport avec les sciences dites « dures », c'est pourquoi ma prise de recul a été longue pour appréhender mon sujet sur le versant sociologique.

Désormais, je souhaite aborder une partie prospective de mon mémoire.

L'université des patients¹² a été créée en 2009, l'objectif est de former des patients porteurs de maladies chroniques tel que le cancer par exemple, pour l'éducation thérapeutique mais aussi de les intégrer à la formation des internes en médecine. Leur rôle devrait pouvoir être adapté auprès des professions paramédicales.

Je serais intéressée pour poursuivre ce travail en axant une recherche spécifiquement sur le bénéfice de l'intervention des patients instructeurs dans les formations paramédicales. De plus, l'utilisation du corps comme objet d'apprentissage est un sujet qui pourrait répondre à un questionnement éthique, mais le partage d'expérience des patients serait un bénéfice pour des

¹² « Reconnaître l'expérience et l'expertise des malades : un enjeu pour la santé publique »

jeunes professionnels en quête de la construction de leur d'identité de soignant. Cela me permettrait de poursuivre sur le chemin amorcé.

Il s'avère que ce travail de recherche était axé autour de la mammographie, car c'était un point central de mes questionnements de départ.

Cependant je peux conclure que l'apprentissage de la mammographie n'a été qu'un symptôme dans la formation Merm. Il est révélateur d'un besoin de progression des techniques pédagogiques dans cette profession. Continuer de s'approprier les méthodes de pédagogie active en répondant aux exigences du courant socioconstructiviste peut permettre d'unir cette dualité existante entre technique et relationnel, qui tend à rendre l'apprentissage des Merm complexe.

Un mémoire, une crise sanitaire

L'élaboration de ce mémoire dans un contexte inédit de crise sanitaire a suscité pour moi des questions.

Ma première inquiétude concerne les patients. Ici, plus spécifiquement les patientes pour qui l'examen de mammographie a été déprogrammé pendant cette crise. Il se pose ici, la question du retard de diagnostic de cancer. Les patientes peuvent craindre de contracter le Covid-19 en passant un examen d'imagerie et donc choisir de repousser un examen important pour leur santé.

Dans la plupart des établissements, les secrétaires dans les services d'imagerie médicale ont reporté l'ensemble des examens qui n'étaient pas urgents. La majorité des explorations étaient dédiées aux patients porteurs du Covid-19. Il s'agissait de répondre à l'urgence sanitaire. Désormais un retour à la normale est amorcé. La reprise d'une activité d'imagerie va être indispensable pour répondre aux besoins de la population. Les cadres de santé d'imagerie médicale vont devoir faire face à une multitude de paramètres à gérer. D'une part la gestion logistique de reprogrammation des examens, et d'autre part l'épuisement des équipes de Merm. Population déjà peu reconnue de manière générale dans le domaine de la santé, comme en témoignent les grèves de décembre 2019. De plus, pendant la crise, ces équipes étaient en première ligne mais jamais citées dans les allocutions officielles. Ce travail de diagnostic de

l'ombre est épuisant. Le cadre de santé devra solliciter ses ressources afin de mobiliser son équipe dans un environnement de crise sanitaire encore d'actualité.

Une autre population dans le domaine de la santé a été impactée : celle des étudiants en santé, et je parlerai plus spécifiquement des étudiants Merm, auprès desquels j'ai été présente.

Le confinement a été brutal, les réorganisations et décisions ont été prises rapidement. L'institut de formation dans lequel j'exerce n'utilisait pas l'enseignement à distance avant la crise.

Le contexte a contraint les formateurs à redoubler d'ingéniosité, la continuité pédagogique étant une priorité. Cette situation a été source d'angoisse également pour les étudiants. Leurs stages se sont transformés de multiples façons ; la pratique d'examens d'imagerie a souvent disparu pour faire place à des missions logistiques ou d'aides-soignants. Les enseignements théoriques étaient et sont encore exclusivement réalisés à distance. Les TD, indispensables à la formation, ont également disparu. Je me questionne donc sur le retard dans l'apprentissage du « savoir-faire » que j'évoque dans ce travail de recherche. J'ai également abordé l'importance de l'autonomie dans la construction professionnelle. À mon retour à l'Ifmem il va être indispensable que l'on mette en place une autoévaluation pour les étudiants afin qu'ils appréhendent leur façon d'apprendre et de travailler.

Mon travail de mémoire n'a été que partiellement impacté par cette crise. Comme évoqué précédemment, mes entretiens ont été menés avant le confinement. De plus ma réquisition par mon établissement n'a duré qu'un mois. De ce fait j'ai pu continuer à travailler, même si psychologiquement l'attention portée au mémoire n'était pas optimale. Pendant ma réquisition, je n'ai pas travaillé sur ma monographie.

De même les échanges avec ma directrice de mémoire ont été uniquement par téléphone. Ce moyen de communication a été efficace mais des rendez-vous en présentiel auraient peut-être permis plus d'échanges.

Pour finir, l'absence de soutenance est une frustration pour moi. Il me paraissait important de présenter mon travail à l'oral. La préparation de la soutenance permet de prendre du recul et critiquer son travail, en évaluer les améliorations à apporter.

Cette crise inédite aura pourtant été un levier de motivation pour moi, avoir le sentiment de ne pas être allée au bout de ce travail de recherche me pousse à continuer vers une année de master 2 en sciences de l'éducation.

Bibliographie

Abric, J. (2003). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. In J, Abric. *Exclusion sociale, insertion et prévention* (pp. 11-19). Toulouse : ERES. doi:10.3917/eres.abric.2003.02.0011.

AFPPE, (2019) repéré à <http://new.afppe.com/emplois> consulté le 18 décembre 2019

Amossy & Herschberg-Pierrot, (2005). *Stéréotypes et clichés*. Langue, discours, société, Paris, Armand.

Audran, J. (2016). Se former par la simulation, une pratique qui joue avec la réalité. *Recherche & formation*, 82(2), 9-16. <https://www-cairn-info.faraway.parisnanterre.fr/revue-recherche-et-formation-2016-2-page-9.htm>.

Bazot, M. Tardivon A. (2014). *Imagerie de la femme : sénologie*. Paris : Lavoisier, médecine sciences

Blanchet, A. et Gotman, A. (2013). *L'enquête et ses méthodes - L'entretien : 2^e édition*. Paris : Armand Colin.

Bouffard, T. (2011). Chapitre 9. *Des apprenants autonomes ?*. Dans : Étienne Bourgeois éd., Apprendre et faire apprendre (pp. 139-151). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.brgeo.2011.01.0139.

Bourdieu, P (1998). *La domination masculine*. Paris : Édition du seuil

Bruillon, V. (1996). Pourquoi le sein ? In V. Bruillon, M. Majesté, *Le sein : images représentations* (pp11-32). Paris : L'Harmattan.

Brusset, B. (2007). Allaiter un bébé. Dans : Dominique Blin éd., *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre* (pp. 95-109). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.blin.2003.01.0095.

Butler, J. (2006). *Défaire le genre*, Paris : Amsterdam.

Carré, P. Fenouillet, F. (2017). Motivation et rapport à la formation. In P. Carré (Dir), P. Caspar (Dir), *Traité des sciences et des techniques de la formation : 4^{ème} édition* (pp311-328). Malakoff : Dunod.

Carré, P. Reunier, A. (2017). Mémoire et apprentissage. In P. Carré (Dir), P. Caspar (Dir), *Traité des sciences et des techniques de la formation : 4^{ème} édition* (pp290-307). Malakoff : Dunod.

Chazalon, É. (2019). Femmes et féminisme(s) en représentation(s). *Revue française d'études américaines*, 158(1), 3-12. doi:10.3917/rfea.158.0003.

Dalibert, M. & Quemener, N. (2014). Femen, l'émancipation par les seins nus ? *Hermès, La Revue*, 69(2), 169-173. <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2014-2-page-169.htm>.

Dan Lecocq, Helene Lefebvre, A Néron, (2018), Le patient partenaire des professionnels de santé. In M. Dupuis, R. Gueibe, W. Hesbeen, *Simulation et formations aux métiers de la santé* (pp181-190). Paris : Seli Arslan SA.

Delacroix, E. *Le 28 juillet, la liberté guidant le peuple* [Tableau (peinture)]. Consulté à l'adresse <https://www.louvre.fr/oeuvre-notices/le-28-juillet-la-liberte-guidant-le-peuple>

Déro, M. Fenouillet, F. (2017). Mémoire et apprentissage. In P. Carré (Dir), P. Caspar (Dir), *Traité des sciences et des techniques de la formation : 4^{ème} édition* (pp290-307). Malakoff : Dunod.

Estival, C. (2009). La visualisation des clichés d'imagerie médicale par les patients atteints d'un cancer. Analyse en début de trajectoire. *Sociétés*, 9-20. doi:10.3917/soc.105.0009.

Fenouillet, F. (2012). *La motivation*. Paris : Dunod.

Fernagu-Oudet, S (2004). Ingénierie de professionnalisation et didactique professionnelle n°46, *Recherche & Formation*, p117-135. Repéré à https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_2004_num_46_1_2056

Fontenele, L. (2016). Freud, le féminisme et la diversité : des transformations dans la représentation du corps de la femme à l'irréductible de l'altérité sexuelle. *Insistance*

Fouquet, J. *La vierge à l'enfant* [Tableau (peinture)]. Consulté à l'adresse <http://expositions.bnf.fr/fouquet/grand/f145.htm>

Galand, B. (2011). Avoir confiance en soi. Dans : Étienne Bourgeois, *Apprendre et faire apprendre*, Chapitre 17. (pp. 255-268). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.brgeo.2011.01.0255.

Galand, B. & Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Savoirs*, hors série(5), 91-116. doi:10.3917/savo.hs01.0091.

Gagnebin de M'Uzan, M. (2007). Des figurations du sein dans l'art au XXe siècle. *Revue française de psychosomatique*, 31(1), 139-154. doi:10.3917/rfps.031.0139.

Gojard, S. (2003). L'allaitement, une norme sociale. *Spirale*, n° 27(3), 133-137. doi:10.3917/spi.027.0133.

Gros, D. (1987). *Le sein dévoilé*. Paris : Editions de la Seine.

Goetgheluck, D. & Conrath, P. (2015). Introduction. *Le Journal des psychologues*, 329(6), 14-14. doi:10.3917/jdp.329.0014.

Hamon-Valanchon, H. (2009). Femmes et cancer : imaginaire de la maladie et culture hospitalière. *Sociétés*, 105(3), 57-69. doi:10.3917/soc.105.0057.

Hadjinicilaou, N (1979). *Actes de la Recherche en sciences sociales*, repéré à <https://www.louvre.fr/oeuvre-notices/le-28-juillet-la-liberte-guidant-le-peuple>

Inca, 2019 <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Lutter-contre-le-cancer-du-sein-des-petits-gestes-pour-prevenir-pres-de-20-000-cancers-par-an>, consulté le 9 janvier 2020

Jaffrelot, M. & Pelaccia, T. (2016). La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. *Recherche & formation*, 82(2), 17-30. <https://www-cairn-info.faraway.parisnanterre.fr/revue-recherche-et-formation-2016-2-page-17.htm>.

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, volume 2(3), 185-194. doi:10.3917/rne.023.0185. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-185.htm>

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.jodel.2003.01. Repéré à <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656.htm>

Juliens, C. Danero, L (2018). « On disait qu'on était des soignants... » Un petit jeu sans conséquences ?. In M. Dupuis, R. Gueibe, W. Hesbeen, *Simulation et formations aux métiers de la santé* (pp31-43). Paris : Seli Arslan SA.

Kaufmann, JC. (1998). *Corps de femmes, regards d'hommes : sociologie des seins nus*. Paris : Pocket.

Le breton, D. (1996). Au sein de la souffrance. In V. Bruillon, M.Majesté, *Le sein : images représentations* (pp63-71). Paris : L'Harmattan.

Loriot, P. Sijelmassi, J (2018). *La simulation dans le domaine de la santé*. Paris : Vuibert, 1ere édition.

Malglaive, G. Weber, A. (1982). Théorie et pratique, approche critique de l'alternance en pédagogie. In: *Revue française de pédagogie*, volume 61, pp. 17-27. DOI : <https://doi.org/10.3406/rfp.1982.1861> repéré à www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1982_num_61_1_1861

Marc, E. (2010). Le mythe de la maturité. *Gestalt*, 38(2), 33-46. doi:10.3917/gest.038.0033.

