

***Au-delà des aspects physiques de la pénibilité du  
métier de TRM, quels sont les facteurs de risques  
psychosociaux et en quoi peuvent-ils affecter le  
quotidien de ces professionnels de la santé ?***

**Travail de Bachelor**

**BURY Charline**

N° 14-586-820

**MONNEY Lélia**

N° 14-587-661

**PLACIDO SOARES Jessica**

N° 13-850-185

**Directrice : SEFERDJELI Laurence – Professeure HES**

**Membre du jury externe : MILLERET Martine – TRM aux HUG**

**Genève, 5 Septembre 2017**

## Avertissement

---

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Genève, du Jury ou de la Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Genève, 15 Août 2017

BURY Charline, MONNEY Lélia et PLACIDO SOARES Jessica

## Remerciements

---

Tout d'abord, nous souhaitons adresser nos sincères remerciements à Madame Laurence Seferdjeli pour son encadrement et le suivi qu'elle nous a accordés. Son professionnalisme et ses précieux conseils ont été fructueux pour l'élaboration et la rédaction de notre travail de Bachelor.

Nous tenons également à présenter notre gratitude à Madame Sophie Grandi pour le temps qu'elle nous a consacrée. L'attribution du statut de pénibilité était un sujet très actuel qui a évolué en peu de temps. Notre travail de Bachelor a donc subi de nombreux changements. Nous avons eu le privilège d'avoir pu compter sur son soutien pour répondre à toutes nos questions. Nous la remercions vivement de l'aide qu'elle nous a apporté.

De plus, nous témoignons notre entière reconnaissance aux chefs TRM des services - Monsieur François Riondel pour la radiologie diagnostique, Monsieur Michel Velazquez pour la médecine nucléaire et Monsieur Olivier Rinaldi pour la radiothérapie - pour nous avoir permis de réaliser nos entretiens auprès des TRM.

Nous adressons également nos remerciements aux TRM pour le temps qu'ils nous ont accordé en dehors de leurs heures de travail pour la réalisation de nos entretiens. Le partage de leur expérience, leur participation et leur implication ont été fondamentaux à notre travail.

Enfin, nous voulons remercier toutes les personnes qui nous ont aidées, épaulées et soutenues à leur niveau pour les remarques constructives, la relecture et les corrections qu'elles ont apportés à notre production.

## Résumé

---

**Introduction :** l'attribution du statut de pénibilité pour le métier de technicien en radiologie médicale est un sujet actuel. En effet, les professionnels de l'imagerie employés dans le secteur public ont obtenu le statut de pénibilité pendant la réalisation de notre travail. Selon l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance d'Etat de Genève (LCPEG-23), l'attribution de la pénibilité est basée sur « des critères de sollicitation physique, d'influences environnementales et de temps de travail irrégulier ». C'est donc un progrès dans la reconnaissance du métier de TRM. Cependant les risques psychosociaux de la profession ne sont pas pris en compte. C'est pourquoi, nous avons voulu mettre en lumière l'aspect psychosocial qui n'est actuellement pas documenté et pourtant bien présent dans le métier de technicien en radiologie médicale.

**Méthodologie :** nous avons réalisé des entretiens auprès d'un représentant de chaque modalité d'imagerie médicale afin de représenter la réalité du métier de TRM dans sa globalité. Notre choix s'est porté sur des professionnels ayant plusieurs années de pratique. Ils disposaient ainsi d'un recul nécessaire et ils pouvaient nous faire part de leurs nombreuses expériences professionnelles.

**Résultats :** les entretiens ont relevé l'apparition d'un épuisement physique et psychique des TRM après plusieurs années de pratique. De plus, nous avons mis en évidence les causes de l'épuisement psychique des TRM. D'une part il est une conséquence de l'usure physique et d'autre part il est induit par la difficulté émotionnelle que représente cette profession. La combinaison de ces deux facteurs expose les techniciens en radiologie médicale à des potentiels troubles psychosociaux marqués davantage en fin de carrière.

**Conclusion :** les techniciens en radiologie médicale sont effectivement exposés à de nombreux facteurs de risques psychosociaux. Notre travail rend compte de la situation de travail dans laquelle ils évoluent au quotidien. Cependant, les TRM ne sont pas tous exposés à tous ces facteurs. En effet, ils font preuve de vitalité, de dynamisme et de volontarisme en repérant les dysfonctionnements et en proposant des améliorations en adéquation avec une pratique efficiente.

**Mots-clés :** technicien en radiologie médicale, pénibilité, risques psychosociaux, répercussions physiques et psychiques

## Liste des abréviations

---

|               |                                                                  |
|---------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>TRM</b>    | Technicien-ne-s en radiologie médicale                           |
| <b>HEdS</b>   | Haute Ecole de Santé - Genève                                    |
| <b>HES-SO</b> | Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale                    |
| <b>HUG</b>    | Hôpitaux Universitaires de Genève                                |
| <b>RTS</b>    | Radio Télévision Suisse                                          |
| <b>CPEG</b>   | Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève                         |
| <b>LCPEG</b>  | Loi instituant la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève       |
| <b>RCPEG</b>  | Règlement général de la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève |
| <b>AVS</b>    | Assurance vieillesse et survivants                               |
| <b>IRM</b>    | Imagerie par résonance magnétique                                |
| <b>CT</b>     | Computed tomography / Scanner                                    |
| <b>PET</b>    | Tomographie par émission de positons                             |
| <b>SIT</b>    | Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs     |
| <b>OPE</b>    | Office du personnel de l'Etat                                    |
| <b>SSP</b>    | Syndicat des services publics                                    |
| <b>RSP</b>    | Risques psychosociaux                                            |
| <b>PIB</b>    | Produit Intérieur Brut                                           |
| <b>TMS</b>    | Troubles musculosquelettiques                                    |
| <b>CIRC</b>   | Centre international de recherche sur le cancer                  |
| <b>OMS</b>    | Organisation mondiale de la Santé                                |

## Liste des tableaux

---

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| <b>Tableau 1.</b> Les mécanismes d'adaptation .....   | 31 |
| <b>Tableau 2.</b> Les mécanismes d'inadaptation ..... | 32 |

## Liste des figures

---

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figure 1.</b> Liens entre les facteurs de risques au travail et l'apparition de troubles psychosociaux ..... | 29 |
| <b>Figure 2.</b> Pyramide des besoins .....                                                                     | 30 |

# Table des matières

---

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Avertissement .....</b>                                       | <b>2</b>  |
| <b>Remerciements .....</b>                                       | <b>3</b>  |
| <b>Résumé .....</b>                                              | <b>4</b>  |
| <b>Liste des abréviations .....</b>                              | <b>5</b>  |
| <b>Liste des tableaux .....</b>                                  | <b>5</b>  |
| <b>Liste des figures .....</b>                                   | <b>5</b>  |
| <b>1. Introduction .....</b>                                     | <b>8</b>  |
| 1.1. Présentation .....                                          | 8         |
| 1.2. Pertinence professionnelle .....                            | 8         |
| 1.4. Problématique .....                                         | 9         |
| <b>2. Cadre théorique .....</b>                                  | <b>11</b> |
| 2.1. Profession de TRM .....                                     | 11        |
| 2.1.1. Le radiodiagnostic .....                                  | 11        |
| 2.1.2. La médecine nucléaire .....                               | 12        |
| 2.1.3. La radio-oncologie .....                                  | 12        |
| 2.2. Pénibilité .....                                            | 13        |
| 2.2.1. Aspects généraux .....                                    | 13        |
| 2.2.2. Aspects spécifiques aux TRM .....                         | 15        |
| 2.2.3. Procédure d'obtention de la pénibilité pour les TRM ..... | 17        |
| 2.3. Aspects psychosociaux .....                                 | 18        |
| 2.3.1. Organisation du travail .....                             | 18        |
| 2.3.2. Gestion des émotions .....                                | 20        |
| 2.3.3. Gestion des ressources humaines .....                     | 22        |
| 2.3.4. Relations professionnelles .....                          | 24        |
| 2.3.5. Environnement de travail du TRM .....                     | 25        |
| 2.3.5.1. Environnement hospitalier .....                         | 25        |
| 2.3.5.2. Environnement radiologique .....                        | 26        |
| 2.4. Conséquences des risques psychosociaux .....                | 26        |
| 2.5. Comment faire face ? .....                                  | 29        |
| 2.5.1. Stratégie d'adaptation .....                              | 29        |
| 2.5.2. Mécanismes psychosociaux .....                            | 31        |
| <b>3. Méthodologie de recherche .....</b>                        | <b>35</b> |
| 3.1. Choix de l'instrument .....                                 | 35        |
| 3.2. Construction des entretiens .....                           | 36        |
| 3.3. Choix de la population .....                                | 36        |
| 3.4. Démarche de recherche .....                                 | 37        |
| <b>4. Analyse des entretiens .....</b>                           | <b>39</b> |
| 4.1. Analyse descriptive .....                                   | 39        |
| 4.1.1. Introduction .....                                        | 39        |
| 4.1.2. Polyvalence .....                                         | 39        |
| 4.1.3. Horaires .....                                            | 40        |
| 4.1.4. Fatigue physique .....                                    | 43        |
| 4.1.5. Environnement de travail .....                            | 45        |
| 4.1.6. Gestion des émotions .....                                | 47        |

|                                                                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.1.7. Organisation des services .....                                                                                                  | 49        |
| 4.1.8. Travail d'équipe .....                                                                                                           | 52        |
| 4.1.9. Fatigue psychique.....                                                                                                           | 55        |
| 4.1.10. Améliorations à apporter .....                                                                                                  | 57        |
| 4.1.11. Avenir dans la profession de TRM.....                                                                                           | 60        |
| 4.1.12. Synthèse de l'analyse descriptive .....                                                                                         | 62        |
| <b>4.2. Analyse interprétative .....</b>                                                                                                | <b>63</b> |
| 4.2.1. Introduction.....                                                                                                                | 63        |
| 4.2.2. Surcharge de travail .....                                                                                                       | 63        |
| 4.2.3. Environnement de travail.....                                                                                                    | 64        |
| 4.2.4. Organisation des services .....                                                                                                  | 65        |
| 4.2.5. Horaires .....                                                                                                                   | 67        |
| 4.2.6. Polyvalence .....                                                                                                                | 69        |
| 4.2.7. Travail d'équipe .....                                                                                                           | 69        |
| 4.2.8. Gestion des émotions.....                                                                                                        | 70        |
| <b>5. Limites et perspectives.....</b>                                                                                                  | <b>73</b> |
| 5.1. Limites de recherches .....                                                                                                        | 73        |
| 5.2. Perspectives de recherche.....                                                                                                     | 73        |
| <b>6. Conclusion.....</b>                                                                                                               | <b>75</b> |
| <b>Références bibliographiques .....</b>                                                                                                | <b>76</b> |
| Liste de référence bibliographiques.....                                                                                                | 76        |
| Bibliographie .....                                                                                                                     | 79        |
| <b>Annexes .....</b>                                                                                                                    | <b>81</b> |
| Annexe 1 : Guide d'entretien.....                                                                                                       | 81        |
| Annexe 2 : Demandes d'autorisation pour enquêter dans les institutions .....                                                            | 83        |
| Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé et libre .....                                                                            | 86        |
| Annexe 4 : Règlement d'application de l'article 23 de la loi instituant la Caisse de<br>prévoyance de l'Etat de Genève (RCPEG-23) ..... | 88        |

# 1. Introduction

---

## 1.1. Présentation

Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous avons décidé de nous pencher sur la pénibilité du travail de technicien en radiologie médicale. Notre but était d'aller au-delà des aspects physiques bien connus de la profession et développer les facteurs de risques psychosociaux pouvant être rencontrés.

En premier lieu, nous avons défini la profession de technicien en radiologie médicale (TRM) avec toutes ses modalités et expliqué la pénibilité physique que ce métier peut représenter.

Dans un deuxième temps, grâce à nos recherches littéraires, nous avons développé les différents risques psychosociaux rencontrés dans le monde du travail pouvant affecter les employés.

D'après ce cadre théorique, nous avons formulé un guide d'entretien afin d'interroger des TRM du terrain. Nous nous sommes intéressées au quotidien de ces techniciens selon chaque modalité du milieu de la radiologie médicale. Cela a eu pour but de comprendre l'impact que les risques psychosociaux peuvent avoir sur la vie personnelle de ces professionnels de la santé.

Ainsi, à travers la partie analytique nous avons cité le ressenti et les différentes situations vécues par les TRM sur le terrain. Puis, nous avons mis en lien notre cadre théorique et l'expérience des techniciens.

## 1.2. Pertinence professionnelle

Le statut de pénibilité est attribué à des professions dont la pénibilité physique du travail peut laisser des traces identifiables, durables et irréversibles sur la santé (Service-Public.fr, 2017).

Depuis 2013, les TRM des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont fait leur possible pour augmenter leur visibilité en espérant être enfin entendus. Diverses actions ont été mises en place : ils ont manifesté lors de grèves, ils ont distribué des flyers ainsi que des badges, et



un reportage télévisé a été diffusé à ce sujet au télé-journal sur la radio télévision suisse (RTS).

Au départ, nous espérions que notre travail soit un élément déclencheur à l'attribution du statut de pénibilité. Cependant au cours de la réalisation de notre travail, les TRM ont été récompensés après tous leurs efforts, le 21 juin 2017 : la commission des finances de l'Office du personnel de l'Etat a donné son accord pour que les TRM puissent faire partie de la liste des métiers à caractère pénible.

Etant donné que le statut de pénibilité a été finalement accordé, nous souhaiterions tout de même que notre travail renforce les efforts qui ont été fournis jusqu'à maintenant par tous les TRM des HUG. Ainsi, ce mémoire de fin d'étude consacré aux risques psychosociaux atteste de la légitimité de la reconnaissance professionnelle que les TRM méritent.

## **1.4. Problématique**

Dans ce contexte, nous nous sommes posé diverses questions afin de nous orienter dans notre travail ainsi que déployer des nouvelles idées :

- En quoi la pénibilité du métier de TRM peut affecter l'état physique et mental de ces professionnels de la santé ?
- En quoi les TRM peuvent-ils être exposés à des risques psychosociaux et quelle en serait l'influence sur leur quotidien ?
- Quels sont les éléments à l'origine d'un épuisement professionnel chez les TRM ?

Ces diverses questions nous ont menées à étudier l'aspect psychologique de la profession de TRM qui n'a jamais été abordé jusqu'à maintenant. Actuellement, les différents aspects contraignants de la profession de TRM ont déjà été traités, notamment les horaires irréguliers, l'aspect physique et l'environnement de travail. Ainsi, l'intérêt de ce travail repose principalement sur l'étude de ces différents facteurs de pénibilité physique et le lien qu'il pourrait y avoir avec l'apparition de troubles psychosociaux. En effet, nous allons nous intéresser à la fois à l'impact de la pénibilité physique sur la santé mentale des TRM ainsi qu'aux éventuels risques psychosociaux que comporte ce métier.

A la suite de cette réflexion, une question de recherche est posée : *au-delà des aspects physiques de la pénibilité du métier de TRM, quels sont les facteurs de risques psychosociaux et en quoi peuvent-ils affecter le quotidien de ces professionnels de la santé?*

## 2. Cadre théorique

---

### 2.1. Profession de TRM

Selon le site officiel de la Haute école de santé de Genève (2017), la profession de technicien en radiologie médicale (TRM) est un métier dit médico-technique associé à des performances techniques et des relations humaines.

Le TRM est chargé d'effectuer des examens d'imagerie à visée diagnostique et thérapeutique. Il se doit de faire en sorte que l'examen se passe le mieux possible pour les patients tout en obtenant la meilleure qualité d'image possible afin que le médecin radiologue puisse effectuer un diagnostic des plus précis. De plus, le technicien doit assurer la sécurité vis à vis des produits médicaux, des appareils nécessaires à la réalisation des examens et veiller à respecter les bonnes règles de radioprotection.

Le TRM peut exercer sa profession dans des établissements hospitaliers, des cliniques ou des cabinets privés. Dans certains endroits, ils peuvent faire face à des horaires irréguliers.

Pour exercer cette profession en Suisse romande il faut obtenir un diplôme : « Bachelor of Science HES-SO en technique en radiologie médicale ». Cette formation a lieu dans une haute école de santé avec trois années d'études comptant 48 semaines de formation pratique.

Si nous nous référons au site officiel de la Haute école de santé Vaud (2017), le métier de TRM est constitué de trois grandes disciplines : la radio-oncologie, la médecine nucléaire et le radiodiagnostic.

#### ***2.1.1. Le radiodiagnostic***

Le radiodiagnostic général comporte diverses techniques d'imagerie, comme la radiologie conventionnelle, le scanner, l'échographie et l'IRM.

Ces techniques sont réalisées avec des rayons X hormis l'échographie qui se base sur les ultrasons et l'IRM sur un champ magnétique.

En radiodiagnostic, les salles sont souvent au sous-sol et peu lumineuses. Cela permet aux médecins d'avoir une meilleure visualisation des écrans radiologiques. Cela engendre donc que les TRM travaillent dans une forte pénombre.

D'après la Société française de radiologie et la Fédération de radiologie interventionnelle (2011), la radiologie interventionnelle réalise des actes médicaux invasifs à visée diagnostic et/ou thérapeutique, réalisée sous contrôle d'imagerie à l'aide des TRM. De ce fait, le TRM est dans l'obligation de porter un tablier, pour sa propre protection des rayons X, et de rester constamment debout afin d'apporter de l'aide au radiologue.

### ***2.1.2. La médecine nucléaire***

La médecine nucléaire consiste à obtenir une image fonctionnelle des organes du corps humain. Le principe est d'injecter un produit radioactif couplé à un vecteur métabolique spécifique à l'organe que l'on veut étudier. Ce produit radioactif va émettre des rayons gamma qui seront détectés par des caméras convertissant ces mêmes rayons par un signal électrique.

Le technicien a des compétences spécifiques quant à l'utilisation des sources radioactives libres, il ne reste pas moins qu'il y est constamment exposé.

En médecine nucléaire, on peut également utiliser des sources radioactives afin de traiter certaines maladies, tout en obtenant des images (Haute école de santé Vaud, 2017).

### ***2.1.3. La radio-oncologie***

La radio-oncologie consiste à détruire des cellules cancéreuses par le biais d'un rayonnement ionisant. Cette technique de thérapie peut avoir pour but la guérison ou le traitement palliatif. Le principe est de détruire les cellules tumorales à l'aide d'un rayonnement dont l'énergie sera variable en fonction de la localisation de la pathologie à traiter. Cela peut permettre la diminution de la masse tumorale, voire la disparition totale de celle-ci et la diminution du risque de récurrence. Toutefois, cette technique peut s'accompagner de nombreux effets secondaires qui peuvent être difficiles à supporter pour le patient. Il y a donc un grand compromis qui doit être discuté par le médecin oncologue avant que le TRM puisse traiter.

Dans tous ces domaines d'activité, le TRM est amené à entretenir des relations interprofessionnelles, autrement dit, collaborer avec des médecins, des infirmiers, des physiciens, etc.

Son rôle fondamental consiste à optimiser la technique sur les différents appareils et la communication avec le patient. Cela permettra au médecin radiologue d'effectuer un diagnostic de qualité, tout en privilégiant le confort et la sécurité du patient pendant le déroulement de l'examen (Haute école de santé Vaud, 2017).

Dans cette modalité, le TRM a un rôle important concernant la prise en charge du patient du fait qu'il l'accompagne toute la durée du traitement. Il est important de garder une "juste" distance avec le patient, afin que le TRM puisse être performant dans son travail sans pour autant être affecté émotionnellement par la maladie qui est omniprésente.

Cette profession très diversifiée présente l'avantage d'être en perpétuelle évolution technologique. En revanche, selon Riondel F., chef TRM du service de radiologie, (communication personnelle, 10 décembre 2015) ce métier peut comporter des aspects physiques et psychologiques contraignants.

## **2.2. Pénibilité**

Le statut de pénibilité a été attribué aux techniciens en radiologie médicale récemment, en juin 2017. Le fait d'obtenir le statut de pénibilité est vécu comme un progrès, voire un soulagement, dans la reconnaissance du métier de TRM, cependant les risques psychosociaux qu'il comporte ne sont pas pris en compte.

### ***2.2.1. Aspects généraux***

D'après Michel Gollac (2007), sociologue et auteur du livre « Les Conditions de travail », le terme de pénibilité au travail est utilisé depuis 2003. En effet, ce terme est apparu lorsqu'il était question de négocier l'âge de la retraite pour les personnes travaillant dans des conditions pénibles. Gollac distingue deux types de pénibilité : celle qui diminue l'espérance de vie en retraite du travailleur et celle qui diminue la durée pendant laquelle le travailleur est

dans un état de santé acceptable. Il donne pour exemple : « être exposé à des produits cancérogènes, cela réduit l'espérance de vie, mais ce n'est pas forcément pénible, puisque souvent on ne se rend pas compte de leur présence » (Gollac, 2007). D'autres conditions peuvent réduire l'espérance de vie et sont vécues comme pénibles, comme par exemple les horaires de nuit. En effet, cela a des conséquences sur la santé sur le long terme : état du système digestif, qualité du sommeil et état cardio-vasculaire. Toujours selon le sociologue Gollac, il existe de nouvelles pénibilités définies comme difficiles à supporter au quotidien qui vont engendrer une fatigue dont le travailleur a du mal à récupérer. Notamment les nouvelles formes d'organisation du travail liées à la généralisation des activités de services qui engendre une pression sur les employés.

À Genève au niveau politique et juridique, la pénibilité est un concept mis en place depuis janvier 2014 selon Règlement d'application de l'art. 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance d'Etat de Genève du 1<sup>er</sup> janvier 2014 (RCPEG-23 ; B 5 22.05) visant à reconnaître certains critères de pénibilité physique rencontrés dans certaines professions.

Selon l'art. 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève du 23 mars 2013 (LCPEG/GE ; B 5 22), sont concernés les employés de la classe 4 à 17 affiliés à la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève (CPEG), c'est-à-dire le secteur public. D'après l'art. 12 de la loi sur la rente-pont AVS (LRP/GE ; B 5 20), il concerne « les membres du personnel ayant accompli des activités qui remplissent les critères de la pénibilité physique pendant 5 ans, de manière continue ou non, au service d'un employeur ». De plus, il est important de souligner que ce concept concerne seulement le Canton de Genève. En effet, les autres cantons de la Suisse ne sont pas parvenus à mettre en place ce même dispositif de reconnaissance professionnelle (Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs [SIT], 2017).

L'activité à pénibilité physique est déterminée selon trois critères (Office du personnel de l'Etat, communication personnelle [document interne], 20 janvier 2015) :

- 1) **Efforts physiques** caractérisés par : « des positions assises ou debout sans possibilité de modifier sa position, une position courbée du corps et des mouvements précis d'une partie du corps de manière continue ».
- 2) **Horaires irréguliers** déterminées par une activité de travail en dehors des horaires de travail usuels et impossible à prévoir ou difficile à planifier.

3) **Environnement difficile**, c'est-à-dire, travailler dans des conditions qui rendent difficiles l'exécution des tâches. Notamment dans un milieu présentant de la chaleur, du froid, des courants d'air, de l'humidité, des dangers d'accident venant d'autrui, des gaz d'échappement, des odeurs nauséabondes, de la saleté ou encore des conditions mettant en danger la santé. A savoir, qu'il n'est pas pris en compte les influences négatives qui peuvent être éliminées par des mesures de protection.

Ces trois critères sont ensuite évalués selon une pondération établie dans le Règlement d'application de l'art. 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance d'Etat de Genève du 1<sup>er</sup> janvier 2014 (RCPEG-23 ; B 5 22.05) : « influence sur la vie quotidienne des personnes concernées ; intensité ; fréquence ».

D'après la pondération de ces précédents facteurs, des professions ont été reconnues comme physiquement pénibles par la commission des finances du Grand Conseil. Ces métiers concernent divers secteurs d'activité : l'hospitalier, la restauration, la police, etc. (Annexe 4 : RCPEG-23 ; B 5 22.05)

### ***2.2.2. Aspects spécifiques aux TRM***

Comme cité précédemment, une profession doit répondre à des critères très spécifiques afin d'être reconnue comme « pénible ». Actuellement, le métier de TRM présente tous ces éléments.

En effet, selon un document des HUG du Département d'imagerie et des sciences de l'information médicale (communication personnelle, [document interne], 24 septembre 2015), les TRM ont des conditions de travail rappelant notamment celles des infirmières et aides-hospitalières, concernant les horaires irréguliers : 24h/24h, 7/7 jours, un service d'astreinte à domicile (piquet), travail en dehors des jours ouvrables (pannes, fériés, surcharge) et une certaine souplesse d'horaires liée à l'imprévisibilité de certaines situations (patients). De plus, les techniciens travaillent également avec des éléments pénibles propres à leur profession dans l'aspect physique et environnemental.

Selon un document interne aux HUG (communication personnelle [document interne], 3 février 2015), voici les différents éléments de pénibilité chez les TRM :

#### **« Aspect physique**

- Transfert de patients couchés sur table d'examens et table de traitement
- Positionnement de patients depuis le lit-fauteuil pour des postures assises ou debout
- Déplacement de l'appareillage radiologique : colonne porte tube radiologique, collimateurs de médecine nucléaire et de radio-oncologie
- Déplacement d'appareils de radiographie mobile (> 200kg non motorisés)
- Port et mise en place de détecteur, notamment sous le patient
- Port du tablier plombé (env. 4kg), de protège thyroïde, de lunettes plombées »

Trois autres éléments sont également associés à d'autres professions hospitalières : « le travail debout », des « déplacements fréquents », ainsi que le « déplacement de lits et de fauteuils ».

#### **« Environnement**

- Rayonnement X (radiographie, radioscopie, CT) : comportement adapté et protection
- Travail en environnement radioactif (patient), manipulation de radio-isotopes, injection, administration (scintigraphie, PET, PET-CT, PET-IRM) nécessitant un comportement adapté et des moyens de protection
- Champ magnétique (IRM) : application des règles de sécurité
- Nuisances des IRM : niveau de bruit élevé et effets secondaires des champs magnétiques sur le personnel
- Substances toxiques
- Locaux borgnes et travail dans une forte pénombre »

Toujours d'après le même document, deux autres éléments environnementaux sont également rencontrés dans d'autres professions hospitalières : « le travail en conditions stériles en bloc opératoire ou en radiologie interventionnelle (port de masque, de gants et de vêtements spéciaux) » et les « risques infectieux », ainsi que la « protection de patients immuno-supprimés nécessitant des moyens de protections adéquats (gants, vêtements de protection, masque, coiffe) ».



Un autre aspect de la profession de TRM aussi évoqué dans la partie de la pénibilité est l'aspect psychologique. C'est à ce dernier que nous allons davantage nous intéresser à travers notre travail.

#### **« Aspect psychologique**

- Gestion de patients agressifs, angoissés, en souffrance
- Gestion sur les contraintes des prestations à fournir : pression, surcharge, examens ressentis parfois comme inadaptés
- Activités empêchées et échecs générateurs de fatigue et de souffrance : ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on recherche à faire sans y parvenir (situations empêchées) et ce qu'on aurait voulu ou pu faire (échecs)
- Nécessité de soutien psychologique régulier et de possibilités de débriefing »

### ***2.2.3. Procédure d'obtention de la pénibilité pour les TRM***

Au début de la rédaction de notre travail de Bachelor, la pénibilité physique avait été attribuée à plusieurs professions de la santé, comme les aides-soignants, les infirmiers, les sages-femmes ou encore les transporteurs brancardiers (RCPEG-23 ; B 5 22.05). Mais les TRM ne faisaient pas encore partie de cette liste. Le statut de pénibilité a finalement été attribué aux TRM très récemment : le 21 juin 2017. Pour parvenir à cette reconnaissance professionnelle, les démarches administratives ont été longues, comme nous allons le voir.