Molière, (1669). *Le tartuffe*. Flammarion.

Nasio, J.-D., (2007), *Mon corps et ses images, Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan*, Paris : Petite Bibliothèque Payot

Neveu, E (1999). Médias, mouvements sociaux, espaces publics. In: *Réseaux*, volume 17, n°98, 1999. Médias et mouvements sociaux. pp. 17-85. DOI : <https://doi.org/10.3406/reso.1999.2180> Repéré à www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1999_num_17_98_2180

Pastré, P. (2002) L'analyse du travail en didactique professionnelle. In: *Revue française de pédagogie*, volume 138, 2002. *Recherches sur les pratiques d'enseignement et de formation*. pp. 9-17. DOI : <https://doi.org/10.3406/rfp.2002.2859> Repéré à www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_2002_num_138_1_2859

Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive : Dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF éditeur.

Policard, F. (2018). La simulation clinique pleine échelle. In M. Dupuis, R. Gueibe, W. Hesbeen, *Simulation et formations aux métiers de la santé* (pp47-63). Paris : Seli Arslan SA.

Potier, R. (2012). L'imagerie médicale dans la relation de soin enjeux psychiques et éthiques. *Laennec*, tome 60(4), 40-46. doi:10.3917/lae.124.0040. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-laennec-2012-4-page-40.htm>

Reich, M. (2009). *Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique*. Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008. *L'information psychiatrique*, volume 85(3), 247-254. doi:10.3917/inpsy.8503.0247. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm>

Saliba, B. (1996). Les nouveaux codes de l'esthétique et de la séduction. In V. Bruillon (Dir), M.Majesté (Dir), *Le sein : images représentations* (pp35-71). Paris : L'Harmattan.

Sebire, C. (2019). *La simulation en éducation thérapeutique des patients : Recommandations des conditions d'utilisation et compétences visées*. (Thèse de doctorat) Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02399216v1/document>.

Soulier, E. (2017). La pratique : un phénomène, une perspective ou une ontologie ? Quelques clés de lecture pour identifier, délimiter et caractériser une pratique. In E. Soulier, J. Audran (dir.), *Communautés de pratique et management de la formation* (p. 121-151). Belfort : Presses de l'UTBM.

Tap, P. & Roudès, R. (2008). Qualité de vie, souffrances et identité(s). *Le Journal des psychologues*, 260(7), 41-47. doi:10.3917/jdp.260.0041.

Torrance. C, Mansell. I, Wilson. C, (2019), *Leaning objects ? Nurse educators' views on using patients for student learning : ethics*, repéré à <http://web.a.ebscohost.com/faraway.parisnantes.fr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=84375839-7435-48d8-b9db-903653a1f3ba%40sessionmgr4006>.

Vadcard, L. (2017). Réflexions à propos de la conception d'environnements de formation par la simulation : le cas de la formation médico-chirurgicale. *Raisons éducatives*, 21(1), 81-96. doi:10.3917/raised.021.0081.

Van Cleve, J. *Vierge à l'enfant* [Tableau (peinture)]. Consulté à l'adresse <http://www.artnet.fr/artistes/joos-van-cleve/la-vierge-%C3%A0-lenfant-k9cxKwDdFzxRcy7GbuqJsw2>

Vernet, A. & Henry, F. (2007). Prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux. *Le Journal des psychologues*, 247(4), 54-57. doi:10.3917/jdp.247.0054. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-4-page-54.htm>

Yalom, M (2010). *Le sein, une histoire*. Paris : Gallade Editions.

Zimmermann, M. (2007). Expérience esthétique et guérison : le secret des images qui « soignent ». *Ethnologie française*, vol. 37(1), 125-134. doi:10.3917/ethn.071.0125.

Plan Cancer, 2014-2019

<https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>

Université des patients, (2020, 28 mai) repéré à <https://universitedespatients-sorbonne.fr/>.

Décret n° 2016-1672 du 5 décembre 2016 relatif aux actes et activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033537927&categorieLien=id>

Guide des bonnes pratiques pour la pratique de la simulation en santé, 2012 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201301/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf

Arrêté du 29 septembre 2006 relatif au programme de dépistage des cancers et modifié par arrêté du 22 février 2019: cahier des charges

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038214940&categorieLien=id>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé NOR AFSX1418355L JO du 27/01/2016 texte : 0022;1

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale JORF n°0159 du 10 juillet 2012 page 11246 texte n° 11

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026162488&categorieLien=id>

.

ANNEXES

Annexe I : fiche UE 4.4 semestre 2

Unité d'enseignement 4.4 S2 : Explorations radiologiques de projection		
Semestre : 2	Compétence : 2	ECTS : 2
CM : 15 heures	TD : 15 heures	TP : 20 heures
Pré-requis		
UE 2.1, UE 2.2, UE 2.5, UE 3.1, UE 3.2, UE 3.8, UE 3.9 et UE 4.4 S1		
Objectifs		
Maîtriser le fonctionnement du matériel d'imagerie de projection Mettre en œuvre les examens radiologiques étudiés dans le respect des règles de bonnes pratiques Intégrer les critères de qualité des explorations radiologiques de projection Mettre en œuvre les principes et règles de radioprotection Mettre en œuvre les contrôles qualité		
Éléments de contenu		
Explorations radiologiques du rachis et de la ceinture pelvienne avec et sans opacification Incidences radiologiques du crane Explorations radiologiques du système digestif et urinaire avec et sans opacification Explorations en sénologie Protocoles spécifiques de l'urgence et de la médecine légale Ostéodensitométrie Pour chaque incidence ou examen radiologique : <ul style="list-style-type: none"> - Préparation du patient somatique et psychologique - Technique de réalisation - Résultats, critères de qualité - Anatomie radiologique descriptive - Règles de radioprotection Contrôles qualité en radiologie de projection		
Recommandations pédagogiques : L'étudiant doit être capable de réaliser les explorations radiologiques en prenant compte les impératifs techniques et le contexte clinique. Les conditions d'administration des produits de contraste et leurs contre indications sont systématiquement abordées. L'enseignement vise l'acquisition de la méthodologie de réalisation des explorations radiologiques. La mise en situation simulée doit être systématique. Ces enseignements et connaissances doivent être mobilisés tout au long de la formation et au cours des stages. La maîtrise des actes est évaluée au cours des stages.	Modalités d'évaluation : Evaluation écrite de connaissances Mise en situation simulée Critères d'évaluation : Exactitude des connaissances Maîtrise de l'analyse de la situation Technique adaptée et conforme à la prescription	

Source : Formation des professions de santé(MERM)-recueil des principaux textes-Berger Levrault-Réf 531300 (p.100)

Annexe II: résultat de l'enquête en ligne

Enquête réalisée auprès des établissements formant des MERM en France

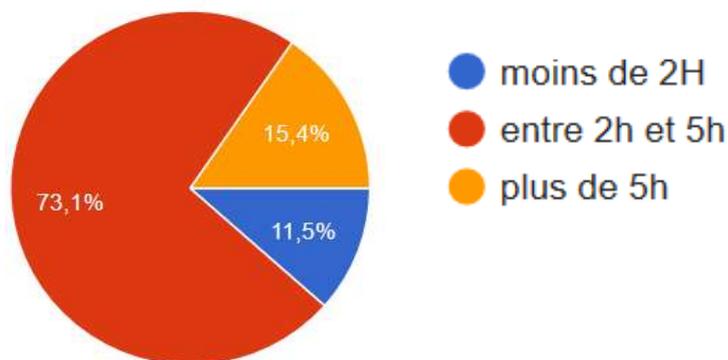
Nombre de mails envoyés : 42

Nombre de participations : 26

Soit **61,9** % de retour

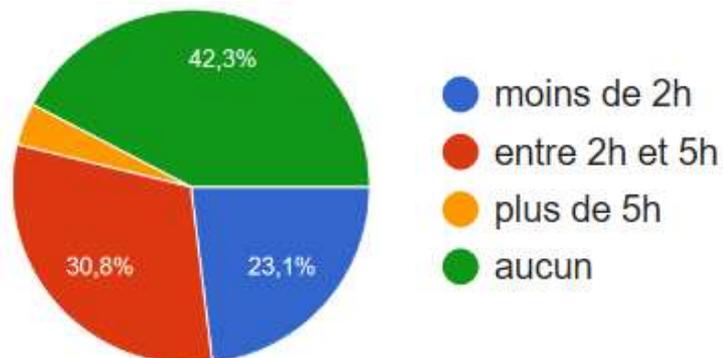
Quel est le temps de cours magistral consacré à la mammographie dans cette UE dans votre institut

26 réponses



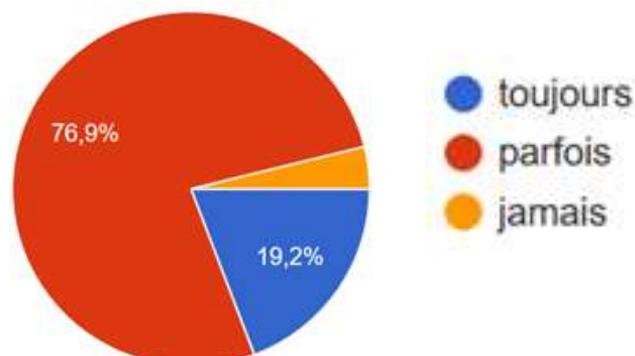
Quel est le temps de TD consacré à la mammographie dans cette UE dans votre institut

26 réponses



La mammographie est elle présente dans les objectifs de stage des étudiants lors des stages en imagerie de projection?

26 réponses



Annexe III: promotion médiatique de la santé

The image displays two side-by-side promotional posters for breast cancer awareness. Both posters feature a woman in a white button-down shirt, unbuttoned at the top, against a dark background. A pink ribbon is visible in the upper right corner of each poster. The left poster features Sophie Davant and the text: "Sophie Davant va montrer ses seins, elle va sauver sa vie." The right poster features Estelle Lefébure and the text: "Estelle Lefébure va montrer ses seins, elle va sauver sa vie." Below each poster, there is a line of text: "Dans Marie Claire, le 9 septembre, 10 personnalités enlèvent le haut et s'engagent pour le dépistage du cancer du sein." and the website "www.cancerdusein.org". A small logo for "LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN" is also present in the bottom right of each poster.

Source : <https://www.paperblog.fr/2310413/20-seins-de-stars-pour-le-depistage-du-cancer/>

Annexe IV : le sein dans l'art



Peintre : Joos van Cleve
Titre : Vierge à l'enfant



Peintre : Jean Fouquet
Titre : La Vierge à l'Enfant



Peintre : Eugène DELACROIX (Charenton-Saint-Maurice, 1798 - Paris, 1863)

Annexe V: talon sociologique des enquêtés

Date et heure :

Talon sociologique de la personne interviewé

Identité de l'interviewé :

Ancienneté dans la formation :

Âge :

Sexe :

Situation familiale :

Cursus scolaire :

Environnement et contexte de l'entretien

Bonjour, je m'appelle Estelle Guéneau. Je suis manipulatrice en électroradiologie médicale. Depuis septembre 2019, j'ai intégré l'institut des cadres de santé du GHU St Anne. Dans le cadre de ma formation je dois réaliser un travail de recherche.

Ce mémoire portera sur le thème de la formation initiale des manipulateurs d'électroradiologie médicale en mammographie et sur la méthode pédagogique de simulation.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'élaboration de ce travail. Je vais vous poser une série de question, cet entretien sera totalement anonymisé. Si vous le voulez bien, je souhaiterais vous enregistrer. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaise réponse.

Vous êtes libre, vous pouvez ne pas répondre aux questions ou suspendre l'entretien à tout moment si vous ne souhaitez pas poursuivre.

Annexe VI : grilles d'entretiens

- **Grille d'entretien des CDSF**

Thème de la formation initiale des Merm

- Pouvez m'expliquer comment est enseigné l'imagerie de projection dans votre établissement ?

Thème de la simulation

- Que pensez-vous de l'apprentissage grâce à la technique de simulation en pédagogie ?
- Que vous évoque la devise éthique « jamais la première fois sur un patient » ?
- Que vous évoque la technique de simulation à l'aide du patient standardisé ?