Selon l'art. 5 du Règlement d'application de l'art. 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance d'Etat de Genève du 1<sup>er</sup> janvier 2014 (RCPEG-23 ; B 5 22.05), la commission technique est chargée d'apporter des modifications annuelles jugées utiles à la liste des activités présentant un caractère de pénibilité physique. Cette commission technique est composée paritairement de représentants de l'Office du personnel de l'Etat (OPE) et de représentants des organisations représentatives du personnel, comme le Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs (SIT) et le syndicat des services publics (SSP). Ainsi, différentes étapes sont à franchir afin d'obtenir cette reconnaissance de pénibilité.

Premièrement, chaque profession ayant fait une demande de pénibilité se voit attribuer un score par l'OPE (S. Grandi, communication personnelle, 7 avril 2017). Toujours selon l'art. 3 (RCPEG-23 ; B 5 22.05), chacun des trois critères représentant une activité pénible est

pondéré de 1 à 5 selon son « influence sur la vie quotidienne des personnes concernées ; intensité ; fréquence ». Ce score représente la somme de la pondération allant de 1 à 5 de chacun des 3 critères, les horaires irréguliers, l'aspect physique et l'environnement. Une profession se voit accorder la pénibilité lorsque l'un des critères obtient une pondération de 3,5 ou que la somme correspond à un minimum de 6,5.

Deuxièmement, le conseil d'Etat doit valider la position de la commission technique, c'est-à-dire le score établi par l'OPE.

Troisièmement, la commission des finances doit également donner son accord. A l'heure actuelle, les TRM ont finalement obtenu le statut de pénibilité. Depuis 2013, ils se battaient pour être reconnus aux yeux de l'Etat, leurs efforts ont payé. Néanmoins, le score attribué par l'OPE correspond au strict minimum, ce qui n'est pas représentatif des points que la profession de TRM aurait dû obtenir (S. Grandi, communication personnelle, 22 juin 2017).

Ainsi, les TRM ne doivent pas se reposer sur ce qui vient d'être acquis, il faut continuer à démontrer qu'ils méritent d'être listés dans les activités à pénibilité physique.

Au-delà des critères de pénibilité, nous allons développer dans ce travail les aspects psychosociaux rencontrés dans la profession de technicien en radiologie médicale.

## **2.3. Aspects psychosociaux**

Les risques psychosociaux (RPS) sont l'ensemble des causes rencontrées dans le monde du travail pouvant atteindre la santé mentale d'une personne. Leurs facteurs de risques sont nombreux et diversifiés, pouvant être d'origine de différentes dimensions du travail comme : l'organisation du travail, la gestion des ressources humaines et des émotions, les relations professionnelles ou encore l'environnement. De plus, ces risques sont souvent d'origine multifactorielle.

### ***2.3.1. Organisation du travail***

Selon Sorrentino (2011), l'organisation du travail a été réfléchie pour améliorer le travail pluridisciplinaire au sein d'une équipe afin que le collectif soit un atout pour chacun. En effet,

une organisation optimale permet de diminuer les tensions entre les individus et de renforcer les liens entre les salariés.

Cependant, une mauvaise organisation au travail peut entraîner une charge mentale, cognitive et psychique pouvant affecter la santé mentale de l'employé. En effet, c'est une cause principale des risques psychosociaux dans le secteur médico-social.

Ce facteur de risque souvent présent est dû au manque de clarification des responsabilités dans l'institut, de l'absence de règles communes, de la surcharge de travail pendant certaines périodes, de l'absence de contrôle de la planification des différentes tâches et d'une imprécision des rôles confiés.

De plus, la structure professionnelle ainsi que l'organisation du travail ont un poids majeur dans l'apparition de troubles psychosociaux. Il a été montré « qu'une organisation pathogène du travail s'avère néfaste pour la santé mentale au travail et ce, peu importe la personnalité de l'agent et les autres situations stressantes ou contraignantes auxquelles il est exposé à l'extérieur du milieu de travail » (Marchand, 2004, p. 308).

En outre, les travailleurs qui se retrouvent confrontés à des horaires irréguliers ont des risques importants qui favorisent une forte charge mentale. En effet, ce type d'horaire demande une adaptation constante, dû à la variation du rythme de vie et peut provoquer chez certains individus des effets négatifs sur la vie familiale, un sentiment d'isolement social et même des réactions de nervosité. Le nombre d'heures de travail peut également entraîner une détresse psychologique (Marchand, 2004).

Ainsi, le temps de travail et l'intensité du travail englobent les notions d'effort et de demande psychologique. Les horaires ont une influence directe sur le bien-être et la santé de la personne alors que l'intensité du travail aura un impact sur la polyvalence, les contraintes du rythme, les responsabilités, la surcharge et la pression dans le temps sur l'employé (FO-Santé, 2011).

En effet, les contraintes de l'organisation comme le temps de travail et l'intensité du travail influencent le fonctionnement psychique et la vie sociale des travailleurs. C'est aussi le cas de la gestion des émotions qui contribue à la santé mentale des employés.

### ***2.3.2. Gestion des émotions***

En travaillant au sein d'un hôpital, les soignants font face à des situations qui peuvent être difficiles à vivre. Les diverses émotions qui se manifestent au cours de la prise en charge des patients lors des examens d'imagerie médicale peuvent rendre la tâche fastidieuse.

Selon Mercadier (2008), en milieu hospitalier le soignant apprend à côtoyer toutes sortes de sensations auxquels ses cinq sens font appel. Ces diverses sensations occasionnent des réactions qui peuvent plus ou moins altérer le travail des soignants.

La gêne fait partie des états éprouvés par les soignants, celle-ci peut être causée par le dégoût à la vue de certaines plaies ou par les odeurs corporelles des patients ou encore l'ensemble des sécrétions biologiques du corps. A savoir que c'est le quotidien du personnel hospitalier.

La honte peut être ressentie autant par le patient, lors de certains soins dévoilant l'intimité du malade ou le mettant en situation de grande vulnérabilité, autant par celui qui les prodigue qui estime ce statut comme dégradant.

La peur fait également partie du quotidien du personnel hospitalier. En effet, la peur de faire mal, surtout aux enfants, la peur de nuire ou de commettre une erreur, puis en redouter les conséquences. Il faut savoir que la nuit amplifie cette peur. C'est un moment où les bruits deviennent plus surprenants et le silence plus effrayant. En outre, un sentiment de solitude se ressent du fait que le soignant ne peut compter que sur lui-même. L'équipe n'est pas présente pour apporter de l'aide ou donner des conseils. Au sein du sentiment de peur, il y a l'identification – le fait de se voir ou reconnaître un proche à travers un patient – qui peut être fortement déstabilisante et effrayante. En effet, ce mécanisme d'identification va renvoyer au soignant la dure réalité : la souffrance et la maladie peuvent atteindre quiconque et malheureusement la médecine ne sauve pas de tout.

Toujours d'après Mercadier (2008), la tristesse et les larmes sont des sentiments faisant surface lorsque le soignant se retrouve confronté à la mort. Le fait de voir une famille affectée peut être dur à gérer, la tristesse est contagieuse. La souffrance morale est davantage touchante que la souffrance physique qui peut être calmée avec une simple ordonnance.

Malgré tous les ressentis négatifs cités précédemment, le plaisir et la joie font aussi partie du quotidien du personnel de santé. Ceux-ci découlent essentiellement de la relation établie avec le patient et non pas des soins effectués. En effet, les soignants peuvent vivre des instants de complicité ou de rire avec les malades, ce qui égaie autant la journée du soignant que celle du soigné. De manière générale, c'est le fait de participer à la guérison, de soigner et sauver des

vies humaines qui font survenir un sentiment de satisfaction et de plaisir chez le professionnel de la santé.

A travers son travail, le soignant peut être amené à ressentir toutes ces sensations au cours d'une même journée. La logique voudrait qu'il exprime ses émotions pour ensuite pouvoir passer à autre chose. D'après Bourdeaut (2006), la société veut que le soignant démontre suffisamment d'empathie envers le patient afin qu'il se sente considéré, sans pour autant se montrer intrusif dans la vie personnelle de celui-ci. En même temps, il est important de faire preuve d'une certaine pudeur sans pour autant avoir un visage de marbre qui pourrait être insultant pour le patient. Les soignants doivent mettre en place des mécanismes de protection pour démontrer suffisamment d'empathie sans pour autant se retrouver réellement affectés par ce que vivent les patients.

Ainsi, différentes techniques sont mises en place de manière consciente ou inconsciente pour permettre aux soignants de se protéger émotionnellement.

Si l'on suit Mercadier (2008), une certaine mise à distance sensorielle en utilisant des gants, un masque ou une pince, permet de diminuer le contact direct avec une plaie, une substance biologique qui pourrait gêner le sujet. Cela facilite la prise en soin et met plus à l'aise le soignant qui, par conséquent, démontre moins de dégoût qui pourrait humilier le malade.

La ritualisation des soins est une autre technique permettant au soignant de garder la maîtrise de ses émotions vis à vis du corps du patient. Le fait de se concentrer sur un geste technique plutôt que sur la nudité d'un malade, par exemple.

La parole est également un bon moyen de neutraliser l'émotion, c'est-à-dire faire diversion en parlant d'autre chose. Cela permet de combler le vide creusé par le malaise d'une situation. A savoir que ce type de conversation ne permet en rien la communication avec le patient car c'est de l'ordre de la discussion mondaine, le but étant de simplement se protéger d'une situation.

Toujours d'après Mercadier (2008), une autre technique permettant de se sortir d'une situation incongrue est l'humour. En effet, cela est un bon remède pour exorciser les peurs et les angoisses. Cependant, l'humour doit être manié avec délicatesse afin de ne pas obtenir l'effet inverse. Effectivement, si le patient a l'impression que l'on se moque de lui, la situation risque d'empirer et on n'aura pas l'effet escompté, c'est pourquoi le soignant doit faire appel à son intuition. Grâce à l'expérience et en connaissant les personnes soignées, on peut alors manier correctement une conversation teintée d'humour qui permettra de désamorcer un contexte de gêne ou de honte.

Selon Mercadier (2008) :

Le rire vient toujours à la place d'une émotion pénible. Il a bien une fonction d'épargne psychique : peur, honte, colère sont des émotions qui éprouvent celui qui les ressent, qui laissent parfois une empreinte dont il est difficile de se débarrasser. L'humour permet de les court-circuiter (p. 228).

C'est pourquoi lorsqu'on est face à la mort, on peut être pris d'un fou rire inexplicable et inapproprié. Un fort sentiment de culpabilité nous submerge, on a honte de rire d'une situation qui ne s'y prête pas. Cela s'appelle le rire pathologique, c'est-à-dire qu'il est inapproprié au regard des normes sociétales et discordant avec la situation. Mais si nous rions, cela a inconsciemment un sens, on essaie simplement de se protéger et éviter que les émotions ne nous submergent.

Garder une « juste distance » est l'un des challenges des soignants. Éviter une trop forte proximité avec le malade contribue à la maîtrise des émotions évitant tout surinvestissement. Par exemple, le vêtement permet de distinguer les rôles de chacun : le soignant et le soigné. C'est une sorte de protection et lorsque le personnel de santé « l'enlève [l'uniforme] à la fin de son service, le soignant a souvent le sentiment qu'une partie de ses affects y reste collée » (Mercadier, 2008, p. 21).

Par conséquent, le soignant doit s'efforcer de masquer ses sensations en général. Parfois le temps peut créer une accoutumance à certaines situations et dans d'autres cas, malgré les années qui passent, le contact avec ces sources émotionnelles est toujours aussi difficile à gérer. Cette lutte constante, qui consiste à ne pas se laisser submerger par les émotions que la maladie et le malade peuvent susciter, est un véritable travail émotionnel. Au-delà de la gestion des émotions, le soignant doit aussi gérer ses propres ressources afin d'être épanoui au mieux dans son travail.

### ***2.3.3. Gestion des ressources humaines***

Un des facteurs de risques de troubles psychosociaux réside dans la gestion des ressources humaines.

Selon Perrenoud (2002) :

Les rapports entre compétence et autonomie s'établissent dans les deux sens. Selon Zarifian (2001), « l'autonomie est une condition incontournable d'un déploiement

de la compétence » , parce que la compétence n'existe que si l'acteur a ou se donne une marge d'initiative et de décision, ne se borne pas à suivre des prescriptions (p. 16).

C'est-à-dire, le sujet peut exprimer ses connaissances uniquement s'il dispose d'une certaine autonomie. Il a besoin de liberté de décision. C'est la base d'un travail axé sur la réflexivité. L'autonomie permet au sujet de développer ses compétences professionnelles, ce qui est très valorisant. L'usage des compétences est d'ailleurs un besoin fondamental de l'homme en activité. Dans le cas contraire le sujet est cloisonné dans une marche à suivre trop protocolée qui l'empêche de raisonner, il n'a aucune marge de manœuvre. Il n'a aucun moyen de prendre des initiatives. En effet le manque d'autonomie entraîne un travail répétitif qui ne fait pas appel à la réflexion. De plus, lorsque le travail est imprévisible, le sujet n'a pas la possibilité de l'anticiper, il le subit. On retrouve ce manque d'autonomie car aucune organisation par le sujet n'est possible.

En tenant compte de la trajectoire personnelle du sujet, l'établissement lui témoignerait une reconnaissance de son identité professionnelle et de l'intérêt. Le sujet cherche en permanence à développer ses compétences, il accorde une place importante à la formation continue. De plus, l'adaptation de la vie professionnelle à la vie personnelle devrait aussi être prise en compte. Différents éléments marquants interviennent au cours d'une vie (grossesse, mariage, maladie, décès, etc.). Il est important pour le sujet de pouvoir compter sur son établissement en vue d'adapter son travail. Pour résumer, le sujet devrait être perçu comme un professionnel à part entière avec des compétences et des besoins, et pas simplement comme un exécutant.

En cas de situation de changement, d'absence de communication et de non-intégration autour d'un projet, le sujet est placé dans une position de retrait, il n'est pas invité à participer. Ceci met en question un des besoins fondamentaux de l'homme au travail qui est le besoin d'appartenance.

Ainsi, une mauvaise gestion des ressources humaines peut avoir des conséquences psychologiques importantes sur le sujet. Le manque d'autonomie, la non-prise en compte de la trajectoire personnelle et des situations de changement sont sources de troubles psychosociaux. Il en découle pour le sujet une dépréciation de lui-même, une sensation d'inutilité comme si son travail n'avait pas de sens. Le sujet se sent exclu et rejeté avec pour conséquence l'auto-dévalorisation, l'auto-dénigrement et la perte de confiance en lui.