Thème de la mammographie

- Expliquez-moi comment est enseigné la mammographie dans votre institut.
- Pensez-vous qu'il s'agisse d'un examen d'imagerie de projection comme les autres ? pensez-vous qu'il s'apprenne de la même manière ?
- Selon vous, quelles problématiques peuvent être rencontrées lors de la formation des Merm en mammographie ?

Thème des représentations :

- D'après vous, que représente le sein dans la société
Et pour vous ?
- Selon vous, la représentation du sein est-elle la même pour un homme et pour une femme ?
- Pouvez-vous m'expliquer quelles difficultés vous pourriez rencontrer en formation de mammo.

Thèmes croisés

- Par quel(s) moyen(s) pensez-vous qu'il soit possible d'enseigner la mammographie en institut de formation ?
- Comment imaginez-vous l'enseignement de cet examen afin de répondre au référentiel de formation des MERM ?

- **Grille d'entretien pour les étudiants MERM :**

Thème de la formation initiale des Merm

- Pouvez-vous m'expliquer votre choix pour la formation de Merm ?
- D'après vous, quelle est la meilleure façon d'apprendre
Comment sont organisés les TD d'imagerie de projection ?

Thème de la mammographie

- Expliquez-moi comment est enseigné la mammographie dans votre institut.
- Pensez-vous qu'il s'agisse d'un examen d'imagerie de projection comme les autres ?
pensez-vous qu'il s'apprenne de la même manière ?

Thème des représentations :

- D'après vous, que représente le sein dans la société
Et pour vous ?
- Selon vous, la représentation du sein est-elle la même pour un homme et pour une femme ?

Thèmes de la maturité

- Pensez-vous avoir évolué au niveau de la maturité entre la première et la deuxième année

Annexe VII : objectifs des questions

Questions	Questions de relance	Objectifs
Thème de l'apprentissage en imagerie de projection		
<i>Pouvez-vous me décrire une situation d'apprentissage en imagerie de projection.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment s'organisent ces TD • Selon vous qu'est ce qui permet d'apprendre le geste 	Même si l'organisation de cet enseignement ne constitue pas le fond de ma problématique, l'aborder permet à l'enquêteur de parler d'un sujet simple sans enjeu personnel pour une mise en confiance en début d'entretien. De plus la réponse à ces questions générales me permettra de faire le lien avec les questions qui concernent la mammographie dans la suite de l'entretien.
Thème de la simulation comme technique d'apprentissage		
<i>Que pensez-vous de la technique pédagogique de simulation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La pratiquez-vous ? • Expliquez-moi comment sont organisés ces séances • Y a-t-il des difficultés concernant 	Je souhaite sonder l'avis de l'enquêté sur la simulation d'un point de vue général et tenter de percevoir un avis positif, négatif ou nuancé sur cette technique. Son niveau d'expertise sur le sujet (formation spécifique, ect.) peut être également interrogé, afin que je puisse adapter mon questionnement sur la simulation à l'aide d'un patient standardisé.
<i>Que vous évoque la devise éthique « jamais la première fois sur un patient »</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que ce soit réalisable ? 	Phrase connue sur la simulation, évalué l'avis des enquêtés sur sa faisabilité.
Thème de la mammographie		
<i>Pouvez-vous m'expliquer comment est enseignée la mammographie dans votre institut ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le découpage entre TD et cours théorique • Comment est enseigné le positionnement • Comment la mammographie était enseignée avant 	Il est intéressant de commencer par une question sur l'organisation de l'enseignement de cet examen dans l'institut de formation (la pratique en stage peut être évoquée mais ne doit pas être dominante). Cela permet l'introduction progressive « du sein » dans la production de parole.
<i>Pensez-vous qu'il s'agisse d'un examen d'imagerie de projection comme les autres</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il s'apprend pareil ? • Comment transmettre à l'étudiant un savoir être et un savoir-faire ? • Selon vous quelles sont les difficultés qui peuvent être rencontrées pour mettre en place l'apprentissage en mammographie ? 	Je souhaite ensuite pouvoir faire émerger les supposées difficultés pouvant intervenir dans le cadre de la formation de la mammographie, notamment les difficultés techniques, la pudeur ou encore l'intimité. De même tenter de comprendre si cet examen peut s'apprendre comme n'importe quel autre.
Thème des représentations		
<i>D'après vous, que représente le sein dans la société</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que ce soit différent entre le point de vue personnel et le professionnel ? 	Une fois le sujet de l'intimité amorcé, le concept des représentations peut être abordé. Il est plus approprié de parler des représentations du corps de la femme et de ses seins, d'une manière élargie dans la société. Ce qui peut permettre d'aborder la représentation personnelle du CDS formateur. Enfin le questionnement du genre est exploité, ce qui permet de conclure cette exploration du concept de représentation
<i>Et pour vous ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Si la question vous met mal à l'aise nous pouvons passer à un autre thème 	
<i>Selon vous, la représentation du sein est-elle la même pour un homme et pour une femme</i>	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi ce n'est pas la même ? • Quels facteurs interviennent dans la formation entre hommes et femmes ? 	
Thème croisé		
<i>Connaissez-vous la technique de simulation à l'aide du patient standardisé ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Je vous propose de vous l'expliquer rapidement ? • Pensez-vous que cette technique est adaptable en mammographie ? 	La suite de l'entretien aborde la simulation. Cette technique spécifique est peu utilisée en formation paramédicale, elle est courante en faculté de médecine. Si cette technique est inconnue je devrais adapter mon langage.

Annexe VIII : retranscription entretien n°1 :

Sylvie

Date et heure : lundi 17 février 2020 : A partir de 9h40

Durée : 39 min

Talon sociologique de la personne interviewé

Identité de l'interviewé : Cadre de santé formatrice et FF de directrice

Ancienneté dans la formation : 15 ans

Âge : 55 ans

Sexe : Femme

Cursus scolaire : manipulatrice radio en radiothérapie (carrière en oncologie), puis cadre formatrice puis directrice.

Environnement et contexte de l'entretien

Bureau individuel de la formatrice, porte ouverte mais pas de passage dans le couloir. Accueilli de manière sympathique avec café. La formatrice était prête et disposée à me recevoir.

Thème de l'apprentissage

- **Pouvez-vous me décrire une situation d'apprentissage idéale en imagerie de projection ?**

Oui, je dirais que je vais partir un peu de ce qu'on fait ici. L'idéal ce serait d'abord un petit cours magistral auprès des étudiants sur les incidences, je parle vraiment de l'imagerie de projection. On considère qu'ils ont déjà eu les apports sur la techno, sur les rayons X etc. On parle vraiment des incidences, ce serait ça. Et puis de compléter par des TD et des TP, moi je crois que la force dans cette discipline ce sont les TD et TP encadrés par des formateurs et manipulateurs. Après bien sûr le terrain, les stages.

- **Vous pouvez m'expliquer votre point de vue sur les TD et TP ?**

Alors je pense que l'étudiant apprend surtout quand il fait, quand il pratique, quand il met en pratique ce qu'il a pu apprendre d'abord en théorie sur le protocole et puis en situation. Il y a

d'abord des situations qui peuvent être simulées entre eux puis éventuellement, ici, on essaie dans la mesure du possible avec les manipulateurs de les mettre en situation avec patients. Bien sur ce n'est pas les mêmes, si on prend les procédures pédagogiques pures en termes de simulation. Normalement il faut faire un débriefing.. Enfin, si vous voulez ça c'est quelque chose qu'on n'a pas encore bien mis en place ici à l'IFMEM. On va dire qu'il y a deux choses différentes, la simulation où on ne va pas jusqu'au débriefing et le TP où on fait la simulation avec patient. Voilà

Relance : Selon vous, qu'est ce qui permet de parfaire l'apprentissage du geste, du savoir-faire ?

Il s'apprend en situation, à faire lui-même. Donc la situation à l'institut va lui donner un guide, ce qu'il va faire. On va lui expliquer lors du debriefing, ce qu'il doit éventuellement améliorer. Bon l'idéal c'est de le faire verbaliser lui d'abord et puis après je dirais c'est quand même le stage qui va vraiment affiner et acquérir une expérience plus importante.

Si je comprends bien pour vous l'idéal serait que l'étudiant puisse déjà pratiquer une première fois en institut en ayant un accompagnement d'un formateur ?

Oui je pense que c'est le meilleur des apprentissages.

Que pensez-vous de l'apprentissage grâce à la technique de simulation ?

Je trouve que c'est très bien (rire) C'est facile comme réponse.

Mais c'est très chronophage pour les formateurs. Ça veut dire d'une part que toute l'équipe doit être formée à la méthode de la simulation. Que l'on soit tous d'accord sur la sémantique : qu'est-ce que ça veut dire simulation, quelles sont les choses à mettre en place. Il y a vraiment un travail d'équipe préparatoire. On ne peut pas non plus faire cette simulation avec un groupe énorme d'étudiant il faut aussi avoir des TP de préparation formalisés et que les autres puissent faire autre chose pendant ce temps-là, mais quand c'est bien mis en place. Quand on a la possibilité de faire toutes ces phases-là, je pense que c'est un excellent moyen d'apprentissage. Le fait de faire verbaliser, moi c'est ça que je rapporte, que je retiens dans la simulation, le fait que ce soit l'étudiant qui verbalise ou à un moment donné il prend conscience lui de ce qu'il a fait et de comment il peut l'améliorer. Je pense que c'est là que c'est porteur.

Et est-ce que..., pour vous ça vient en complément du stage pour permettre un moment d'analyse ?

Voilà, tout à fait, oui. Le stage c'est primordial c'est la base de notre formation

On en fait pas, de la simulation pure. Ce sera des TP/TD avec des manipulateurs qui vont prendre les étudiants dans les services d'urgence dans le CHU. On a une salle que l'on nous met à disposition pour pouvoir les faire travailler dans des conditions de la vraie vie. Et ils font des ateliers où le manipulateur les prend en petit groupe, ils sont en tenue. Puis entre eux ils simulent une incidence dans la mise en place, dans le réglage des paramètres, et ils simulent après la prise du cliché avec une analyse du cliché, critères etc.

Du coup qui fait le patient dans ce cas-là ?

Entre eux

Ça c'est quelque chose qui a toujours été établi.

Oui je dirais même que maintenant on en fait moins qu'avant, les études étaient comme ça. À chaque période théorique il y avait des TP. C'était récurrent toutes les semaines. Je dirais qu'aujourd'hui avec le référentiel qui est beaucoup plus lourd et en plus on a perdu des semaines de stage et de la théorie qui est beaucoup plus importante on a moins la possibilité de faire ces ateliers-là.

Et vous rencontrez des difficultés avec les étudiants sur le fait de devoir se mettre en tant que patient ?

Non franchement. On ne l'a pas évalué mais non. On a essayé de le reproduire avec la radiothérapie, ça nous est arrivé que l'étudiant soit amené à s'allonger sur la table. Il semblait important que l'étudiant se rende compte de ce que peut vivre le patient quand il est allongé sur une table de radiothérapie. Voilà

Au même titre qu'en radio ?

Ouai

• **Que vous évoque la devise éthique « jamais la première fois sur un patient » ?**

Donc ça c'est la devise de la simulation, ça évoque l'idée que..(silence) je comprends que cette devise soit importante dans des situations d'urgence où on simule quelqu'un qui a risque potentiel de mort. Après dans nos formations, ba forcément l'étudiant va d'abord s'entraîner sur le patient. Donc cette devise ne s'applique pas vraiment.

Pour nous en tant que MERM ?

Oui, bah eh (silence). Elle est importante c'est vrai que c'est important si hypothétiquement on arrive à... Non « tu as raté ton patient est mort ». C'est que qu'on nous explique. Quand on fait une formation de simulation on nous explique bien, l'objectif c'est ça. C'est que la personne qui simule ne doit être pas impactée par ... eh enfin moi je le conçois plus comme ça, d'accord voilà ... Je réfléchis en même temps, cette devise moi je l'applique plus telle que l'on me l'a rapportée en formation de simulation, c'est pour que le soignant se dise au lala je vais faire mourir quelqu'un. Le risque de pas être bien pris en charge et il me semble que pour la formation MERM, si on ne passe pas tout de suite sur le terrain, la simulation elle est bien mais ce n'est pas la vraie vie.