Outre la gestion des ressources humaines, le manque de soutien et de reconnaissance de la part de l'équipe ou de la hiérarchie peut aussi altérer le sujet.

#### ***2.3.4. Relations professionnelles***

Dans certaines situations, les relations professionnelles sont une source de conflit entraînant des risques psychosociaux. Le terme de relations professionnelles inclut les relations avec les collaborateurs du sujet ainsi que les relations avec les bénéficiaires des actes réalisés, c'est-à-dire les patients.

Les facteurs relationnels étant capitaux dans la qualité des rapports entre les collègues et la hiérarchie, les facteurs organisationnels mis en place par la hiérarchie ainsi que les facteurs situationnels, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs qui définissent l'état actuel de la situation de travail, peuvent être détériorés par plusieurs comportements. En effet, le comportement individuel « qui peut aller de l'agressivité à la manipulation, en passant par l'intolérance, le racisme et le rejet de l'autre, voire le harcèlement ... » (Mehrez, 2017, p. 3) dégrade l'ambiance générale entre les collègues. De plus, « la passivité du groupe face à une injustice, ... le manque de solidarité, ou de soutien, voire la lâcheté du groupe » (Mehrez, 2017, p. 3) sont des comportements collectifs qui endommagent la cohésion professionnelle. Enfin, le comportement de la hiérarchie influe sur le climat relationnel « son incompetence, son manque d'autorité naturelle ou au contraire son autoritarisme, son manque de tact ou d'empathie, sa gestion d'évitement ou de favoritisme » (Mehrez, 2017, p. 3).

Le technicien en radiologie médicale fait partie du personnel soignant. D'après notre expérience, nous avons remarqué qu'il est confronté à des patients en situation de souffrance qui peuvent manifester des comportements d'impatience et d'agressivité traduisant souvent leur mal-être. Le professionnel de santé doit faire face à ces patients régulièrement.

De plus, le manque de reconnaissance du travail effectué peut être induit par les collaborateurs ainsi que par les patients. Il est vécu avec beaucoup de peine par le sujet car ce dernier est touché dans sa globalité.

Reconnaître le travail d'une personne, c'est d'abord reconnaître la personne en tant d'individu en faisant abstraction de son statut professionnel. « Dans cette optique, la reconnaissance porte sur l'individu et non sur l'employé. ». (Brun, 2008, p. 64-65). Ensuite, c'est reconnaître les résultats d'une activité exercée par le sujet à leur juste valeur. « Elle [l'approche



comportementale] suppose implicitement que l'individu agisse en vue de résultats positifs qui sont le moteur de son activité. La reconnaissance au travail est donc considérée comme une récompense » (Brun, 2008, p. 65). C'est également reconnaître les efforts mis en œuvre pour parvenir au résultat. Les efforts et le résultat peuvent parfois être deux entités indépendantes. Il peut arriver que les résultats ne soient pas à la hauteur malgré un travail important. « Cette conception de la reconnaissance porte sur l'effort, l'engagement et les risques encourus » (Brun, 2008, p. 65). Enfin, c'est aussi reconnaître les compétences du sujet. « La perspective éthique s'intéresse aux compétences de l'individu, aux responsabilités individuelles, au souci qu'il porte à autrui, etc. » (Brun, 2008, p. 65).

Au-delà des problèmes de relations professionnelles et le manque de reconnaissance, l'environnement influence également les conditions de travail de ces professionnels de la santé.

### ***2.3.5. Environnement de travail du TRM***

Les facteurs de risques sont formés par l'ensemble des dimensions pouvant avoir un impact sur l'individu. L'environnement fait aussi partie des principaux facteurs d'exposition aux risques psychosociaux dans le secteur médico-social.

En effet, ce facteur a également un impact psychologique dû à la mauvaise conception des lieux, de l'espace de travail et des nuisances physiques (bruit, chaleur...) (Sorrentino, 2011).

En se référant au document des HUG du Département d'imagerie et des sciences de l'information médicale (communication personnelle, [document interne], 24 septembre 2015) le métier du technicien en radiologie médicale est confronté à un environnement hospitalier et à un milieu bien spécifique à la pratique de sa profession :

#### **2.3.5.1. Environnement hospitalier**

Travailler dans un milieu hospitalier apporte certains risques comme l'exposition aux matières et liquides biologiques, aux patients à fort risque de contamination et aux propagations de germes infectieux ou d'infestations par des parasites.

De plus, dans ce type d'environnement le TRM peut être amené à travailler sous des conditions stériles, comme par exemple, en bloc opératoire ou en radiologie interventionnelle

où il doit appliquer des moyens d'asepsie (port des vêtements spéciaux, port de masque, gants...) tout en manipulant des appareils lourds.

#### **2.3.5.2. Environnement radiologique**

L'environnement radiologique est un milieu bien spécifique au métier de TRM et ses contraintes sont nombreuses.

En effet, le technicien en radiologie médicale travaille constamment avec des rayons ionisants, comme des rayons X émis par le tube RX ou encore du rayonnement Bêta et Gamma lors des manipulations de sources ouvertes en médecine nucléaire. En imagerie par résonance magnétique, ce dernier est aussi exposé à des champs magnétiques élevés ainsi qu'au bruit émis par l'appareil lors des acquisitions.

De plus, comme nous l'avons observé, la pratique de ce métier oblige le technicien à travailler principalement dans des locaux borgnes ayant une forte pénombre, afin de permettre aux radiologues une meilleure lecture des images à l'écran.

L'environnement contraignant des TRM s'ajoute à la liste des éléments composants les risques psychosociaux. Ces divers facteurs ont des conséquences sur la vie des soignants.

### **2.4. Conséquences des risques psychosociaux**

Comme il a été évoqué précédemment, les TRM travaillent au sein d'un environnement contraignant et dans un rythme de travail soutenu. Les différents points susmentionnés des risques psychosociaux traduisent eux aussi une certaine tension au travail pour ces employés du milieu hospitalier. Dans ce travail, nous allons développer les conséquences que les différents facteurs psychosociaux peuvent engendrer sur la santé de ces travailleurs de la santé.

Selon Vézina (2008), il existe deux modèles de risques psychosociaux reconnus internationalement pour leurs effets pathogènes. Le premier modèle de Karasel et Theorell, « demande-autonomie-soutien au travail », est une combinaison d'une forte demande

psychologique et d'une faible autonomie décisionnelle. Ceci engendre chez le sujet un risque de développer un problème de santé physique, comme une maladie cardiovasculaire. Toujours d'après Vézina (2008), la question de l'environnement de travail est aussi associée à des problèmes de santé mentale : détresse psychologique, épuisement professionnel, dépression et consommation accrue de psychotropes.

Le second modèle est celui du « déséquilibre : effort/reconnaissance » développé par Siegrist reposant sur une combinaison d'efforts élevés et d'une faible reconnaissance professionnelle. Ce manque de reconnaissance peut être de type organisationnel (faibles perspectives de promotion et insécurité d'emploi), économique (salaire insuffisant) et social (manque d'estime et de respect). Cette faible considération peut à terme affecter considérablement l'état mental du sujet. En effet, cela peut se manifester par un épuisement professionnel, une dépression, une détresse psychologique, et dans les cas extrêmes, en suicide.

Le burn out, fait également partie des conséquences dont les soignants peuvent être victimes. En 1969, Loretta Bradley, professeur et coordonnatrice des conseillers d'éducation de l'université technique du Texas, est la première personne à définir le burn out comme un stress particulier lié au travail. Le psychanalyste américain Freudenberger (1974) le définit comme étant « un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué ». Ainsi, le sujet va se laisser consumer par le travail à force de trop vouloir s'investir en vain, on peut parler de « maladie de l'âme en deuil de son idéal » (Freudenberger, 1974).

D'après Barruel (2015), le burn out est identifié selon trois critères : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte de sens de l'accomplissement de soi au travail. Divers facteurs, comme il a été vu précédemment, présentent un danger : la surcharge de travail, l'organisation inadaptée, les communications déficientes, l'exigence émotionnelle, le climat compétitif, le manque de reconnaissance, etc. Suite à l'échec de stratégies d'adaptation utilisées pour faire face aux situations stressantes du travail, le sujet est alors potentiellement exposé à un épuisement professionnel.

Selon Mezeraï, Dahane & Tachon (2006), le soignant présentera des symptômes de fatigue, d'anxiété et d'irritabilité, une diminution de l'estime de soi, ainsi qu'une apparition de manifestations somatiques. Cet épuisement professionnel survient surtout chez des personnes exigeantes envers elles-mêmes, serviables, avec un altruisme important, qui veulent plaire à tout le monde et qui sont de nature anxieuse. Les différents indicateurs d'un burn out sont l'absentéisme, les accidents du travail et une augmentation du nombre de visites spontanées à la médecine du travail.

Il est important de ne pas confondre stress, burn out et dépression. Le stress se distingue de l'épuisement professionnel par la notion de temps, c'est un mécanisme d'adaptation temporaire à des situations professionnelles qui nous surpassent. Tandis que la dépression se différencie du burn out par la notion de lieu.

En effet, toujours d'après Mezerai, Dahane & Tachon (2006), le burn out est une perte d'accomplissement de soi spécifiquement lié au lieu de travail et n'envahit pas la sphère privée. Tandis que la dépression est un sentiment profond de tristesse qui affecte tous les domaines de la vie du sujet. Cette dernière se caractérise par une humeur triste, un manque d'intérêt ou de plaisir, un changement soudain d'appétit, des troubles du sommeil, une fatigue ou un manque d'énergie important, une sensation de désespoir, des difficultés de concentration et de prise de décision, ainsi que des pensées de mort ou des idées suicidaires.

Cet état mental dégradé altère non seulement la vie du sujet concerné mais aussi l'organisation et l'économie de l'institution au sein de laquelle il est employé. Selon un rapport de presse du Bureau international de travail « les pays de l'Union européenne consacraient entre 3 et 4% de leur PIB aux problèmes de santé mentale » (Organisation internationale du Travail, 2000). Phyllis Gabriel, spécialiste de la réinsertion professionnelle et principale auteure du rapport explique sa préoccupation (2000) :

Les salariés sont déprimés, surmenés, angoissés, stressés ; ils perdent leurs revenus, voire se retrouvent au chômage, victimes du discrédit qu'engendre inévitablement la maladie mentale. Les employeurs, eux, subissent la baisse de la productivité et des profits, doivent renouveler plus souvent leur personnel avec les frais de recrutement et de formation que cela comporte. Pour les gouvernements, ce coût est celui des soins de santé et des prestations d'assurance, sans parler du manque à gagner pour la nation.

C'est pourquoi, les institutions cherchent à prévenir les facteurs de risques psychosociaux. Toutefois, certains cherchent plus à régler les dysfonctionnements au sein de leur établissement, alors que selon les auteurs consultés, il serait préférable de se préoccuper de la motivation des salariés.

Ainsi, il ressort que cet affect mental et social touche davantage les professions exigeant un certain engagement relationnel important, comme par exemple les travailleurs sociaux, les enseignants ou les professions médicales. Cependant, tous les professionnels travaillant dans ces domaines d'activité ne sont pas inéluctablement touchés par les divers troubles psychosociaux mentionnés précédemment. Toutefois, afin de prévenir l'apparition de

troubles, il faut que les travailleurs trouvent des ressources pour faire face aux situations difficiles auxquels ils sont exposés.

## 2.5. Comment faire face ?

Il est possible de définir les troubles psychosociaux comme le résultat d'une cascade d'événements en lien avec le rapport au travail. Ci-dessous, le schéma illustre les liens entre les facteurs de risques existants au sein de l'environnement de travail et l'apparition de troubles psychosociaux chez un sujet.

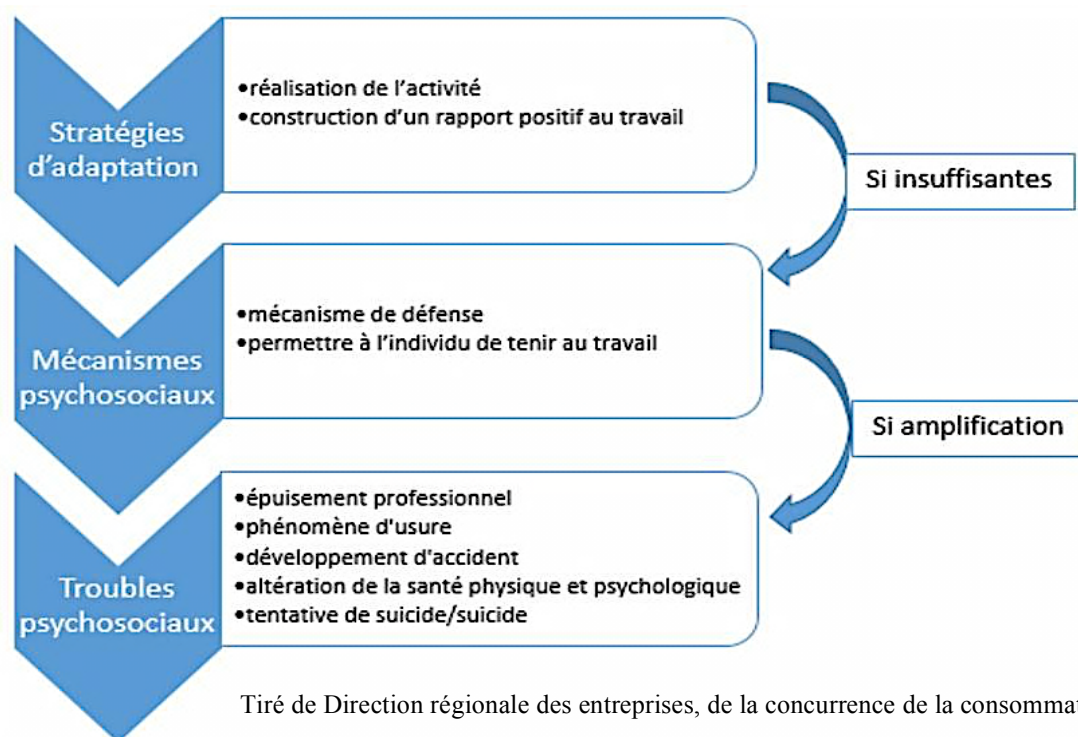


Figure 1 : Liens entre les facteurs de risques au travail et l'apparition de troubles psychosociaux.