Si on reprend le référentiel, notamment l'UE 4.4, la technique pédagogique a utilisé est la simulation, pensez-vous que ce soit adapté à la formation MERM ?

Si, ça ne me choque pas je pense que c'est important qu'on puisse les évaluer, c'est bien de l'évaluation dont on parle

Non dans la formation, en technique d'apprentissage.

Non c'est important de le garder, vous l'avez dit vous-même ça permet ce moment d'analyse qu'on a pas le temps que le manipulateur qui a encadré l'étudiant n'a pas le temps de faire ou ne se donne pas forcément le temps de faire pendant le stage parce que la fréquence des patients fait que : on va dire à l'étudiant faut que tu fasses comme ça et pas comme ça et après voilà on y revient pas on essaie pas le faire retravailler sur ce qu'il a pu faire et de le refaire travailler après ou sur une possibilité d'amélioration.

Est-ce que pour vous il y aurait peut-être d'autres techniques pédagogiques qui pourraient intervenir dans le savoir-faire ?

Non moi je pense que celle-ci ici à l'institut on essaie de travailler sur les TP TD . On essaie de récupérer du matériel, un échographe, hotte simulée de médecine nucléaire, on essaie de favoriser ce travail. L'étudiant pratique mais a un regard plus pédagogique de ce qu'il est en train de faire

Thème de la mammographie

Pour l'imagerie de projection, vous me l'avez expliqué de ce fait je ne vais pas revenir dessus, je vous propose que l'on parle plus spécifiquement la mammographie.

- **Expliquez-moi comment est enseigné la mammographie dans votre institut.**

La mammographie est enseignée d'une part par des manipulatrices qui viennent faire un cours magistral sur la pratique de la mammographie autour d'un powerpoint. On a mis en place depuis 2 ans des TD avec simulation d'une mammographie et visite de tout le service de mammographie explication de la stéréo, mammothome, visite des locaux et images de mammo. Ils pratiquent une mammographie entre eux à partir d'un mannequin reproduisant donc le buste d'une patiente et ils se mettent chacun leur tour dans la peau et du Merm et de la patiente. Après il y a aussi une partie médicale par un médecin à l'institut où là on parle plus de pathologie et d'images pathologiques.

Vous me dites que cela fait 2 ans que vous faites ces TD, qu'est ce qui a déclenché cette pratique simulée ?

Comment ça s'est passé...C'est un concours de plusieurs choses j'ai fait la formation de simulation et en échangeant avec mes collègues des autres instituts c'est là que j'ai vu qu'il y avait un buste au niveau des sages-femmes. Ensuite j'ai rencontré une manipulatrice qui animait des ateliers avec des étudiants. C'est là, où je me suis dit que cela valait le coup de monter quelque chose et j'en ai parlé aux manipulatrices. Elles sont plus à même que moi, elles préfèrent travailler en petit groupe avec les étudiants dans leur milieu, c'est moins compliqué pour elle de venir en cours magistral où tout le groupe est présent. Elles étaient complètement partantes pour réaliser ce type d'apprentissage.

Vous faites ça en petits groupes, combien d'étudiants ?

Six.

Si j'ai bien compris, ils passent les uns sur les autres en se passant le buste ?

Oui.

Et auparavant ?

Il n'y avait pas de TD de mammographie

Vous sauriez me dire pourquoi ?

(Silence) Non je ne saurais pas, ouai non, je ne sais pas, voilà ça n'existait pas

• **Pensez-vous qu'il s'apprenne de la même manière que n'importe quel examen d'imagerie de projection ?**

Non il ne s'apprend pas de la même manière, on le voit dans le sens ou déjà on voit qu'il y a plutôt des manipulatrices femmes dans les services de mammographie. Il y a beaucoup plus de contact, il est plus important comme examen.

Vous me direz oui, il y a du contact en imagerie de projection mais je trouve que le contact est plus proche et plus intime et quelque part il s'établit une relation de proximité avec la patiente et ça nécessite que la patiente soit à l'aise, voilà donc ... Je ne me souviens plus de votre question (rire).

Est-ce que la mammo s'apprend de la même manière ?

Oui voilà, la mammo c'est un cadre particulier. De part que le sein soit un organe de sexualité et de maternité, le fait qu'il y ai plus de manipulatrice femme et puis le lien avec le diagnostic aussi qui est important (silence) donc (silence)

Voilà pourquoi je pense que ça ne s'apprend pas de la même manière.

Et comment on peut transmettre à l'étudiant cette nécessité de proximité avec la patiente ?

On transmet via les professionnelles qui vivent ça au quotidien par leurs expériences, c'est ce que les Merm font quand elles viennent en cours, d'autres qui parlent de la relation de soin de communication, vraiment faire des liens avec tout ça. Et puis la simulation c'est vraiment un moyen de leur faire comprendre que c'est un examen qui demande une relation plus proche, proche dans le geste aussi. Il y a une manipulation du sein, qu'on essaie de bien le positionner sur la plaque qu'on demande à la patiente. Il y a aussi une notion de douleur. Il y a une collaboration avec la patiente dans cet examen-là.

Pour vous la simulation peut amener à développer ça chez l'étudiant ?

Je pense. Je pense oui.

• **Selon vous, quelles problématiques peuvent être rencontrées lors de la formation des MERM en mammographie ?**

(Silence). De la résistance des étudiants à porter le buste. L'intérêt de ce buste c'est qu'il met une distance. Ce n'est pas lui, ce n'est pas l'étudiant, c'est... Il a un objet qui va mettre un petit peu cette distance qui permet d'être dans un jeu quelque part. Mais on n'a pas rencontré de difficultés pour le moment. Mais je verrais celle-ci principalement.

Vous dites que c'est un « objet » est ce que l'étudiant se rend compte justement de ce besoin de proximité du fait qu'il manipule un objet ?

Ils s'en rendent compte quand même, c'est très bien imité. Quand l'étudiant met le buste on a l'impression qu'il est torse nu, ça fait un peu choc (rire et gêne). Non je pense qu'ils se mettent quand même bien dans la peau, mais ce sont les étudiants qui pourraient vous le dire.

Thème des représentations :

• **vous me disiez que le sein était un organe à part, un organe de sexualité. D'après vous, que représente le sein dans la société ?**

Alors, il implique beaucoup de chose. Je vais parler de la pathologie. Cancer du sein : c'est la pathologie où le manipulateur est présent, c'est la pathologie où le manipulateur est présent à tous les moments de la maladie dans le diagnostic dans le traitement dans le suivi donc je trouve que c'est vraiment un organe qui est au cœur du métier, où le Merm a vraiment sa place.

Après (silence) c'est un organe, normalement un organe comme les autres qui peut être malade, qui peut ne pas être malade et avec lequel il faut travailler. Je crois que c'est un organe qui représente différentes choses en fonction de sa...

D'où on en est nous-mêmes dans notre vie. Si on est jeune, déjà maman, si on est plus âgée et risque d'avoir une pathologie. Vous voyez à chaque fois il évolue dans notre représentation au cours de notre vie.

Je ne sais pas si je réponds à votre question.

Tout à fait.

Vous pensez que vous auriez fait les choses différemment dans la mise en place d'un TD par exemple suivant votre parcours de vie en tant que formatrice, manipulatrice lors des cours ?

Oui, moi je pense que déjà, que je n'aurais pas été tentée de faire ça si moi-même je n'avais pas subi un mammotome. Je me suis rendue compte à ce moment-là, ouai que c'était important l'explication de l'examen et d'être vigilant dans la verbalisation. Je donne un exemple j'ai dû avoir un mammotome, la manip qui m'a prise en charge, enfin pas celles qui m'ont prise en charge c'était nickel, mais une autre qui me connaissait très bien, m'a dit en cabine : « mais ne t'inquiète pas si c'est un cancer tu auras de la radiothérapie et puis terminé ».

J'ai trouvé cela vachement violent, et c'est la première fois où j'ai été confrontée à une verbalisation de ça. J'ai trouvé ça vraiment très maladroit et pas aidant du tout. Au contraire

on mettait des mots sur des choses que je ne voulais pas imaginer. Bon il s'avère que tout s'est très bien passé mais c'est ce que je me suis dit. Mais franchement on ne peut pas dire les choses comme ça, et peut être... Qu'il y a eu un moment où ça a joué dans l'idée qu'il faut expliquer aux étudiants que ce n'est pas anodin à vivre mais je pense que c'est la même chose pour d'autres examens.

Dans cette UE d'imagerie de projection, pour vous si je comprends bien la mammographie est isolée par rapport au reste. Est-ce que les conséquences auraient été les mêmes si vous aviez passé une radio de cheville ?

Non non

Une sorte de déclic de cet...

Oui plusieurs choses qui se sont réunies et qui ont amené à faire ce TD avec les étudiants.

Une sorte de prise de conscience ?

Ouai c'est ça oui c'est ça. Tel que le référentiel est construit, il y a des stages d'imagerie de projection mais ce n'est pas identifié mammographie et les étudiants maintenant y vont très peu en fait. Ils ont très peu l'opportunité de faire un stage complet de mammographie donc c'est aussi l'occasion pour eux de visualiser ce que c'était exactement.

J'avais une question également sur l'enseignement par rapport aux hommes

Est-ce que d'après vous la représentation homme/femme du sein est la même ?

Alors ça devrait être comme ça , mais c'est vrai que dans les faits c'est différent. J'ai une étudiante justement qui fait son mémoire sur le cancer du sein chez l'homme, et cette étudiante a vécu elle une situation, elle a dû avoir une mammographie, ponction...

Elle s'est posée la question du cancer du sein chez l'homme. Je pense que dans l'inconscient collectif, le sein c'est la femme et que l'homme... Si l'homme a un cancer du sein ou une pathologie mammaire quelque part ... est ce que c'est un homme ? Je crois qu'il y a ça derrière.

Et du côté des manipulateurs ?

(silence)

Normalement il ne faudrait pas mais on n'empêche pas, même si on a un code du respect du patient, le prendre en soin tel qu'il est, homme/femme suivant sa religion... Ça n'empêche pas que parfois on ait quand même des préjugés ou des idées reçues un peu comment dire radicales. Ça n'empêche pas le jugement. Mais dans la prise en charge... La prise en charge est quand même bien faite

Et en formation ?

On essaie de ne pas faire de différences, dans le discours qu'on peut donner aux étudiants on en fait pas de différences. (Silence)

Après ce qui va se jouer c'est l'éducation, là où nous on n'aura pas de poids parce que les choses sont construites, la culture, on va apporter notre vision de soignant. On prend en charge toutes les personnes quelles qu'elles soient mais on ne peut pas agir sur ce qu'ils ont construit eux. Ils arrivent ici ils ont 20 ans ils ont construit des choses et les défaire c'est compliqué.

Quand vous faites vos TD, l'étudiant masculin passe de la même manière que les filles en simulation ?

Oui

Et c'est pris comment ?

Franchement bien oui.

Est-ce que vous avez l'impression que ce TD a permis qu'il soit plus facile d'effectuer des mammographies en stage ?

Peut-être oui mais il faut que je relise les questionnaires, je pense oui ça a été assez intéressant.

Est-ce que vous avez envie de parler d'autre chose autour du sein, sa représentation de la mammographie ?

Non, je pense avoir dit pas mal de chose. Je dirais juste qu'en tant que Merm et en travaillant radiothérapie, c'est vrai que le sein on ne le voit plus. Je m'en suis rendue compte. On ne le voit pas en fait... Je veux dire... pff je ne sais pas ... quand on en voit, on ne le juge pas, on en voit tellement tous les jours. On ne se dit pas : « tiens celui-ci il est gros , il est mince il est ... ». Non on est focalisé sur le traitement il faut que mon traitement soit bien fait que je prenne bien tout le sein dans sa globalité, mais on n'est pas dans le jugement. A force de le voir tous les jours je ne sais pas comment dire (silence).

On le déssexualise je l'ai vécu comme ça. Je pense à des anecdotes par exemple j'ai une, enfin c'est un peu en dehors mais bon. C'est une discussion qu'on a eue avec quelqu'un de ma famille qui disait : « moi de toute façon j'assortis toujours mon soutien-gorge à mon slip parce que si je vais aux urgences ».

Je lui ai dit mais tu sais aux urgences les professionnels ne vont pas te regarder ça. Quand je suis arrivée en radiothérapie je ne regardais pas le soutien-gorge et je ne regardais pas son sein je n'en avais rien à faire. Et pourtant il y a des gens, ils ont cette idée-là. Alors est-ce qu'il y en a qui regarde je ne sais pas, moi je n'ai jamais regardé.

Pour vous finalement si j'essaye de résumer le sein, il représente essentiellement une pathologie finalement ?

Ouai, oui

Toutes ces autres représentations...

Après c'est personnel elles disparaissent, ouais en tant que patient ou dans mon métier le sein c'est une pathologie, vous avez raison.

Pour finir j'ai juste une petite question, est-ce qu'est-ce que vous pourriez imaginer l'enseignement idéal ? On parlait de l'apprentissage idéal en imagerie mais en mammographie que serait-il ?

Idéalement ce serait qu'ils puissent tous passer en stage pour compléter ce qu'on met en place et peut-être faire plus d'ateliers. Ne pas se baser que sur l'apprentissage de la technique mais sur la relation à mettre en place avec la patiente dans la prise en charge relationnelle.

C'est quelque chose qui manque pour vous ?

Pour la prise en charge de la patiente en mammographie, tous les étudiants ne seraient pas forcément sensibilisés. Autant pour la technique on arrive à les sensibiliser autant pour cet aspect un petit peu plus psychologique on ne les touchera pas tous. Je pense que s'ils n'ont pas vécu soit en stage ou par eux même, ils sont moins impactés et donc moins impliqués .

Qu'est-ce que vous évoque la technique de simulation à l'aide du patient standardisé

(Silence) Pouvez me rappeler ce qu'est le patient standardisé

C'est un patient qui acteur

Oui dans la simulation avec un acteur. J'avoue que ...que je n'ai jamais fait, jamais vu comment ça se passait donc je serais plutôt curieuse de voir ce que cela donne.

D'accord donc c'est quelque chose que en tant que formateur vous n'avez pas envisagé de mettre en place ?

Je sais qu'il se pratique au niveau de l'école d'aide-soignante. Oui pourquoi pas un jour oui !

D'accord, donc pour vous ça peut se faire et est-ce que ça serait applicable en mammographie ?

Je pense qu'on y avait pensé un moment donné mais c'est vrai que j'ai préféré par cette méthode là pour que l'étudiant soit lui-même patient. Pour qu'ils ressentent les impressions. L'idée c'était vraiment de donner cette dimension à l'étudiant de « comment je réagis quand je suis face à la machine ».

Est-ce que pour vous faire appel à un patient instructeur, qui sont souvent des anciens malades, serait applicable en mammographie ?

Oui je pense parce que je les acteurs ils apprennent un jeu, un rôle mais les patients ils ont vécu vraiment et ça pourrait être très très intéressant. Au début quand j'étais juste formatrice ici, il y avait en place une formation sur le cancer du sein pour les manipulateurs donc j'ai repris le dossier et on faisait intervenir une ancienne patiente pour juste parler de son parcours et c'était intéressant. On en a parlé récemment avec les collègues pour se dire que cela pourrait être sympa de faire venir des anciens patients pour qu'ils puissent évoquer leur parcours et ce qu'ils attendent d'un soignant bien sûr.

C'est peut-être le premier à pouvoir transmettre ?

On sait que les plans cancer ont avancé grâce aux patients.

Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur l'ensemble de l'entretien quelque chose qu'on n'a pas abordé qui vous paraît pourtant important sur la mammographie, ses représentations du sein ou même l'apprentissage qui présente multiples facettes ?

Non on a abordé pas mal de choses. C'est vrai qu'on est toujours partantes pour des nouvelles expériences. Après ce qui nous manque c'est le temps de préparation, on est noyées dans notre routine et le temps de préparation est compliqué. La mise en place aussi il faut du temps et des moyens.

Vous accueillez combien d'étudiants ?

On a 25 étudiants par promotion et on a 3 formatrices. Notre organisation c'est une formatrice par année de formation plus une formatrice elle, en 3e année qui gère aussi tous les stages.

Moi je n'ai plus de questions Je vous remercie pour votre accueil et le temps que vous m'avez consacré. C'était très riche.

Annexe IX : retranscription entretien n°7 :

Anne -Sophie

Date et heure : lundi 05 mars : A partir de 10h

Durée : 32 min

Talon sociologique de la personne interviewé

Identité de l'interviewé : Cadre de santé formatrice

Ancienneté dans la formation : 3 ans

Âge : 46 ans

Sexe : Femme

Cursus scolaire : manipulatrice radio en radiothérapie, carrière en radiothérapie et imagerie sénologique

Environnement et contexte de l'entretien

Au calme, une seule interruption pendant l'entretien.

Thème de l'apprentissage

•Pouvez-vous me décrire une situation d'apprentissage idéale en imagerie de projection ?

C'est une situation qui permet à un étudiant, un professionnel d'améliorer son niveau de connaissance pas seulement en termes de savoir mais aussi en termes de pratique professionnelle : d'améliorer sa compétence. Tant au niveau de la relation, au niveau technique, tant au niveau résultat.

Pour cela on peut passer par l'observation, et après on demande à l'étudiant de reproduire. C'est de l'imitation, il n'y pas d'analyse.

Du coup faire réfléchir à ce qui passe permet que les connaissances se fixent dans le cerveau de l'étudiant. Ça c'est une solution.

On peut faire un cours théorique avec tous les éléments de connaissances puis on demande à l'étudiant de mettre en pratique les éléments de connaissances. Ça marche, ça fonctionne mais c'est ... c'est souvent compliqué. C'est la solution qu'on utilise le plus souvent dans les instituts

de formation mais on sait très bien qu'ils vont retentir seulement 10% de ce que l'on va dire. L'autre solution qui marche bien c'est de les faire chercher. On les fait chercher, on leur donne des endroits où chercher, interviewer les gens pour qu'ils récoltent des éléments de connaissances, éventuellement avec une grille où ils doivent apporter des réponses.

Ça leur donne des éléments théoriques qu'ils peuvent apporter par eux même. Ensuite mettre en pratique : en radio on met en pratique ce qu'ils ont pu chercher. On le fait en radio avec un squelette ou autre. On leur demande : « alors comment on positionne la patiente, pourquoi ... ». Ils font le lien entre la théorie qu'ils ont cherchée et la pratique en essayant de mettre en pratique la théorie. J'ai fait ça cette année j'ai affiché une radio, ça a bien marché, et on est parti du résultat et on est remonté sur comment obtenir à partir du squelette et par rapport à ce que l'on voulait voir. On avait fait toute l'anatomie avant bien sûr.

D'après vous cette méthode a été plus efficace ?

Oui, je crois, je l'espère en tout cas. Je crois qu'il faut mélanger toutes les approches pour arriver à quelque chose. Je pense que partir du résultat ça leur a permis de mieux comprendre ce qu'on attend sur la radio. Avec le besoin d'avoir des prérequis. Si on n'a pas le vocabulaire pour qu'on puisse parler la même langue, si on n'a pas de prérequis ça ne marche pas.

Comment sont organisés les TD de radio ?

Un petit groupe, en tenue professionnelle et cycliste et tee shirt. Pour les mettre en situation et pouvoir retrouver les repères cutanés sur eux. Un joue le patient et l'autre le manip.

En séno on ne fait pas comme ça. On a mis en place un TD un peu particulier où les étudiants vont dans le service d'imagerie. Pour le coup, ils sont en tenue totale, cheveux attachés... Ils vont sur place donc ils sont une dizaine. Là c'est un manip qui les prends en charge sur un appareil de sénologie en service avec une jeune femme qui veut bien se faire manipulateur. Les étudiants vont manipuler chacun leur tour cette patiente « en vrai ». Elle est déshabillée et ils doivent mettre en place exactement cette simulation de mammographie.

•Que pensez-vous de l'apprentissage grâce à la technique de simulation ?

Pour moi c'est la technique qui permet d'apprendre le plus, car ils cumulent du savoir d'expérience.

Uniquement du savoir d'expérience ou ça permet d'autres acquis ?

Ça va permettre de solidifier les connaissances de cours. Ils vont mobiliser leurs connaissances. En termes de savoir d'expérience, c'est évident c'est une première expérience

de la relation avec la patiente, ici la personne qui joue le rôle. Ils découvrent la mise en place, la prise en charge mais aussi la proximité qu'impose cet examen. On est très proche des patientes pour cet examen, c'est très particulier. Et pour la patiente et pour le Merm qui est très proche du patient. C'est important car pour moi la relation... elle est vraiment.. en plus les stages ba pfff.

On est vraiment tout proche, tout contre les patientes.

Cela, ça s'apprend ?

Oui, je pense. Le toucher, comment, la façon de les toucher va être importante. Il ne faut pas qu'elles se sentent agressées. La façon de les rapprocher de la machine, de leur prendre le sein va être importante. C'est un examen particulier. On fait manipuler les jeunes étudiantes aussi bien que les jeunes étudiants.

Au niveau de la technique vous êtes dans l'apprentissage du geste ou dans une simulation complète ?

Non on n'est pas dans une simulation complète. C'est l'apprentissage de « comment on positionne la patiente ».

On est dans l'apprentissage de geste ?

Oui après il y a la notion de comment on touche, comment on met en place le sein pour ne pas faire mal à la patiente, comment on comprime. Comment on tient la patiente derrière le dos ou l'épaule. Ça malgré tout ça fait partie de l'apprentissage ; par contre la relation, là dans ce cas, on l'occulte.

Pourquoi ?

Par ce qu'on n'y a jamais réfléchi, ça prend beaucoup de temps.

(Silence)

Non pour moi, on fait la même chose, quand on leur apprend à faire une radio de pied, du genou ou de l'épaule. C'est chez nous à l'école, les patients ne sont pas déshabillés c'est tout. On apprend la position, il faut manipuler doucement. En radio standard on est moins proche du patient du coup on le fait à l'école. En plus, on n'a pas de machine de séno à l'école

Comment réagissent les étudiants par rapport à ce TD en séno ?

Ils sont très contents, ils sont ravis. Parce qu'en stage ils n'ont pas toujours la possibilité de faire de la mammographie. Encore plus pour les jeunes hommes, les étudiants masculins car il y a des endroits malheureusement où leur a dit « tu es un homme donc tu ne fais pas de

mammographie ». Alors ça j'ai du mal à l'entendre mais malheureusement ça existe et dans certains endroits les hommes ne font pas de mammographie.

Moi je trouve que c'est une merveilleuse occasion pour les garçons de manipuler, au moins une fois avant d'être professionnels. De toute façon c'est toujours bien de ne jamais faire la première fois sur un patient. C'est un peu notre politique à l'école, on essaie de ne jamais faire la première fois sur un patient

Il y a des étudiants gênés pendant les TD ?

On les prépare avant, je leur explique ça provoque des gênes sans doute mais comme je vais faire une enquête de satisfaction je pourrais vous le dire. Je peux leur poser la question, pas forcément que pour les garçons. Ils sont jeunes, ils ont que 18 ans, il y en a des plus âgés mais la majorité c'est entre 18 et 20 ans.

Le corps, la façon de l'appréhender est parfois encore compliquée pour certains. On le voit bien quand on fait l'anatomie en détails, ce n'est parfois encore pas totalement acquis. Même si on pense qu'à 18 ans ils ont tous des relations sexuelles ou je ne sais pas quoi, ce n'est pas acquis. Je pense ça joue quand même sur le déroulement du TD. Le fait qu'ils soient nombreux, ça se passe bien car la personne qui joue la patiente a l'habitude, la manip qui les prend en charge aussi c'est elle qui fait les cours. Du coup ça se passe bien.

Ceux qui ne veulent pas on ne les oblige pas mais en général ça n'arrive pas.

Ils sont tous volontaires ?

Oui, bon après pas forcément tout de suite, c'est une fois le TD lancé.

Est-ce qu'il y aurait une différence s'ils avaient plus de maturité professionnelle ?

(Silence)

Sans doute, parce qu'ils auraient déjà cette distance professionnelle, cette façon d'aborder le patient de manière plus aguerri. Ce sont des étudiants de 1^{ère} année, on voit la séno en première année dans le référentiel.

Ce sont des choses dont ils se souviennent bien

Vous pensez que ça les incite à aller en mammo en stage ?