### 2.5.1. Stratégie d'adaptation

Le sujet tente de contrer les différents facteurs en utilisant des ressources qui lui permettent tenir au travail sans faire apparaître de conséquences.

Quand le sujet évolue dans une équipe soudée avec une forte cohésion, il peut puiser dans des ressources, dites collectives, en cas de situations difficiles. En effet, il existe de multiples avantages à travailler à plusieurs.

Le sujet va chercher du soutien auprès des membres de l'équipe. Il peut trouver un refuge émotionnel auprès de ses collègues qui peuvent facilement le comprendre puisqu'ils partagent un quotidien professionnel similaire au sien. De plus, ses supérieurs peuvent aussi lui apporter un soutien moral. Dans les deux cas, le sujet doit éprouver une sensation de liberté de parole afin d'extérioriser au mieux ses émotions.

Quand le sujet doit prendre une décision ou résoudre un problème, il peut compter sur l'échange avec les autres membres de l'équipe. Ainsi la réflexion collective induit un partage de connaissances et aboutit à une critique positive et constructive.

En cas de baisse de motivation, de début de lassitude ou de période de découragement, l'effet de groupe permet la stimulation du sujet et le pousse à rebondir.

Enfin, l'équipe place le sujet dans une position réflexive grâce au partage des compétences et des connaissances de chacun, il acquiert de nouveaux savoirs ce qui lui permet d'évoluer continuellement. Il se place ainsi dans une position active et non passive.

Le sujet dispose de capacités d'agir intrinsèques, qu'il sera éventuellement capable de mettre à profit en cas de difficultés. Ce sont ses ressources internes.

Le schéma ci-dessous est une représentation qui illustre de la théorie de la motivation de Maslow. Elle est utilisée en psychologie du travail sous la forme d'une pyramide des besoins. Ce concept hiérarchique des besoins de l'homme est composé de plusieurs catégories. Quand le sujet a satisfait tous les besoins primaires, il peut se consacrer au besoin ultime de réalisation. Le sujet ne peut pas se contenter d'être passif. Il a besoin d'être acteur de sa vie se fixant des buts à atteindre. Le sujet doit donc disposer d'une motivation initiale dont il pourra se servir comme soutien en cas de difficulté. En se recentrant sur celle-ci, il va retrouver un sens à son activité, ce qui peut l'aider à surmonter les difficultés rencontrées (Maslow, 1943).



Figure 2 : Pyramide des besoins

Tiré de Maslow, 1943

Le sujet est capable de mobiliser et de s'appuyer sur ses savoirs et connaissances pour s'orienter et résoudre un problème. Il détient également des compétences techniques et manuelles qui sont valorisantes.

En reconnaissant les émotions éprouvées, le sujet est capable de s'en servir pour prendre des décisions, analyser une information, entrer en interaction avec l'autre, etc. Par exemple, en situation de stress, le sujet peut éprouver un sentiment d'être dépassé, de non-contrôle de la situation. Grâce à cette introspection il va utiliser son émotion pour prendre du recul afin d'agir de manière optimale.

L'appartenance du sujet à son groupe de professionnels produit une pression positive le poussant à être à la hauteur. Il a un rôle à tenir. En voulant rester dans l'estime de ses collègues, il donne le meilleur de lui-même ce qui peut l'aider à faire face lors de situation dans lesquelles il faut intensifier le rythme de travail.

Enfin, le sujet peut s'adapter aux contraintes grâce à des ressources dites organisationnelles. Grâce aux différents moyens constituant le socle de base de son travail, le sujet pourra se référer aux protocoles et aux règlements de l'établissement. De plus, il évolue dans un cadre dont il a l'habitude (lieu de travail, matériel...) contextualisé par une hiérarchie qu'il connaît. Tous ces repères sont ses références auxquelles il s'accroche quand il a besoin de se recadrer et d'être guidé.

### ***2.5.2. Mécanismes psychosociaux***

Il existe plusieurs types de niveaux dans les mécanismes psychosociaux. Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous (Callahan & Chabrol, 2013, p. 21-90).

| <i>Les mécanismes d'adaptation</i>                    |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Niveaux</i>                                        | <i>Définitions</i>                                                                                                                                   | <i>Mécanismes</i>                                                                                                                                                                |
| <b>Niveau adaptatif élevé<br/>ou défenses matures</b> | Les défenses habituellement impliquées autorisent la perception consciente des sentiments, des idées et de leurs conséquences → adaptation optimale. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Humour</li> <li>- Sublimation</li> <li>- Anticipation</li> <li>- Répression</li> <li>- Altruisme</li> <li>- Auto-observation</li> </ul> |

|                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                              |                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affiliation ou capacité de recours à autrui</li> <li>- Affirmation de soi par l'expression des sentiments</li> </ul>                                                               |
| <b>Niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis : défenses névrotiques</b> | Les défenses maintiennent hors de la conscience des idées, des sentiments, des souvenirs, des désirs ou des craintes potentiellement menaçants. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refoulement</li> <li>- Déplacement</li> <li>- Formation réactionnelle</li> <li>- Annulation</li> <li>- Isolation</li> <li>- Dissociation</li> <li>- Intellectualisation</li> </ul> |

Tableau 1 : Les mécanismes d'adaptation

Tiré de Callahan & Chabrol, 2013

| <i>Les mécanismes d'inadaptation</i>                  |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Niveaux</i>                                        | <i>Définitions</i>                                                                                                                                                                          | <i>Mécanismes</i>                                                                                                                                                            |
| <b>Niveau de distorsion mineure de l'image de soi</b> | Les défenses sont utilisées pour réguler l'estime de soi et sont caractéristiques des personnalités limites et narcissiques.                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idéalisation</li> <li>- Dépréciation</li> <li>- Omnipotence</li> <li>- Défenses narcissiques et personnalité narcissique</li> </ul> |
| <b>Niveau du désaveu</b>                              | Les défenses maintiennent hors de la conscience des facteurs de stress, des impulsions, idées, affects ou des sentiments de responsabilité en les attribuant ou non à une cause extérieure. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dénî</li> <li>- Projection</li> <li>- Rationalisation</li> </ul>                                                                    |
| <b>Niveau de distorsion majeure de l'image de soi</b> | Les défenses produisent une distorsion majeure ou une confusion de l'image de soi et des autres.                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clivage</li> <li>- Identification projective</li> <li>- Rêverie autistique</li> </ul>                                               |
| <b>Niveau de l'agir</b>                               | Les défenses par l'action ou le retrait.                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Passage à l'acte</li> <li>- Retrait apathique</li> <li>- Plainte associant demande d'aide et son rejet</li> </ul>                   |



|                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             |                                                                                                                                  | - Agression passive                                                                                                              |
| <b>Niveau de la dysrégulation défensive</b> | Les défenses sont caractérisées par l'échec de la régulation défensive provoquant une rupture marquée avec la réalité objective. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projection délirante</li> <li>- Dénier psychotique et distorsion psychotique</li> </ul> |

Tableau 2 : Les mécanismes d'inadaptation

Tiré de Callahan & Chabrol, 2013

Parmi ces mécanismes, certains sont prépondérants dans le milieu médical. Nous allons les détailler.

Le retrait apathique consiste à se détacher de son travail dans le but de se protéger. En effet, le sujet cherche à s'éloigner en devenant un simple opérateur passif. Il devient indifférent et se désinvestit progressivement. Il ne s'applique plus autant qu'au début car il a la sensation que ces efforts sont vains. Il fait le strict nécessaire.

La dépréciation renforce l'estime de soi en produisant des « représentations injustement et exagérément inférieures de certaines personnes » (Callahan & Chabrol, 2013, p. 54). Ainsi, le sujet évite de se remettre en question en rejetant ses responsabilités. Il a tendance à mettre la faute sur les autres. Ce mécanisme permet au sujet de supporter la perte d'une situation confortable en attribuant les torts à autrui.

L'anticipation est définie comme une réponse « aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en éprouvant les réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un possible événement futur et en envisageant les réponses ou solutions alternatives réalistes » (American psychiatric association, 1994, p. 775 cité par Chabrol & Callahan, 2013, p.25). Ici, c'est un mécanisme d'adaptation. Cependant, l'anticipation peut être anxieuse, dans ce cas c'est un mécanisme d'inadaptation. Pour le sujet inquiet, c'est un moyen d'avoir le contrôle sur tout, sans laisser de place à l'imprévu. Une des conséquences de l'anticipation anxieuse est un encadrement exagéré qui se manifeste par « la mise en place excessive d'outils de contrôles, de protocoles poussés à l'extrême et par l'infantilisation des salariés. On entre alors dans des cercles vicieux de méfiance et de suspicion réciproque » (DIRECCTE PACA, 2011, p. 8).

Le déni de réalité consiste à refuser la réalité quand elle est difficile à accepter. Ce mécanisme consiste à modifier la perception de la réalité afin de la rendre tolérable dans le but de protéger le psychisme. Ainsi, ce mécanisme d'inadaptation « peut amener des salariés à refuser d'admettre leur propre souffrance (physique ou psychologique) ce qui peut avoir pour conséquence, à terme, l'épuisement ou l'accident » (DIRECCTE PACA, 2011, p. 8).

Les stratégies d'adaptation et les mécanismes psychosociaux sont les moyens mis en œuvre par le sujet pour se protéger de l'apparition de troubles psychosociaux. Toutefois, il est important de retenir qu'il n'y a pas de déterminisme entre les risques et les troubles. Ainsi, le sujet étant exposé à des risques psychosociaux ne sera pas nécessairement soumis à l'apparition des troubles psychosociaux. Nous avons évoqué globalement les dangers potentiels susceptibles d'apparaître chez des sujets exposés. De plus, il faut noter que nous avons étudié le thème dans sa globalité de manière exhaustive. Ainsi, tout ne s'applique pas forcément à tous les sujets exerçant une activité professionnelle.

## 3. Méthodologie de recherche

---

### 3.1. Choix de l'instrument

Pour réaliser ce travail de Bachelor, nous avons commencé notre travail de recherche par une exploration de la littérature, ce qui nous a permis d'établir l'ébauche d'un plan de rédaction :

- **La pénibilité du métier de TRM**
- **Les aspects psychosociaux**
- **Les conséquences**
- **Les stratégies d'adaptation**

Etant donné que la plupart des documents concerne les aides soignants et les infirmiers, il était difficile de trouver de la littérature qui se rapporte aux TRM. Ainsi, la recherche littéraire nous a pris beaucoup de temps.

Par la suite, il était primordial pour nous d'effectuer un recueil de données sur le terrain afin de rencontrer les TRM et de savoir comment ils vivent leur quotidien professionnel. Ceci dans le but d'aller au-delà des aspects physiques de la pénibilité. En effet, nous nous sommes intéressées aux risques psychosociaux liés aux critères physiques et psychologiques du métier de TRM, afin d'en connaître l'influence sur le quotidien et la vie personnelle des techniciens.

Concernant notre démarche de travail, nous avons favorisé une analyse qualitative plutôt que quantitative. En effet, notre intérêt s'est porté sur « ce que cette personne pense en tant qu'acteur et comment elle se représente tel aspect de la vie sociale et non pas les informations factuelles qu'elles détiendraient » (Albarelo, 1992, p. 61).

Ainsi, nous avons élaboré nos entretiens dans une perspective de découverte avec des questions ouvertes incitant les TRM à développer leur ressenti. Tandis que l'utilisation de questionnaires nous aurait limité dans notre exploration et nous aurait empêché de traiter en profondeur l'expérience des TRM.

Pour terminer, nos entretiens et notre vécu lors de nos stages pratiques nous ont permis d'établir par la suite un lien entre le cadre théorique et la réalité du terrain.

## **3.2. Construction des entretiens**

Nous avons formulé les questions du guide d'entretien selon les grands axes composant notre travail de Bachelor.

### 1. La pénibilité du métier de TRM

La pénibilité est la thématique principale de notre travail, ainsi il était important pour nous d'avoir l'avis tranché des TRM sur ce sujet. Nous désirions savoir quel est leur ressenti et comment ils vivent leurs conditions de travail pénibles.

### 2. Les aspects psychosociaux

Ce thème englobe divers facteurs psychosociaux. En effet, nous avons abordé différentes catégories. A savoir, les horaires, l'environnement de travail, l'organisation du service, la relation avec la hiérarchie et les collègues, ainsi que la gestion des émotions au quotidien. Au travers de ces différents axes abordés, il était pertinent de connaître l'avis des TRM.

### 3. Les conséquences

A travers les différents points abordés, nous nous sommes intéressées aux conséquences que ceux-ci pouvaient avoir sur l'état physique et psychique des TRM. En effet, nos recherches théoriques étant davantage portées sur les aides soignants et les infirmiers, il était important de pouvoir établir un lien entre la théorie et le quotidien des TRM.

### 4. Les stratégies d'adaptations

A la suite des difficultés pouvant être rencontrées sur le terrain, nous souhaitions connaître les ressources que les TRM mettent en place afin de se protéger et ménager leurs émotions. Ainsi, nous nous sommes intéressées à la conciliation vie privée et vie professionnelle.

## **3.3. Choix de la population**

Notre choix de la population interviewée s'est porté sur des techniciens en radiologie médicale de différentes modalités travaillant au sein des Hôpitaux universitaires de Genève. La population cible a été des TRM de tout âge, sexe et de toute expérience professionnelle,

afin d'obtenir des avis divers et variés. Nous nous sommes intéressées à chaque modalité constituant le milieu de la radiologie diagnostique, interventionnelle et oncologique. A savoir la radiologie conventionnelle, l'IRM, le scanner, la médecine nucléaire, l'angiographie, ainsi que la radio-oncologie.

Cela nous a permis de couvrir un large champ d'exploration, car chaque modalité d'imagerie présente des contraintes spécifiques au niveau de l'organisation du travail et de la prise en charge des patients.

### **3.4. Démarche de recherche**

Dans le but d'effectuer les entretiens, nous avons en premier lieu contacté les chefs de service de chaque département d'imagerie médicale des HUG afin de leur faire parvenir une autorisation d'enquêter. Une fois que nous avons l'accord de chaque chef, nous avons pris contact avec chaque TRM que nous désirions interroger en leur expliquant le thème de notre travail et le but de notre démarche.