Ba je n'en sais rien, je ne leur ai pas demandé, c'est une bonne question.

Peut-être que si on leur propose d'aller en mammo ils diront oui plus volontiers. Oui ptet, mais c'est une question à leur poser à eux. Ptet que ça peut contribuer, y en a qui dirait ptet non car ils n'ont jamais fait car c'est une mammographie. Ils seraient plus réticents.

Donc là ils considèrent qu'ils ont déjà fait ?

Ba oui, ils se disent qu'ils l'ont déjà fait une fois.

D'après vous, pourquoi c'est compliqué à appréhender comme examen ?

La féminité, la sexualité peut-être. Ils sont tout jeune. Ils peuvent avoir aussi leur maman qui va faire des examens, je n'en sais rien. Pour les garçons c'est sûrement un objet de sexualité, car c'est quand même un objet de sexualité le sein. Il me semble.

Le désir, il y a tout cet aspect-là. Pour les jeunes garçons il y a sûrement tout ça et ça fait peur. De toucher de manipuler ce sein, ou pas... Pour les jeunes femmes, les étudiantes c'est la féminité et puis il y a la psychologie du cancer du sein qui est quand même prégnante, avec de nombreux cas et avec un entourage qui peut être atteint de cette pathologie-là.

Pour vous ?

Alors pour moi, c'est un vrai plus dans l'apprentissage dans la façon de faire avec une vraie patiente. Ce n'est pas un fantôme. On découvre la manipulation du sein, et du coup ils ont touché au moins une fois et je trouve que c'est vraiment, ça dédramatise. Ils se lanceront plus volontiers dans cet examen là j'imagine.

La mise en place de ce TD existe depuis longtemps dans votre institut ?

Oh bah oui car moi quand j'étais étudiante il existait déjà.

Ce n'est pas vous qui l'avez mis en place à votre arrivé ?

Non, ça fait au moins 20 ans(rire). Oui j'ai déjà appris comme ça et la première fois que j'ai dû faire une mammo je me suis souvenue de ce que l'on m'avait appris, ça m'avait marqué. Et pourtant le moment où j'ai fait de la mammo et où je suis sortie de l'école il s'est passé 10 ans. En tant que formateur, en tant que cadre, proposer tout cet apprentissage sur le sein, avec des UE sur la qualité... ça donne un lien avec le terrain pour les étudiants qui donne de la ... je ne sais pas comment dire De la vérité qui revient avec le terrain. Cela donne du sens à cet apprentissage. Ils ne peuvent pas nous dire : « non ça c'est à l'école, en stage ce n'est pas pareil ». Malheureusement ce sont encore des choses que l'on entend. Mais c'est sûr que cela permet de donner du sens, ils sont dans l'établissement, sur un appareil qui tourne encore, un vrai patient ça les met en vraie situation. Pour nous ça donne du lien avec le terrain.

D'après vous, quelles sont les raisons qui font qu'ils pratiquent peu en stage ?

Il y a cette réticence pour les garçons à certains endroits, et puis.. je pense que ... ça dépend des lieux de stage.

Quand les professionnels se sentent sûrs d'eux et qu'ils aiment apprendre aux étudiants ils font pratiquer les étudiants. Il y a toujours cette problématique-là. À l'institut de cancérologie de XXX tous les étudiants passent par la sénologie. Ils apprennent à faire des mammos avec des patientes. Après il y a des endroits où malheureusement ils n'y ont pas accès, c'est le fait que ce soient des mammographies et qu'il y ait ce rapport avec le sein. C'est cette proximité, pourtant maintenant avec les principes d'auto-compression.

Par rapport au TD, comment vous qualifieriez cette technique pédagogique ?

Je n'en sais rien du tout. Ce n'est pas une simulation pure, avec le film, débrief... C'est de la mise en situation professionnelle où on va copier les gestes tout simplement. Ce n'est pas de la simulation pure. Il y a quand même une étape de brief, avec quelqu'un qui va jouer le rôle du patient. Avec le respect des tenues, du respect, par ce que c'est un patient qu'ils ne connaissent pas mais on ne fait pas de debrief derrière.

Voulez-vous rajouter quelque chose ?

C'est un vrai bénéfice d'organiser ça comme ça avec tous les gens qui interviennent. Manip, médecins, on aborde tous les aspects de la sénologie y compris le contrôle qualité.

Je trouve que d'avoir la possibilité d'avoir quelqu'un qui joue le rôle du vrai patient c'est un vrai plus, on le fait bien pour les autres incidences.

Quand on les évalue on fait venir quelqu'un qu'ils ne connaissent pas pour la radio. On fait venir quelqu'un qu'ils n'ont jamais vu pour jouer le rôle du patient. Ils ne connaissent pas le patient du tout. Ça change complètement le relationnel. Même le toucher. Entre eux parfois ils sont un peu bruts. Là ils sont hyper doux, ça change tout. C'est hyper intéressant en tant que formateur cette approche. Pour le toucher, la façon de la toucher c'est hyper important en radio et en mammo. Surtout en mammo à mon sens, où on a cette notion hyper ancrée que la mammo fait mal. Et qu'il y a certaines patientes qui refusent cette douleur donc cette façon de toucher ça s'apprend ça met en confiance l'étudiant. Moi je trouve ça bien. J'espère que l'on va pouvoir continuer, c'est compliqué de pouvoir trouver.

Vous avez eu des difficultés pour trouver l'actrice ?

Ah ce n'est pas nous, c'est la manip qui organise le TD qui l'a trouvée, avant c'était une ancienne patiente qui avait accepté de faire ça pour que les manip se forment. Là la jeune femme qui vient n'a jamais été malade. Voilà je crois que je n'ai plus rien à ajouter.

Merci pour cet entretien très riche.

Annexe X : retranscription entretien n°8 :

Thierry

Date et heure : lundi 05 mars

Durée : 32 min

Â

Talon sociologique de la personne interviewé

Identité de l'interviewé : Cadre de santé formateur puis cadre supérieur de santé

Ancienneté dans la formation : 25 ans

Âge : 46 ans

Sexe : Femme

Cursus scolaire : ?

Environnement et contexte de l'entretien

En distanciel, pas de problème de connexion.

Au calme, une seule interruption pendant l'entretien.

Je vous propose de parler d'un thème sur l'apprentissage et plus spécifiquement en imagerie de projection dans la cadre de l'UE 4.4.

Pour vous quelle est la situation d'apprentissage idéale en imagerie de projection ?

Alors là je vais vous faire une réponse de normand, (rire), il n'y en a pas. Ou du moins je ne l'ai pas trouvée. Le constat tout de même depuis quelques années, c'est qu'il y a de moins en moins d'incidences à apprendre, à mon époque je pense qu'on apprenait trois fois plus d'incidences de radio. L'imagerie de projection est difficile à aborder. Bien évidemment on cherche l'idéal avec l'approche des pédagogies actives et sensorielles des formations. On essaye au maximum d'apporter un panel de différentes approches. On a réduit considérablement les cours avec approche dogmatique. On multiplie les TD et au final que même ça ne porte pas forcément ses fruits. On fait une approche par la simulation déjà depuis plusieurs années, avec des incidences et par exemple de la gestion de file d'attente, spécifiquement en 2^{ème} semestre pour l'urgence. On a réfléchi à des clusters, enfin je ne vais

peut-être pas employer ce mot maintenant (rire). On va dire des capsules vidéo, c'est un projet qu'on a mené mais qui est long et puis une part de e-learning avec la prise en charge de départ des incidences via un serious game. Pas de situation idéale, mais même si on est dans la pédagogie active, l'éducation nationale s'y est mise aussi, on voit quand même des difficultés chez les jeunes d'apprentissage dits « durs ». Apprendre par cœur des incidences c'est difficile, mais j'ai quand même dans l'idée que pour faire de la pédagogie active il faut avoir des prérequis.

Quel est selon vous le meilleur moyen d'apprendre le geste ?

Pour le meilleur c'est la pratique. Le stage en est une, à mettre en lien mais si on est sur l'apprentissage à l'institut. On va être à l'institut avec des td. On en fait avec des groupes plus petits. On favorise des temps d'apprentissage plus courts avec un seul objectif pédagogique, on a l'impression que la compréhension et les liens entre le patient et l'image se font mieux.

C'est quelque chose que vous avez vu évoluer avec votre expérience?

J'ai plutôt vu pour l'instant les problématiques de non-évolution surtout de l'apprentissage des incidences. C'est un problème qui est national hein puisqu'on en parle dans les journées pédagogiques et tout le monde fait remonter qu'actuellement ils sont très vite intéressés par le scanner et l'IRM au détriment de la radio de base qui représente encore 80 pour 100 des radiologies quand même.

On observe une génération qui n'a plus d'intérêt et certainement de notre faute de formateur, c'est un désintérêt pour la radio de projection et surtout un désintérêt de la formation de l'image. Ils vont directement sur une image numérique et ils ne cherchent pas à comprendre comment il faut envisager une image en production Maintenant on essaie pour faire comprendre les projections l'image en se basant sur leur appétence du numérique pour leur faire comprendre la notion de projection.

On commence à mettre en place des TD avec un casque virtuel 3D.

Ce que vous avez dit tout à l'heure, c'était que ce désintéressement était probablement de la faute des formateurs qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

Je pense que la radio est délaissée par les objets hyperconnectés, si je peux dire, tel que le scanner ou l'IRM. Les formateurs n'ont pas vu ça. La part de programmation est plus présente et du coup on n'a peut-être pas pris ce virage. On a fait le virage numérique globalement dans les écoles, e-learning etc. Nous n'avons pas nécessairement identifié les jeunes générations qui choisissent l'imagerie pour les autres spécialités. On a d'ailleurs les 2 indicateurs : l'indicateur

sur les stages optionnels en 3^{ème} année. Nous n'avons quasiment jamais de demande de stage en radio.

Cela fait quelques années qu'il me disent qu'ils veulent travailler dans des endroits scanner et IRM.

Tout à l'heure vous me parliez que vous faisiez de la simulation que pensez-vous de cette technique ?

Je suis convaincu par la simulation. En revanche il y a pleins de limites, de contraintes et d'écueils à la simulation. On peut très vite devenir anti pédagogique, il faut la préparer. Principalement les situations qui peuvent devenir anxiogène. Non là vraiment je vais revenir sur des vieux principes pédagogiques je vais citer Vygotsky (rire). On peut très vite mettre l'étudiant en difficulté. Si on fait faire à l'étudiant en sachant pertinemment qu'il ne saura pas faire, ça pose une question de frustration énorme et en plus il sera jugé par ses pairs.

Cela peut être complètement contre-productif. Il y a des travaux sur cela. La théorie va passer sur le jeu vidéo puis après le sport et après la pédagogie, sur la zone de recherche d'épanouissement pour en gros « un étudiant apprend que s'il est épanoui ». C'est la théorie des flows. Le but de la simulation c'est de vraiment bien préparer la séance avec les prérequis etc...

En l'état la simulation n'est pas nécessairement là pour apporter du savoir mais pour ancrer du savoir. Pour faire du lien, de l'intégration de savoir.

Comment détermineriez-vous la simulation procédurale ?

Ça va aller en contradiction avec ce que je viens de dire car la simulation procédurale c'est vraiment pour apprendre un geste. Ce qui peut être intéressant en simulation procédurale, ce n'est pas utilisé la simulation mais des simulateurs. La nuance est grande.

C'est dire qu'on a des simulateurs procéduraux c'est parfois des choses simples notamment les bras de ponction, ou là effectivement on utilise des simulateurs procéduraux pour apprendre un geste. Moi je différencie la simulation procédurale, des séances de simulation.

J'apprends un geste ou effectivement l'étudiants va avoir le droit à l'erreur. Comme le précise l'HAS, on entend plus souvent parler de simulateur procédural que de simulation procédurale.

Si vous voulez la simulation procédurale c'est une répétition de geste. Je répète un geste pour apprendre à le faire, avec la théorie « jamais la première fois sur le patient ».

La répétition d'un geste pour moi n'est pas nécessairement une simulation. Comme on l'entend avec un contexte, un briefing, un débriefing...

Après ça peut être de la simulation quand même mais par exemple on sera plus dans la procédure dans le geste des urgences.

Dans ces debriefings on va essentiellement parler de l'organisation des gestes, du leaderships... mais pas nécessairement sur le geste en lui-même. On est bien sur l'intégration de savoir et pas sur de l'apprentissage pur. Dans la simulation du choc anaphylactique on a vu les cours et on est plus dans l'action de la procédure.

Vous m'avez dit « jamais la première fois sur un patient » vous en pensez quoi ?

J'en pense que du bien (rire)

Mon âge avançant je suis de plus en plus patient (rire)

Donc effectivement j'en pense deux fois du bien. En termes de gestion des risques au patient, c'est hyper logique. Avant de piquer sur un patient on va piquer sur un mannequin, d'autres diront pourquoi on n'y a pas pensé avant.

La deuxième chose c'est l'affect des étudiants. Je pense que pour les étudiants le milieu de soin peut paraître violent, il va avoir des approches de consultation, d'annonce de mauvaises nouvelles, d'approches à la nudité, d'approche au sang qui ne sont pas évidentes. Je pense que la simulation, se dire qu'un étudiant va pouvoir apprendre sur un mannequin, avoir le droit de se tromper, avoir le droit de recommencer et débriefer sur ses erreurs sans qu'il n'y ait pas de conséquences sur le patient. C'est une énorme évolution sur l'affect des étudiants. D'autant plus on arrive sur des générations d'hypersensible. Ça ce n'est pas moi qui le dis. Et je pense que travailler sur un affect hypersensible cette approche pédagogie de se dire qu'un étudiant pour qu'il apprenne soit dans un état de satisfaction personnelle complète. L'étudiant ne sera pas dans une situation de stress car l'erreur n'aura pas une conséquence physique sur un patient.

C'est facile en tant que formateur à mettre en place « jamais la première fois sur un patient » ?

(Rire) Bien sûr que non (rire) mais c'est tout l'intérêt des formateurs et de réaliser de la pédagogie active. Après la simulation c'est un outil, faire que de la simulation ça serait contreproductif. C'est aussi la richesse des formations, on n'aura pas forcément les mêmes simulations suivant les instituts et ça permettra d'échanger entre nous. Je pense que la simulation ne doit pas devenir... Comme on appelle dans le développement durable des « green Watch ». On met du vert partout mais quand on gratte il n'y a rien derrière. La simulation c'est

la même chose, c'est la mode et il ne faut pas en faire à outrance, il faut surtout réfléchir en termes de projet pédagogique et surtout en termes de parcours pédagogique.

Réfléchir quand on fait intervenir la simulation, en première année, en deuxième année, avant les TD, après les TD...réfléchir sur les parcours pédagogiques plus que sur la simulation en elle-même.

Thème de la mammographie

Maintenant je vous propose qu'on parle du thème de la mammographie dans l'UE 4.4.

Comment est enseignée la mammographie dans votre institut ?

Pareil cela a pas mal évolué. La mammo elle est faite avec des cours sur les incidences, et les prérequis sur le dépistage et un radiologue en sémio-pathologie.

Il est réalisé un TD, qui pour l'instant ne nous convient pas. C'est à dire on aimerait l'améliorer. Il y a quelques années on faisait les TD sur les garçons. Ça se faisait en jeu ça marchait plutôt bien, ce n'était pas l'idéal... au fait on a un mammographe dans l'école.

Ce qui permet de faire de séances de TD. On faisait sur les garçons, on a un peu perdu à cause de deux choses. D'une les garçons étaient un petit peu...parfois certains avaient du mal à la faire. Et puis bah nos promotions ont de moins en moins de garçon. (rire)

L'année prochaine on va travailler avec des fruits ; on a commencé à travailler avec des fruits mais la compression d'un fruit ce n'est vraiment pas la même, c'est une solution dégradée qui n'est pas intéressante mais, c'est pas l'idéal et donc notre projet c'est de travailler avec un partenaire de « simu santé » pour créer des plastrons de sein, qui respecteraient la compression d'un sein véritable. Il y a eu un premier essai et ce n'était pas satisfaisant.

Quelles étaient les réactions des garçons lors de ces TD ?

Alors, les premières années aucun problème, au contraire. Ce qu'on faisait c'est qu'on leur demandait de mettre un teeshirt moulant. Ils restaient en teeshirt. Et on ne comprimait pas jusqu'au bout, car ça fait hyper mal chez les hommes(rire). Et on finissait le TD avec des boules antistress qui pour le peu répondaient assez bien à la compression. Les garçons s'y prêtaient assez bien vraiment. Et puis petit à petit on a un petit peu laissé tomber pour la raison que je vous ai dit. Ça marchait bien avec les garçons et puis mais bon... c'est toujours un peu compliqué, ça arrive hein les mammographies chez les garçons, qui est plus rare on n'est pas dans l'usuel quoi...

Vous pensez que c'est le rapport au sein qui était compliqué ?

Non, ça pour le peu j'ai l'impression que ce n'est pas un problème. Dans des instituts ils faisaient les premiers TD d'incidences en maillot de bain, pour y avoir assister avec Mr XX, c'était fait avec tellement de simplicité et de rapidité d'action que ça ne posait pas de problème. Cette barrière de la nudité, enfin... les kinés font bien leur TD en maillot de bain et ça n'a jamais poser de problème.

Pour vous le sein ce n'est pas un obstacle à l'apprentissage de la mammo ?

Je n'ai pas eu l'impression en tout cas, les choses sont vite passées et le ton de la plaisanterie marche.

D'après vous ce rapport au corps il doit s'apprendre ?

Je ne sais pas s'il y a besoin de se mettre en maillot de bain. Mais il y a vraiment quelque chose d'important, depuis quelques années on se rend compte que les étudiants ont peur de se toucher. En TD ils avaient un frein à se toucher, chose qu'on n'observait pas il y a quelques années. C'était un constat, un frein sur les TD d'imagerie osseuse. Du coup on a mis en place un TD de toucher, toucher dans les soins. On leur apprend à passer un petit peu à passer dans la sphère intime de l'autre sans que ce soit tabou... Cela nous semble hyper important car derrière arrivent les premiers TD d'incidence osseuse, les premiers TD sont centrés sur les points de palpation. S'ils ne veulent pas se toucher ça va être difficile.

Ça c'est en première année ?

Oui il y a une formatrice et une psychologue de l'université qui intervient sur le toucher dans les soins.

Du coup vous pensez qu'il y a une évolution de leur représentation du corps, de la première à la troisième année ?

Oui on n'a dit tout à l'heure si on a un étudiant de première année, on va dire basiques, mais qui n'a pas d'expérience outre mesure, qui sort du cocon familial. Il a aucune expérience de la nudité, de la vieillesse du corps malade, c'est hyper violent pour le coup. C'est dur à accepter, ce corps malade. Cette approche un petit peu empirique et délicate de qu'est-ce qu'un corps, la vieillesse. D'abord on se touche entre nous, après on pourra toucher un patient je pense qu'elle est nécessaire. Je me souviens, mes premiers stages en gériatrie cela a été comme un choc, bon après j'ai survécu, je suis encore là mais quand même ça choc.

Je pense que maintenant on est dans une approche empirique du milieu soignant.

Le sein c'est la même façon de voir les choses que le corps en général.

Je pense il y a évidemment le côté féminité etc.. mais vous prenez le Merm qui fait une toilette à un patient car la couche est souillée et il a besoin d'un bassin, ou changer le pansement et il va être obligé de dénuder la personne, ou une dépilation en vasculaire et la personne sera nue devant lui je ne pense pas qu'il y ait une différence d'approche en terme de valeurs, ou d'éthique par rapport à une mammographie. La pudeur, le respect de la pudeur qui va se faire par des méthodes propres au MERM, l'humour, la discussion. Il y a quelques années je défendais, d'ailleurs il y a une étudiante qui a fait son mémoire là-dessus, la place du manipulateur homme en mammographie. En même temps nous dans le temps la mammographie était réservée aux manipulateur femmes ; alors que ... je disgresse sur le sujet mais la majorité des femmes préfèrent un gynéco homme. (rire)

Comment vous expliquez que ce soit réserver aux femmes ?

(Silence)

Ça à évoluer, en tout cas chez nous ce n'est plus vrai. Ce sont des considérations sociologiques que je n'ai pas, que je ne me suis pas posé. Des volontés, alors qu'un homme a sa place il n'y a même pas à se poser la question. Oui là clairement c'est qu'il est vu comme un homme et pas un Merm.

Et pour vous ça n'a pas lieu d'être

Les formations sont les mêmes, les valeurs défendues sont les mêmes je ne vois pas pourquoi on fermerait la mammo à un manipulateur homme ça n'a pas lieu d'être.

Là vraiment c'est un faux débat. De toute façon ça ne l'est plus, il y a aussi bien des hommes que des femmes.

Enfin je pense, du moins où je connais. Il n'y a pas de raisons.

Est-ce que vous pratiquez la simulation à l'aide du patient standardisé ?

Oui, mais pas en mammographie.

C'est quelque chose que vous pourriez envisager ?

Oui tout à fait, avec le plastron. Oui tout à fait. Moi j'aime bien travailler avec des patients standardisés car si on est honnête la technologie c'est bien mais parfois ça nous lâche.

Quelquefois j'utilise des étudiants standardisés (rire).

La simulation procédurale avec le vrai sein d'une actrice c'est possible ?

(Silence) C'est rigolo cela a été fortement débattu en comité d'harmonisation il y a quelques années.

Je vais répondre, pour moi la compression est un acte invasif. On ne le fait pas pour un apprentissage. Prendre une personne, lui comprimer le sein sans que derrière il y ait une raison diagnostique me semble éthiquement discutable. Après si on trouve quelqu'un qui porte le plastron.. pourquoi pas. Mais en revanche on ne comprime pas un sein s'il n'y a pas de diagnostic derrière. Comme je ne ferais pas un scanner ou une IRM à un étudiant. On a des actes invasifs, ; de la radioprotection. Non, ça je mettrai un frein.

Pour vous c'est plutôt le côté invasif que le toucher du sein ?

Oui, oui, si je ne me trompe pas les sages-femmes se faisaient déjà des palpations entre elles avant qu'il y ait les plastrons. Mais en revanche quelle plus-value ? C'est-à-dire que là si vous prenez une personne torse nu, vous ne faites pas la compression. Je ne dis pas que ce n'est pas bien, mais là d'emblée ... quel intérêt ? C'est vraiment ça ... ouai encore une fois je ne sais pas si on a le droit c'est vraiment un acte invasif.

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Il y a pleins de chose à faire, sur les idées au niveau de la simulation. Je persiste à croire que c'est un des examens les plus durs à faire, en termes de position, de critère de réussite, de qualité, savoir comment comprimer etc. Après c'est toujours la problématique de savoir comment on fait. La mammographie c'est une spécialité perdue dans une UE, perdue dans un référentiel donc quelle est la plus-value. L'approche des images, ça aussi c'est intéressant. Analyse de clichés... Il y a pas mal de chose à faire sur les images à analyser.

C'est un examen perdu dans le référentiel, c'est-à-dire ?

Oui, car il y a plein de chose, si on met plus d'heures sur tout... on va se retrouver avec une formation en 5 ans. On a déjà du mal à tout faire rentrer. C'est aussi aux étudiants de se prendre en main. Ceux qui veulent faire de la mammo ils vont se former, se spécialiser. Et c'est à eux de faire leurs recherches pour devenir encore meilleurs en mammographie.

Du coup ce sera la première fois sur un patient ?

(silence)Ba pas forcément, on commence avec des fruits, c'est déjà pas mal. Finalement, ce sont des oranges, ce n'est pas idéal mais Rome ne s'est pas faite en un jour. Les simulateurs évoluent. Vous savez il y a 20 ans on faisait les évals sur des patients.

En 20 ans on a quand même sacrément évolué, on apprend bien les choses, on a plein de choses à apprendre des autres, pour échanger sur nos pratiques.

Je n'ai plus de questions, je vous remercie pour cet échange

Annexe XI : retranscription entretien n°11 :
Chams' Eddine

Date et heure : 6 mars 2020 – 15h30

Durée : 19 min

Talon sociologique de la personne interviewé

Identité de l'interviewé : étudiant Merm 2^{ème} année

Âge : 20 ans

Sexe : Homme

Cursus scolaire : baccalauréat S

Environnement et contexte de l'entretien :

Salle fermée, au calme, sans interruption

Est-ce que tu peux m'expliquer pourquoi tu as choisi le métier de manip ?