Les personnes interrogées ont été prévenues que nous prévoyions une durée d'environ 45 minutes. Ils étaient également informés que tout était enregistré dans l'unique but de transcrire la conversation le plus fidèlement possible. Dans un souci de confidentialité, l'identité des TRM a été conservée afin qu'ils puissent s'exprimer librement. Les entretiens débutaient toujours par la présentation et la signature du document « formulaire de consentement éclairé et libre » (Annexe 3). Suite à l'acceptation de chacun, nous avons pu commencer les entretiens à l'aide de notre guide d'entretien réalisé au préalable (Annexe 1).

Voici la présentation que nous faisons au début de chaque entretien afin de contextualiser notre démarche aux participants :

« Nous vous remercions d'avoir accepté cet entretien et du temps que vous nous consacrez. Nous sommes trois étudiantes en dernière année de la formation Technicien en Radiologie Médicale. Notre travail de Bachelor porte sur le statut de pénibilité qui est en cours d'attribution. Les critères de pénibilité sont basés essentiellement sur "des critères de sollicitation physique, d'influences environnementales et de temps de travail irrégulier". Le fait d'obtenir la pénibilité serait un progrès dans la reconnaissance du métier de technicien en radiologie médicale, cependant les risques psychosociaux liés à ces critères ne sont pas

pris en compte. C'est pourquoi nous souhaiterions étudier cette problématique dans le cadre de notre travail et ainsi que vous puissiez nous faire part de la manière dont vous vivez votre quotidien professionnel. »

Concernant le lieu, nous nous adaptons à chaque fois au TRM. La plupart des entretiens ont été réalisés au sein même de chaque service dans une salle à l'écart de toute perturbation externe afin d'être dans une atmosphère de confiance.

## 4. Analyse des entretiens

---

### 4.1. Analyse descriptive

#### 4.1.1. Introduction

Concernant le traitement des données recueillies sur le terrain, nous avons procédé à une analyse thématique. Notre choix s'est porté sur cette méthode d'analyse, car elle « ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 98). En effet, il était fondamental de pouvoir rassembler les divers points de vue des TRM par sujet. Cette manière de procéder nous a ainsi permis de pouvoir étudier la manière dont les TRM de chaque modalité d'imagerie vivent leur quotidien professionnel.

#### 4.1.2. Polyvalence

Les TRM travaillent généralement sur plusieurs machines à l'intérieur d'une même modalité ou dans plusieurs modalités. Dans quelle mesure, le changement régulier peut-il avoir une influence sur leur pratique professionnelle ?

A la suite des entretiens, nous avons mis en évidence une nuance concernant la polyvalence du métier de TRM. En effet, les TRM interrogés ne sont pas manichéens. Selon eux, la polyvalence est en principe un avantage mais dans des proportions censées. Il leur paraît évident à tous que la polyvalence rend le travail varié et diversifié : « la polyvalence en terme d'emploi c'est quelque chose assez intéressant, car ça brise la routine » (TRM 6). Cependant, il ne faut pas en abuser au risque de compromettre leurs compétences. En effet, comme nous allons le voir, il ressort de certains entretiens que la polyvalence affecte la performance des TRM dans leur spécialité.

Il faut savoir qu'aux HUG toutes personnes qui travaillent au scanner, en IRM ou en angiographie doivent également faire de la radiologie conventionnelle. Cela signifie qu'ils doivent être performants dans deux modalités qui ont leurs particularités bien spécifiques. Le

fait de changer et de s'adapter continuellement à chaque modalité peut risquer de compromettre leurs efficacités. « À l'hôpital, on devient tellement pointu en IRM, en scan, ou même les autres modalités que ce n'est plus possible de passer de l'un à l'autre tout en restant performant en termes de qualité et en termes d'efficacité » (TRM 1) car c'est en pratiquant, que les personnes acquièrent plus de compétences.

De plus, ces modalités deviennent de plus en plus complexes et cela devient très difficile pour les TRM de gérer tout correctement dans les moindres détails : « il faut trouver le bon dosage en temps, parce qu'en IRM il faut quand même rester performant ... il faut pas moins de 50% dans la spécialité » (TRM 3). En fin de carrière, l'adaptation continue aux nouvelles techniques et protocoles crée une forme d'usure. « Il y a des choses, j'aime mieux que ce soit simple et pis que ça ne change pas tout le temps. A force ça fatigue un peu de devoir toujours s'adapter » (TRM 2).

La polyvalence est globalement appréciée dans une certaine mesure. Elle entraîne cependant des répercussions sur la vie privée des TRM notamment en ce qui concerne l'organisation liée aux horaires. Nous reviendrons sur cet aspect en détail.

#### ***4.1.3. Horaires***

En radiologie diagnostique et interventionnelle, les TRM effectuent des horaires irréguliers. Contrairement à la radiologie fonctionnelle et thérapeutique, ils doivent assurer une permanence constante dans les services de radiologie pour les prises en charge d'urgence en particulier. Ces horaires de travail non usuels forment un des trois critères pour l'attribution de la pénibilité. Quels en sont les impacts sur la vie des TRM ?

Les avis des TRM se recoupent tous sur le même point. En effet, les horaires irréguliers sont intéressants mais avec certaines contraintes. Au début de carrière les TRM trouvaient cela très agréable car ce type de planning permet de dégager du temps libre la semaine pour effectuer diverses tâches personnelles : « Quand je suis arrivé comme technicien, j'ai trouvé ça génial, ça me changeait, en plus on a le temps de faire les choses quand il y a pas trop de monde, ça brise une certaine routine » (TRM 6).



Selon le TRM 3 interrogé :

L'avantage qu'on ait des horaires irréguliers c'est que du coup tu peux prendre un rendez-vous chez le médecin, dentiste ou administratif ... Parce qu'on est en horaires réguliers on ne peut pas parce que quand on part le matin c'est fermé et quand tu reviens le soir tout est fermé aussi.

L'un des désagréments majeurs est l'impact sur l'individu lui-même. La fatigue accumulée dérègle l'organisme ce qui a des répercussions sur sa qualité de vie. Effectivement, il est difficile pour les TRM de récupérer avec un tel rythme de travail. « Le fait de se décaler de 2-3 jours que ça soit totalement irréguliers tout le temps, ça c'est très fatigant, les changements de rythme c'est très fatigant aux urgences » (TRM 3). Alternier aussi fréquemment les horaires du matin et du soir engendre une saturation du corps pour ces professionnels de la santé.

De plus, la fatigue est aussi liée à une récupération dépendante de nombreux facteurs pour lesquels le TRM n'a pas toujours le contrôle.

Selon le TRM 1 interrogé :

C'est vrai qu'après il faut pouvoir dormir la journée et y a des gens qui n'arrivent pas. Faut aussi pouvoir avoir accès à un endroit qui soit calme ... Y a aussi des gens qui ont des enfants qu'ils élèvent seuls, donc ils peuvent pas faire comme ils veulent. C'est de loin pas facile à gérer. Quand on rajoute tout ce qu'il y a à côté c'est encore plus difficile.

Les conséquences de la fatigue se font ressentir sur la vie, le physique, l'humeur et même sur l'émotionnel. Après plusieurs journées avec des horaires irréguliers il est difficile pour eux d'être lucide. Cependant, ils sont dans l'obligation de se reprendre et se motiver pour rester avenants avec les patients. « Ça joue sur notre vie, sur le physique, on peut-être plus irritable » (TRM 6).

En outre, les conditions de travail nocturnes sont difficiles, la santé physique du TRM se dégrade au fil du temps. En effet, l'effectif est réduit la nuit par rapport à la journée ce qui induit une charge de travail importante, en particulier lorsque les patients sont alités. Cela implique des efforts physiques conséquents.

Selon le TRM 1 interrogé :

... c'est des patients qui sont lourds, y a des nuits où on doit tous les surfer<sup>1</sup>. Donc on aura soulevé plus qu'une tonne pendant notre temps de travail, donc si on est deux pour déplacer un patient de 80-90 kilos ben fais vite le calcul. C'est vrai que c'est lourd.

Il y a également des retentissements sur la vie en société, les rapports avec la famille et les amis se raréfient. Le fait de travailler différemment par rapport aux autres personnes de son entourage implique de vivre en décalé. Ceci entraîne un isolement. « Quand j'étais mariée on se parlait par post-it interposés. Y a aussi plus ou moins une compréhension de l'entourage. Ils voient souvent surtout quand on a congé la semaine, mais après ils ne voient pas quand on travaille le weekend » (TRM 1).

Si le TRM vit seul, il doit mettre en place des stratégies organisationnelles, notamment pour les enfants, qui sont très contraignantes.

Selon le TRM 6 interrogé :

Il fallait prévoir trois mois en avance, il fallait prévoir les garderies le soir, expliquer aux enfants le soir, si je fais par exemple trois soirs de suite : 15h-23h ça veut dire que je les vois pas du tout, parce qu'ils rentrent de l'école tôt. Donc tout ça été très compliqué, il faut avouer que c'est difficile.

Si le TRM vit en couple, c'est le conjoint qui assume la majeure partie de la vie domestique. Il endosse la responsabilité de la gestion de la vie de famille et doit se sacrifier en s'ajustant au planning. Toute une organisation familiale se met en place autour des horaires du TRM. Les conséquences liées au dérèglement des horaires sont également subies par les proches : « souvent ce qu'il se passe c'est qu'on se donne beaucoup au travail et une fois à la maison, on dit aux autres ... Ça fait 3 jours-là j'en peux plus. Il faut me laisser tranquille » (TRM 6).

De plus, les enfants sont touchés directement. Des mesures doivent être mises en place afin de les garder. L'approche psychologique est importante, ils doivent assimiler l'absence du parent pour raisons professionnelles et non comme abandon ou séparation. Une anecdote rapportée par le TRM montre à quel point les horaires irréguliers impactent la vie personnelle : «

---

<sup>1</sup> Surfer : terme utilisé dans le jargon médical correspondant à un geste de manutention qui consiste à déplacer un patient alité dans l'impossibilité de se mouvoir par lui-même.

tellement j'avais fait d'horaire, il a dit à sa mère que c'était bien quand papa vivait à la maison. Tellement qu'il me voyait plus » (TRM 6).

Les horaires irréguliers ne conviennent pas forcément à tous même après le diplôme. En effet, il est difficile pour certains d'être constamment dans l'adaptation. Ces personnes ont besoin d'une routine de travail et supportent mal le changement constant. Dans ce cas, la stabilité du quotidien est une nécessité qui peut difficilement s'accorder avec la flexibilité.

Les TRM s'accordent également sur le fait qu'à partir d'un certain âge, l'irrégularité des horaires n'est plus concevable. Effectivement, pour certains plus les années passent plus il est difficile physiquement de tenir et de s'adapter à ce rythme décalé. Selon le TRM 2 interrogé :

Pour les nuits, quand j'étais jeune ça ne me posait aucun problème et pis maintenant je suis plus capable de faire ça. Quand t'es jeune, faire des nuits tu t'adaptes plus facilement, tu te poses et tu dors et pis voilà, y a pas de soucis.

Pour faire face à ces inconvénients, certains TRM ont dû s'adapter en diminuant l'intensité de leur travail. Ils ont besoin régulièrement de pause afin de pouvoir ménager leur vie personnelle.

Les horaires irréguliers ont des conséquences directes et variées pour les TRM sur leur vie privée. L'une d'elle se manifeste sur l'état physique. Quelles sont les autres sources de troubles sur le plan physique ?

#### ***4.1.4. Fatigue physique***

Le statut de pénibilité est attribué selon trois critères dont les efforts physiques. Quelles répercussions ont-ils sur la vie quotidienne des TRM ?

Dans toutes les modalités d'imagerie, un nombre conséquent de patients sont alités et ne peuvent pas se déplacer seul du lit à la table d'examen. « Alors physiquement, c'est très dur, en parlant de pénibilité, nous en angiographie, on passe 100% de nos patients aux lits » (TRM 6). Dans ce cas, il faut alors appliquer une technique de manutention pour les transférer. Afin de réussir le déplacement et de garantir la sécurité du patient, il faut être au minimum deux

personnes. Il faut également gérer le lit d'hospitalisation, lourd et encombrant depuis l'arrivée jusqu'au départ du patient. Selon le TRM 2 interrogé :

A la salle 5 (CT), c'est des gens hospitalisés qui sont lourds qui viennent avec des gros plumards. Faut non seulement tirer le lit, faut sortir le patient des soins intensifs, tirer le patient hors du lit, le remettre dans le lit, repousser le lit dehors. Tout ça c'est quand même physique.

De plus, les patients provenant de l'unité des soins intensifs qui sont accompagnés par du matériel de surveillance important (tour, pousses-seringues, tubulures, trachéotomie, etc) et les patients en surpoids constituent un véritable enjeu pour ce genre de manœuvre. Il faut encore rajouter les spécificités propres à chaque modalité. En radiothérapie, certains collimateurs et certains caches à électrons, dont le poids est important, doivent être changés manuellement. En angiographie « on porte des choses qui sont des fois assez lourdes, on porte le tablier de plomb toute la journée qui peut faire entre 4 et 8 kg. » (TRM 6). En IRM, il faut porter et installer les antennes pour chaque examen.

Les conséquences sur le physique de ces professionnelles sont flagrantes « au quotidien, tous les jours, c'est vrai que physiquement on le sent ... oui au quotidien on le sent en entrant chez nous, j'ai mal au dos, des douleurs aux épaules, des choses comme ça » (TRM 6).

Malgré l'évolution des systèmes d'imagerie qui permettent l'automatisation et l'assistance des machines, certaines activités de manutention se sont allégées. Ces avancées rendent le travail moins fastidieux. Néanmoins, ce qui est gagné d'un côté est perdu de l'autre. En effet, en diminuant le temps d'examen par l'amélioration des techniques, le nombre d'examens augmente ainsi que le nombre de patients potentiels à mobiliser. L'un dans l'autre, la qualité de travail du TRM ne progresse pas.

Enfin, la population vieillit et le nombre de personnes âgées nécessitant un suivi ou un traitement grâce aux appareils d'imagerie médicale croît. La patientèle va devenir plus difficile à prendre en charge du point de vue physique.

Pour finir, la politique légitime de ne pas créer de déficit pour permettre aux instituts de fonctionner implique qu'il faut rentabiliser une journée de travail. Autrement dit, il faut un

nombre suffisamment élevé de patients pour couvrir les frais. La conséquence principale est « la quantité de travail qui augmente régulièrement » (TRM 1).

Le travail des TRM est visiblement physique. Dans quelle mesure l'environnement dans lequel ils évoluent peut-il être source de troubles ?

#### ***4.1.5. Environnement de travail***

L'environnement de travail des TRM est constitué d'une salle avec une machine d'imagerie médicale et une salle de contrôle informatique. Cependant il existe des spécificités propres à chaque modalité qui ont des répercussions sur la qualité de vie des TRM.

La plupart des salles de radiologie diagnostiques, interventionnelles et thérapeutiques se trouvent dans des salles sans lumière du jour pour des raisons pratiques. Historiquement, la radiologie a donc débuté dans les sous-sols. Avant, il fallait développer les films, ce qui impliquait d'être au maximum dans la pénombre. Ensuite, pour regarder les images au négatoscope, il fallait également peu de lumière. Les TRM ont donc hérités des locaux borgnes. Le manque de luminosité est une contrainte dont se plaignent beaucoup de TRM. « On a même pas besoin d'être en radio pour le savoir, on sait que le manque de lumière joue sur l'humeur, sur la fatigue, sur pleins de choses. ... Le manque de lumière c'est un facteur vraiment négatif. » (TRM 6). D'ailleurs, il en a même découlé des expressions utilisées dans le jargon des TRM pour parler du manque de lumière « Et dès qu'on peut, on ressort, on retourne à la surface comme on dit, on essaye d'aller capter un peu de lumière et de récupérer tout ça » (TRM 6).

Ce manque de lumière est mal vécu au quotidien. En effet, les TRM se sentent opprimés par cet enfermement constant : « j'ai besoin oui de sortir de respirer, on est dans les locaux borgnes, on a l'impression d'être toujours dans des grottes, et dès qu'on en sort on a l'impression de respirer » (TRM 6). Il ressort des entretiens que les TRM se sentent complètement déconnectés du monde extérieur, ils n'ont aucun contact avec la nature et la météo. Cela devient d'autant plus pesant en hiver lorsqu'il fait nuit en allant au travail et en sortant. De plus, ces conditions de travail engendrent chez les TRM un déficit en vitamine D

avec tout ce que cela implique. Ainsi, il en découle pour les techniciens une soif avide de sortir prendre l'air indépendamment de la météo.

Cependant avec les nouvelles technologies comme l'apparition des écrans haute définition et des capteurs wifi, il serait envisageable d'actualiser ces conditions désuètes et de moderniser l'environnement de travail.

Certaines modalités soumettent les TRM à des expositions aux rayonnements ionisants et non ionisants.

Actuellement, le champ magnétique de l'IRM est considéré comme sans danger significatif. Cependant, c'est une technologie dite récente et donc qui ne possède pas le recul nécessaire pour évaluer les risques sur du long terme. En effet, les normes d'exposition sont en train d'être modifiées progressivement. Le personnel travaille donc dans l'incertitude de potentiels risques pour leur santé.

Selon le TRM 3 interrogé :

Le champ magnétique, on sait pas trop. Maintenant les femmes enceintes ne doivent plus rentrer dans les salles. Maintenant en France il y a plein de mesures qui sont prises pour des personnes qui travaillent à l'IRM comme par exemple tu dois pas travailler trop longtemps dans le champ magnétique et tout hein ! Donc tout ça... On est dedans et on sait pas trop.

Pour les autres modalités, notamment en médecine nucléaire et en angiographie, les TRM travaillent au contact de rayonnements ionisants tel que les rayons X et gamma principalement. Ils sont constamment exposés : « les rayons ici on se fait bombarder par les patients donc on en prend » (TRM 4).

Certaines salles d'examens ne sont pas adaptées aux patients hospitalisés qui arrivent en lit. L'espace étant restreint, l'ergonomie n'est pas optimale. Les TRM manquent de place pour évoluer dans leur espace de travail. Au quotidien, ils trouvent usant de passer beaucoup de temps dans cette manutention qui pourrait être limitée.

Selon le TRM 4 interrogé :

On est beaucoup à l'étroit. Tu vois l'histoire pour un lit, quand on rentre avec un lit ce qu'il faut faire ? Si on avait des grandes salles comme au scanner ou en IRM en bas, c'est beaucoup plus simple. Quand t'as de la place, tu évolues beaucoup mieux dans le volume qui t'est attribué. Ici on se marche dessus, on a des collimateurs, on a... voilà.

Le fonctionnement des machines d'imagerie médicale induit des nuisances sonores. Le bruit continu entraîne des conséquences sur l'état de santé des professionnels comme des maux de têtes « ce sont des grandes journées, des journées un peu bruyantes où il y a beaucoup de bruit, bah le soir on ressort très fatigué, comme si on a un peu mal à la tête, comme si on était dans un étou » (TRM 6). Les TRM font également état de répercussions sur leur vie personnelle liée au bruit « on est dans le bruit toute la journée il y a des fois où je veux juste du silence à la maison » (TRM 3).

Comme nous venons de le voir, le fonctionnement des machines entraîne du bruit mais aussi de la chaleur. Il faut ainsi les maintenir au frais en permanence en utilisant de l'air conditionné. La température de la salle d'examen est donc basse. De plus, les normes concernant les tenues de travail interdisent aux personnels soignants de porter des manches longues. Notamment l'été, les TRM sont sujets à des variations importantes de température entre l'intérieur et l'extérieur. D'après notre expérience lors de nos stages, ces fluctuations peuvent provoquer des refroidissements du personnel soignant.

Enfin, l'environnement de travail n'est pas réduit exclusivement aux locaux. Il y a une notion de globalité. C'est donc aussi les patients que les TRM prennent en charge.

Selon le TRM 3 interrogé :

Par exemple les urgences, on est exposé à toute sorte de personnes : des gens agressifs, des personnes infectées et on ne sait pas qui arrive. Donc on est aussi exposé tout comme les infirmières des urgences. Le gars qui arrive et qui a une méningite ou une tuberculose et qui vient comme ça, pour ta santé physique aussi.

L'environnement de travail fait plutôt partie de l'aspect matériel des conditions de travail. Cependant, les TRM sont confrontés quotidiennement à des êtres humains malades. Quelles influences a la souffrance sur le psychisme des TRM ?

#### ***4.1.6. Gestion des émotions***

L'attribution de la pénibilité prend en compte uniquement les répercussions sur la santé physique. La santé psychologique est négligée.

Le TRM est à la fois un technicien mais également un soignant. Il évolue quotidiennement aux côtés de patients qui souffrent et qui ont besoin de lui. Le panel des émotions ressenties est vaste. Dans certaines modalités, en particulier dans la radiologie fonctionnelle et thérapeutique, le domaine émotionnel est mis à rude épreuve. En effet, en radio-oncologie il est difficile d'être confronté à la maladie comme le témoigne l'un de nos interrogés : « Y a des gens forcément auxquels on s'attachait plus et quand tu les vois dans le journal ou qu'ils reviennent et qu'ils ne vont pas bien, ça m'arrivait d'avoir les larmes aux yeux ou de pleurer avec des patients » (TRM 1).

De plus, pour le TRM, certaines catégories de population sont particulièrement difficiles à prendre en charge sur le plan émotionnel. Il peut parfois s'identifier et reconnaître en ces patients des parties de sa vie privée « émotionnellement ça peut vraiment toucher parce que oui on a des êtres humains en face et si on rentre trop dans une certaine sphère, et bah on peut être amené à trop porter leurs problèmes » (interrogé angiographie). Les TRM sont très sensibles à la patientèle pédiatrique, notamment lorsqu'ils font face à des cas lourds.

Ce côté humain du métier est parfois difficile à gérer au moment même de la prise en charge mais également en dehors du lieu de travail.

Selon le TRM 4 interrogé :

Oui en général j'arrive à mettre de côté. Sauf un cas comme celui que je viens de te citer [un jeune d'une grande gentillesse qui était condamné] qui lui m'a fait penser à ça pendant quelques jours quand même. Et j'y repense encore tu vois. Des fois c'est des trucs, ça va te rester en exemple toute ta vie, tu repenseras régulièrement à ce cas-là en te disant : mince celui-là quand même quoi...

Un des risques de la profession de soignant est les conséquences de ce vécu professionnel sur la vie privée.

Selon le TRM 3 interrogé :

Et ça agit dans ta vie aussi, quand tu vois les accidentés, quand tu vois tout ce qui peut arriver, ça te fait peur aussi pour tes proches, tes enfants. Quand tu vois les dégâts des bagarres, tu te dis qu'en fait tu vas peut-être pas sortir ce vendredi soir.

Heureusement, les TRM utilisent différentes stratégies pour surmonter la douleur psychique engendrée par la situation des patients.



L'entraide entre collègues est fondamentale. D'une part, elle permet de lever l'obstacle instantanément quand l'action n'est pas supportable « mon collègue a vu qu'émotionnellement ça allait pas donc on a changé de machine » (TRM 3). Notamment, le TRM sait qu'il peut déléguer à ses collègues lorsqu'une situation est trop délicate pour lui émotionnellement. D'autre part, la solidarité entre TRM permet d'échanger à posteriori sur le vécu. Les collègues de travail partagent un quotidien similaire et sont plus à même de comprendre les ressentis.

Certains TRM pratiquent une activité extra-professionnelle comme le sport ou la musique qui permettent de se défouler, d'évacuer et de faire le vide.

D'autres utilisent l'humour au quotidien. « C'est de faire l'idiot, chacun fait un peu à sa manière. Le fait de faire le clown ça me permet de moins y penser et ça fait rire parfois les patients comme ça c'est tout bénéf' c'est très bien » (TRM 5). Ainsi, l'humour est un excellent moyen de décompression pour les techniciens, il permet d'alléger une situation afin d'éviter que les émotions nous submergent.

Les TRM avec plusieurs années d'activité ont acquis de l'expérience. Ils se sont rendus compte qu'il était nécessaire pour eux de faire la part des choses entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Il n'est pas évident de marquer une séparation nette entre les deux mais ils doivent s'efforcer de le faire. « C'est pour ça qu'il faut vraiment essayer de monter, pas un mur mais essayer de faire : il y a le boulot et le reste » (TRM 4). Ils ont appris également à garder une distance avec le patient. En effet, si le TRM s'implique trop personnellement avec les patients, cela peut devenir difficile à vivre et à gérer émotionnellement.

Les TRM doivent composer avec la détresse des patients. Nous nous sommes demandé si l'organisation du travail était propice à la prise en charge de ces patients en situation de souffrance ?

#### ***4.1.7. Organisation des services***

De manière générale, l'organisation individuelle est satisfaisante. En effet, les emplois du temps hebdomadaire sont répartis raisonnablement tout en nécessitant un contrôle régulier. En revanche, qu'en est-il de la gestion collective des services ?

D'une part, la gestion des services concernant la prise en charge du patient est remise en question. N'étant pas optimale, elle entraîne actuellement une surcharge de travail pour les TRM et les autres soignants, en particulier aux urgences. En effet, il arrive que le médecin prescrive un examen radiologique de manière précipitée sans avoir fait une clinique complète et cohérente du malade. Cela engendre que les patients sont fréquemment repris pour des compléments. Par conséquent, cela cause une surcharge de travail pour le personnel soignant et un potentiel retard dans le planning.

Ce fonctionnement inadapté a également des conséquences sur le patient qui devrait être au centre de l'attention. Toutes ces incohérences se répercutent sur le patient qui est le dernier maillon de la chaîne et finalement est le moins responsable.

Selon le TRM 1 interrogé :

Ça éviterait aussi peut-être qu'on réinjecte des patients, qu'on les irradie deux fois pour rien ou des zones qui se recoupent pour rien. Et pis surtout, quand c'est des patients qui sont algiques parce qu'ils ont des fractures, on les mobiliserait qu'une fois et pas quinze fois.

Aussi, une réorganisation doit être effectuée en amont. En effet, il y a une surcharge de travail à partir de 18 heures au moment où les services sont en sous-effectifs, ce qui complique le travail du TRM. La modification du fonctionnement des unités répartirait de manière plus uniforme la quantité de travail quand le personnel est le plus nombreux. Ceci permettrait le désengorgement des services de radiologie dans les périodes de forte affluence. « Le problème c'est que la charge de travail augmente au fur à mesure de la journée en règle générale ... et la nuit on finit le travail de la journée, parce qu'il n'y a pas une organisation optimale » (TRM 1).

Cependant, le changement rencontre souvent des résistances. Au sein de l'hôpital, il y a une hiérarchie médicale implicite qui s'est mise en place. Ainsi pour des titres équivalents, certains professionnels n'ont pas le même poids dans l'équipe. Un malaise en découle puisque les moins influents ne prennent pas le risque de s'imposer alors qu'ils sont théoriquement au même niveau hiérarchique. Selon le TRM 1 interrogé :

le rôle du radiologue n'est pas du tout le même, ici c'est une carpette le radiologue. Ils n'ont pas de soutien de la hiérarchie malheureusement. Et pis ils ont pas de poids par

rapport aux cliniciens, bien qu'ils soient au même niveau qu'eux. Combien de fois on voit des internes qui arrivent aux urgences en terrain conquis et si le radiologue ose poser une question sur l'état du patient pour des renseignements (labo, etc.), l'interne menace d'appeler ses supérieurs si le radiologue ne veut pas faire l'examen.

Enfin, le manque de personnel hospitalier est une préoccupation croissante qui remet en question la sécurité du patient. Selon le TRM 1 interrogé :

Après on en vient aussi à des problèmes politiques. Parce que s'il y a pas suffisamment de personnel engagé à l'hôpital, peu importe la profession, ben y a un moment donné on va tirer l'alarme parce qu'on ne pourra pas faire comme il faut.

Le mauvais fonctionnement du service résulte de cette mauvaise organisation. Ainsi, tout le monde est perdant : le patient, le personnel soignant et l'institution. La conséquence flagrante pour les TRM est la démotivation. En effet, l'usure de l'investissement sans retour se fait ressentir.