J'ai décidé de faire manip parce que j'ai vu que c'était un cursus assez intéressant. Il allie théorie et pratique, avec des stages et que ce n'était pas des cours des cours...du coup j'ai trouvé ça intéressant. Aussi ce qui était dans le domaine du paramédical. On m'avait prévenu qu'il y avait beaucoup de physique et comme j'ai un bac S et que j'aimais la physique.

C'est plus le côté technique qui t'a attiré sur le métier ?

Sur le métier, oui après j'ai vu la relation soignant-soigné qui m'a plus intéressé que le côté technique.

C'est venu après ?

Oui, après être rentré en formation.

Je voudrai aborder avec toi les façons d'apprendre

Comment apprends-tu en situation idéale ?

Ce qui me facilite la chose quand j'apprends c'est lorsque l'on voit quelque chose en cours, et qu'ensuite je vais en stage et qu'on me montre ce que j'apprenais en cours. Quand je suis en cours c'est assez flou, je ne sais pas trop de quoi on parle, j'essaie un peu de m'imaginer mais

tant qu'on n'est pas sur le terrain c'est un peu compliqué. Mais quand je vais en stage ce qu'on m'a déjà expliqué en cours c'est beaucoup plus fluide, là je comprends.

Qu'est ce qui va te permettre d'apprendre un geste ?

Alors moi déjà faut que je le voie. Par exemple pour piquer il a fallu que je vois la manip, le faire le faire le faire. 2 ou 3 fois devant moi et ensuite qu'il m'explique schématiquement comment on sait que l'on est dans la veine. Et ensuite je me lance

Peux-tu me parler de ce que t'apporte la pratique à l'école ?

Ils nous apprennent, déjà comment pratiquer la radio, dans la salle qu'on a en dessous. On essaie un peu de jouer le rôle du patient et du manip à l'école donc ça nous aide beaucoup. Il y a ce qui est aussi des incidences on est préparé, il y a aussi des poches à perf, du coup quand on arrive en stage de soin on n'est pas perdu. Comment faire, comment piquer avec les bras que l'on a, prélevé, toutes ces choses.

Comment qualifierais-tu cet apport pratique avant d'aller en stage ?

C'est important, c'est ce qui fait qu'on n'est pas perdu, on est en sécurité en stage. On a déjà vu.

Du coup est ce que ça te semble plus facile lorsque tu fais le geste sur un patient la première fois?

Si quand même, la première fois que j'ai piqué sur un patient, c'était quand même difficile...

Penses-tu que tu avais déjà acquis une dextérité dans le geste ?

Voilà, oui comment on utilise comment on tient l'aiguille, je n'étais pas complètement perdu.

D'après toi, les TD organisés en radio ne t'apprennent que des gestes techniques ?

Ça nous apprend les gestes techniques mais aussi, comment dire. Comment réagir à certaines situations. On a déjà eu des TP où le patient arrive en chaise roulante, si la patiente est inquiète, comment on fait ?.

Tu as réussi à transposer ça en stage ?

Oui j'avoue qu'en cours c'est plus compliqué parce qu'on se connaît entre étudiants, on sait que c'est un jeu de rôle un peu. Mais quand on est en stage c'est plus facile, surtout en 2^{ème} année. En 1^{ère} année on ne se sent pas trop prêt pour rassurer un patient ou quelque chose comme ça car on se dit qu'en soit on ne sait pas grand-chose mais en 2^{ème} année oui.

Qu'est ce qui a changé d'après toi ?

La confiance en soi déjà, quand on arrive en 1^{ère} année on est vraiment perdu, quand un patient nous pose des questions on est vite débordé alors que quand un patient est inquiet j'arrive plus à le prendre en main, le rassurer, l'accompagner.

Peux-tu m'expliquer comment se déroule les TD en radio ?

On a une ordonnance, il interroge 2 élèves, un Merm et 1 patient. Le Merm au départ ne sait pas quelle incidence il va faire, et quelquefois la prof sort et dit au patient un scénario..

Du coup on fait toute la prise en charge comme si on était en stage.

Vous passez les uns sur les autres ?

Oui.

Est-ce que cela pose problème ?

Non, pas vraiment il y a quelquefois quand on doit montrer le plan sagittal médian au niveau de la symphyse pubienne, on n'ose pas trop.

C'est compliqué parce que vous êtes entre vous ?

C'est délicat, après certains profs nous disent de prendre la main du patient et de palper avec la main du patient.

C'est quelque chose qui a évolué aussi ?

Oui au début c'était compliqué, en 1^{er} année tout ce qui est du « toucher » parce qu'on pas l'habitude, au lycée on n'avait pas tout ça. Là on arrive en 1^{ère} année on doit se toucher, pour mettre droit le bassin, les épaules le bras la tête, au début c'est délicat.

Et aujourd'hui lors des TD de radiothérapie, cela a changé d'après toi ?

Oui beaucoup, c'est plus simple on se connaît plus aussi, on sait que c'est pour apprendre.

Peux-tu m'expliquer comment a été enseigné la mammographie dans le cadre de l'UE 4.4 ?

C'est juste d'un point de vue théorique, on a eu des cours. Je n'ai pas pu aller en stage pour voir comment ça se passait. C'est un cours qui était plutôt bien quand je l'ai retravaillé chez moi j'ai compris les incidences, le dépistage...

Tu me parles du stage, as-tu eu des TD ?

Non.

Si je comprends bien, ce que tu m'as décrit pour la radio, vous ne pouvez pas le mettre en application en mammo ?

En stage, si le lieu faisait de la mammo est ce que tu y a été ?

Non, c'était que des femmes et il n'y avait qu'un seul homme dans le service de radio. Bah comme c'était le seul homme il ne faisait pas de mammo. C'étaient seulement les femmes, et c'était mon premier stage en 1ere année et je ne me sentais vraiment pas d'aller voir la mammographie.

Et aujourd'hui tu irais ?

Ehh je ne sais pas du tout.

Comment tu expliques qu'il n'y avait que les femmes qui faisaient de la mammo ?

Ehh , je pense que c'était plus dû au lieu de la clinique. C'était au niveau d'Aubervilliers, du coup là-bas on a souvent différentes origines qui font que c'est un peu compliqué qu'un homme prenne en charge une femme en mammographie.

C'est au niveau de la culture d'après toi ? Des patientes ou des manips ?

C'est, pour moi personnellement ou ce que j'ai vu ?

Les deux m'intéressent.

Pour moi c'était aussi au niveau culturel.

C'était compliqué tu me disais, il y avait des refus des patientes ?

Je ne sais pas s'il y avait des refus de patientes mais par exemple pour des radios pulmonaires j'ai déjà eu le refus de patientes qui me disaient qu'elles voulaient que ce soit une femme.

Cela tu l'identifis comme étant quelque chose de culturel ou comme un rapport homme/femme ?

Il y a certaines femmes qui sont gênées parce que c'est un homme tout simplement. Ce n'est pas au point de vue culturel. C'est vraiment au point de vue de la gêne. Et pour moi après c'est assez compliqué, je suis quelqu'un de très pudique. La première fois que j'ai eu une radio pulmonaire à mon stage de radio, et que j'ai vu que c'était une femme, j'ai dit à la manip que je ne me sentais pas encore prêt. Elle ne m'a rien dit, qu'elle comprenait mais m'a mise en garde de ne pas faire ça avec toutes les manips car ils ne pourraient pas tous me comprendre. Du coup j'ai vu un peu la prise en charge, et puis je l'ai faite.

Qu'est ce qui a évolué depuis cela ?

Je pense que c'est une histoire d'habitude, la première fois on a peur du patient. Nous on sait ce que l'on fait dans le domaine du médical, mais le patient il peut se sentir gêner...

Du fait que tu sois un homme ?

Oui , oui.

La mammographie on est obligé de toucher le sein. D'après toi qu'est-ce que ça peut être le sein pour les manips, femmes, hommes....

Pourquoi ça serait différent d'un pied ?

Bah en quoi c'est différent d'un pied, je ne sais pas mais, bah je ne sais pas l'expliquer mais c'est une zone du corps qu'on cache de base. C'est quelque chose d'intime.

De ce fait si on parle d'apprentissage est ce qu'on peut apprendre la mammo comme une radio de pied ?

Ouai, on peut mais c'est assez compliqué si on peut.

Comme c'est une zone intime est ce qu'on peut se permettre de la mettre de côté dans l'enseignement.

Non non c'est important, le cancer du sein... Il faut mettre toutes ces choses de côté, au niveau de l'enseignement faut le faire bien que ce soit une zone intime.

Après, est ce que d'après toi ça s'apprend ?

Je pense que c'est aussi une histoire d'habitude, je pense que la première fois ça doit aussi être bizarre pour tout le monde, c'est aussi une histoire d'habitude.

D'après toi, pendant ton stage, il y avait des raisons pour que tu n'aies pas en mammo ?

Mon tuteur m'avait dit que je n'irais pas en mammo parce que j'étais en 1^{ère} année.

Et maintenant tu irais ?

Pourquoi pas.

Est-ce que tu as dépassé cet éventuel gêne ?

Je n'y ai pas été confronté du coup je ne peux pas savoir.

Ton rapport au corps du patient a évolué durant ces 2 années ?

Oui.

Comment est-ce que tu imaginerai pouvoir apprendre la mammo en tant qu'étudiant ?

Un TD parce que je ne vois pas comment apprendre un geste sans le faire.

Si on faisait appel à des mannequins pour un TD tu y participerais ?

Eh, bah j'y serais obligé mais j'arriverais à dépasser ma gêne mais cette année, l'année dernière c'était mort. Ça serait mieux que sur une patiente pour qui l'examen est difficile.

Le sein, pour toi, c'est la même chose pour l'homme et la femme ?

Je ne sais pas je n'en ai jamais parlé avec une femme. L'homme et la femme c'est quelque chose d'intime.

Veux-tu rajouter quelque chose ? Non. Je te remercie je n'ai plus de questions.

GUÉNEAU	Estelle	Sand 2019-2020
<p>Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1^{ère} année) « sciences de l'éducation - cadres d'intervention en terrains sensibles »</p>		
<p>Quand l'apprentissage de la mammographie dans la formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale se heurte aux représentations et aux évolutions des techniques pédagogiques. . Sous la direction de : Nadine Malavergne</p>		
<p>Institut de formation des cadres de santé – Sainte-Anne Université de Nanterre</p>		
<p>La détection et la prévention des cancers du sein sont une priorité de santé publique. Les campagnes de promotion de la santé sur cette thématique se multiplient, notamment lors d'« octobre rose ». Le sein peut être soumis à de multiples représentations dans la société, pouvant se révéler ambigües. À travers les siècles, il passe de maternel, à érotique, puis médiatique et aujourd'hui il est sous haute surveillance étant considéré comme organe symbole de cancer chez la femme. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale (Merm) réalisent l'examen de référence pour cette prévention : la mammographie. Dans les instituts de formation de Merm, elle est enseignée aux étudiants dès leur première année. Des cours magistraux et des travaux dirigés de simulation sont exigés dans le référentiel de formation. Cependant, lors d'une enquête nationale auprès des instituts, seulement 4% d'entre eux ont mis en place l'enseignement par la simulation. Les bénéfiques de cette technique pédagogique ne sont plus à prouver dans les formations aux métiers de la santé. Néanmoins, les cadres de santé formateur Merm semblent peu l'utiliser, notamment pour l'examen de mammographie, lequel pourtant est un examen qui requiert une maîtrise technique et des qualités relationnelles dans la prise en charge de la patiente. Il doit être réalisé sans faille afin de garantir l'efficacité dans la détection de cancer. C'est pourquoi, je me suis interrogée sur son apprentissage et le lien existant avec les représentations qu'il suscite grâce à une enquête auprès des cadres de santé formateur et d'étudiants Merm. Ce travail de recherche en sciences sociales constitue une piste de réflexion sur l'évolution des méthodes pédagogiques existantes et à développer dans les formations de Merm..</p>		
<p>Mots clés (thésaurus BDSP) : Apprentissage - Représentations sociales - Manipulateur d'électroradiologie médicale – Sein - Simulation - Mammographie - Cancer du sein</p>		
<p><i>L'institut de formation des cadres de santé du GHU Paris psychiatrie neurosciences n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		