D'autre part, c'est l'essence même du travail qui peut poser parfois des soucis d'organisation avec des conséquences directes sur la vie privée. Selon le TRM 6 interrogé :

Un examen qu'on nous a annoncé, il peut être tout changé dans les 5 min avant l'examen : changer la position du patient, changer l'examen proprement dit, donc changer tout ce qu'on a préparé, et si ça arrive une fois dans la journée ça va mais s'il arrive 2-3-4 fois là il y a la notion de stress qui arrive, la notion d'énervement.

Ces soucis impliquent des conséquences directes sur la vie privée. Effectivement, ce genre de journée, les TRM ont puisé toute l'énergie à disposition pour le travail. Leur vie personnelle en est donc affectée. Selon le TRM 6 interrogé :

On rentre encore stressé, encore énervé, on a pas envie qu'il y ait des contrariétés encore. ... Le crédit qu'on a donné au travail, peut-être on le donne pas à la vie personnelle ... Une fois qu'on arrive à la maison et dès qu'il y a un petit truc qui arrive, il y a tout qui explose à ce moment-là. Et c'est pas juste.

En général, les TRM occupent un poste seul. C'est-à-dire qu'ils doivent assumer l'entière prise en charge des examens sans assistance. Comme expliqué précédemment, les TRM

doivent effectuer de nombreux transferts de patients. Il faut sans cesse solliciter les collègues qui doivent en parallèle assumer leur planning et il n'est pas toujours aisé de trouver de l'aide. La question du flux des patients est également relevée par les TRM interrogés. Le temps d'examen prévu par patient étant serré, les débordements ne sont pas permis. Les TRM n'ont alors pas de marge possible quand il faut prendre plus de temps pour certains patients. Le temps à leur consacrer n'est pas suffisant et le retard sur les prochains examens s'accumule. Ils subissent alors la pression de l'emploi du temps, des patients mécontents et du médecin radiologue. Selon le TRM 3 interrogé :

Parce que si on a un patient claustrophobe, le temps qu'on a pour faire un examen c'est le temps des séquences, le temps d'installation du patient n'est pas pris en compte ... On a besoin de temps pour bien réussir ça et on l'a pas toujours, donc tu te mets en retard pour le patient suivant, puis on est peut-être avec un médecin qui n'est pas très content qu'on soit en retard. Donc ça nous met beaucoup sur pression.

C'est une charge lourde à assumer pour les TRM au quotidien et entraîne à terme une forme d'usure.

Les TRM n'évoluent donc pas dans une organisation adaptée à un travail efficient. L'organisation est dépendante des supérieurs hiérarchiques. A ce stade, il est possible de suspecter un climat de tension. Qu'en est-il sur le terrain ?

#### ***4.1.8. Travail d'équipe***

Le métier de TRM implique le travail d'équipe. La prise en charge d'un patient gravite autour de plusieurs intervenants. Le TRM est en permanence soumis à des relations professionnelles variées selon les interlocuteurs. De nombreux paramètres les influencent en particulier la personnalité propre à chacun. Les relations professionnelles sont essentielles et déterminantes dans la stabilité psychique d'un individu. Qu'en est-il chez les TRM ?

D'abord, les TRM travaillent à plusieurs. Ils doivent s'accorder d'une part sur le travail en lui-même mais également sur l'administratif : gestion des emplois du temps, des vacances. Les relations qu'ils entretiennent sont donc conséquentes. De plus, une bonne ambiance générale rend l'exercice de l'activité professionnelle agréable, « il y a des affinités entre

chacun, on s'entraide plus au moins mais on a quand même une bonne équipe dans l'ensemble » (TRM 3). De manière globale, les TRM apprécient les relations avec leurs collègues bien qu'il y existe plus ou moins d'affinités selon les personnalités. Selon le TRM 1 interrogé :

Mais c'est sûr que de bosser avec des gens avec qui tu t'entends bien et aussi avec des gens avec qui tu te comprends à demi-mots ça te facilite la vie. Donc même si t'as beaucoup de boulot et que ça turbine, ben ça va tout seul, alors ça c'est sympa.

De plus, les TRM du service partagent le même quotidien, c'est-à-dire qu'ils rencontrent les mêmes difficultés. Ils se sentent d'autant plus compris par un individu ayant la même identité professionnelle que par une personne étrangère au métier. Le fait d'échanger librement avec eux permet aux TRM de partager ses émotions dans le but d'apaiser leur esprit.

Ceci est particulièrement marqué dans les modalités telles que l'angiographie et la radiothérapie, pour lesquelles il se crée un lien fort avec le patient. Selon le TRM 6 interrogé :

Donc oui je pense qu'un groupe de parole ça peut être intéressant. Alors c'est ce qu'on fait entre nous, peut-être il y en a que dans leur équipe ont plus de difficulté à faire ça mais c'est quelque chose qu'on fait, on va discuter avec les collègues, il y a toujours un collègue qu'on est plus proche et on discute un peu avec, on essaie de décompresser de cette façon.

Les TRM sont sous la responsabilité d'un chef TRM. Les entretiens ont montré que les rapports avec la hiérarchie TRM sont mieux appréciés dans les modalités avec peu de chefs. En effet, lorsqu'il y a qu'un chef, ce dernier est plus accessible par l'ensemble des TRM lorsqu'ils ont besoin de le voir. Il sait être à l'écoute de son équipe et tâche d'apporter des solutions ou donner des informations. De plus, il jongle entre les bureaux et les terrains. Les TRM interrogés semblent satisfaits de cette proximité avec le terrain. « Les chefs TRM sont toujours aux machines, ce ne sont pas des chefs qui se contentent d'être dans leur bureau et de donner des ordres donc c'est plutôt bien » (TRM 5). En revanche, dans l'autre cas, quand les chefs sont nombreux, les TRM reprochent un décalage entre la théorie dans les bureaux et la pratique dans la réalité.

Du fait de la pluridisciplinarité de certains services, les TRM reprochent une lenteur dans la prise de décision : « C'est comme toujours, c'est des réunions où on dit les décisions qu'il faudrait prendre et pis il faut faire 3-4 réunions avant que la décision soit vraiment prise » (TRM 5).

Une transmission des informations défectueuses de part des cadres et un manque de communication sont également relevés. Les TRM se retrouvent livrés à eux-mêmes et doivent composer avec des données manquantes. « Chacun prend des décisions dans son coin pour leur discipline et après quand on se rend compte qu'il faudrait faire comme ça : ah vous avez changé de manière de faire, oui mais et nous ? Bah adaptez-vous » (TRM 5). C'est une source de stress supplémentaire pour les TRM qui doivent rechercher les informations au risque de commettre des erreurs.

Enfin les TRM ont un lien hiérarchique avec les médecins. Dans certaines modalités, la collaboration se fait en toute simplicité. Chaque professionnel connaît ses compétences et ses limites ainsi que celles des autres. Les différents corps de métier ont une philosophie de pensée proche du proverbe « l'union fait la force ». En effet, en unissant les atouts de chacun, le travail sera optimum, toujours dans l'intérêt premier du patient. Cette façon de travailler est l'idéal. La symbiose dans la collaboration facilite l'obtention de l'objectif, fruit du travail commun : le soin du patient. Le TRM 6 interrogé témoigne d'un bel exemple d'association TRM-médecin :

La hiérarchie qu'on a c'est les médecins qui eux nous font relativement confiance et c'est vrai qu'on travaille plus en droit de collaboration qu'en terme hiérarchique, c'est à dire qu'on est là pour donner des conseils, des conseils sur le matériel, on peut anticiper, les aider à les habiller ... on est bien intégrés. On collabore avec les médecins, certains ils font même des time-out, on appelle ça. Ils s'arrêtent ils expliquent ce qu'ils vont faire, ils nous demandent à l'avance le matériel parce qu'ils ont envie de changer et ça c'est très reposant, avoir des informations claires, même dans le stress entre guillemet ...

Ces rapports idéaux de travail n'existent pas dans tous les services. Comme il sera expliqué après, les TRM sont souvent considérés comme des simples exécutants des demandes des médecins. Dans ce sens, les relations sont plus tendues et moins propices aux échanges. L'ambiance est plutôt individualiste que collective. « Donc quand tu tombes sur des médecins des urgences ou bien ces espèces de pet-secs qui exigent et pis qui veulent tout, tout de suite, ben des fois voilà » (TRM 2).

Les conditions de travail des TRM influencent directement sur le climat entre les individus. En effet, la présence d'incohérence et de dysfonctionnement au sein d'un service peut peser

sur l'humeur et la patience des employés. Ainsi, cela va diminuer le seuil de tolérance de chacun et augmenter les risques de différends entre collègues. Au cours de nos entretiens, nous n'avons pas eu d'exemples concrets de situations dans lesquelles les risques psychosociaux étaient frappants. Cependant il existe certainement des cas de frictions entre collègues ou avec la hiérarchie qui ont entraîné des troubles psychologiques.

Ainsi, les collaborations intraprofessionnelles et interprofessionnelles sont diverses et dépendantes de nombreux facteurs comme les conditions de travail, les rapports entre les différents professionnels et les modalités d'imagerie médicale. Nous allons voir qu'un travail d'équipe infructueux peut engendrer à terme une fatigue morale.

#### ***4.1.9. Fatigue psychique***

Les entretiens ont mis en évidence que la lassitude est un sentiment fréquemment perçu par les TRM au quotidien. Cette fatigue psychique au travail est due à plusieurs facteurs.

Comme expliqué précédemment, la mauvaise organisation des services conduit à des demandes d'examens inadaptées entraînant des examens en inadéquation avec la clinique. De ce fait, il faut reprendre certains patients pour des compléments entraînant une surcharge de travail qui aurait pu être évité. C'est une perte de temps et d'énergie pour les TRM. A terme les TRM ressentent une démotivation. « Et quand le personnel n'est plus motivé, ben il ne va pas se casser le bonnet pour donner plus que ce qu'il doit » (TRM 1). Au final, puisque le problème est en amont, ils subissent cette organisation, ils n'ont plus envie de s'investir plus qu'il n'en faut et de se battre pour changer la situation car toutes les tentatives d'amélioration ont échoué.

Les TRM reconnaissent un manque de latitude décisionnelle dans leur travail. Leur travail consiste à réaliser des examens d'imagerie médicale demandés par les médecins qui sont leurs supérieurs hiérarchiques. Ainsi, ils ne peuvent pas contester la demande médicale, et ce, même quand les indications semblent inadaptées à la clinique. Les TRM sont titulaires d'un Bachelor, ils ont suivi une formation de trois années composées essentiellement de physique et de médecine. Bien qu'ils n'aient pas suivi des études de médecine, ils disposent de connaissances pouvant servir de bases de jugement. Ils ressentent un malaise car leurs

opinions qui peuvent être fondées et cohérentes ne sont pas entendues. A force de réaliser des examens régulièrement à l'encontre du bon sens, les TRM souffrent d'une certaine lassitude « mais quand tu dois faire des examens dont t'as l'impression qu'ils servent à rien, ben c'est pas très motivant » (TRM 2). L'utilisation des compétences et de l'expérience des TRM n'est pas forcément prise en considération « Quand ça fait 10 ans, 15 ans, 20 ans et que le médecin arrive et que quoiqu'on lui dise, il n'écoute pas, il ne fait pas attention, ça pose un peu problème » (TRM 5).

Ils finissent par obéir aux ordres sans réflexion. Le travail devient alors passif. Le TRM est écarté de la participation aux décisions. Selon le TRM 4 interrogé :

Même si je sais que je ne dois pas le faire, je le fais parce que si je ne le fais pas on va me le reprocher et on me dira que c'est une faute professionnelle. Et c'est vrai puisque c'est notre job de répondre à la demande du médecin donc il faut l'accepter même si ça nous semble... On peut le mettre en lumière juste lui dire : attention, mais après on ne peut pas aller contre.

En doutant des capacités des TRM, c'est toute la confiance interprofessionnelle qui est mise en question. Selon le TRM 5 interrogé :

Tout dépend avec quel médecin on travaille. ... De plus en plus, ils viennent pour la première séance, ils voient que ça joue et ils disent : voilà si c'est comme ça à chaque fois, ..., vous y allez, pas besoin d'appeler. ... Après il y a d'autres médecins qui veulent absolument être là, la confiance c'est pas tellement leur... voilà.

La lassitude est également marquée par le manque de reconnaissance qui figure à deux niveaux. En effet, la reconnaissance est visible d'une part à l'échelle du patient et d'autre part à l'échelle des autres professionnels de la santé.

Le métier de TRM regroupe un nombre peu élevé de représentants par rapport aux autres professions comme les infirmiers. De plus, dans le public le mot « radiologie » évoque « radiologue » d'où le raccourci effectué. Les TRM se retrouvent face à un amalgame de statut. Ils sont généralement confondus avec le médecin ou avec l'infirmier. Lors de la prise en charge d'un patient par un TRM, il y a régulièrement une confusion avec le statut d'infirmier et de médecin. Malgré la présentation systématique, la fonction du professionnel de l'imagerie est une découverte instantanée et éphémère. Finalement, le patient retient davantage le prénom du soignant plutôt que sa fonction. Pour certains c'est une frustration d'être sans



cesse à justifier leur fonction alors que pour d'autres, c'est à eux d'en faire la promotion. Selon le TRM 4 interrogé :

Dans le grand public ça ne me dérange pas parce qu'on est un petit métier, on est peu de gens donc c'est nous qui devons en faire la pub autour de nous, en parler. Mais ça ne me dérange pas que les gens ne connaissent pas, c'est comme ça. Tous les petits métiers ne sont pas connus.

Le métier de TRM est peu connu par le grand public mais aussi par les autres professionnels du monde hospitalier. De plus, certains médecins font ressentir un sentiment d'infériorité aux TRM. Avec peu de considération, ils n'accordent pas la place qu'ils méritent et ont peu de respect envers le TRM et son travail effectué, « les médecins ont tendance à pas être toujours courtois avec nous » (TRM 3). Par leurs connaissances, les médecins ont tendance à s'accaparer toute la reconnaissance du patient. Ils mettent de côté la contribution du travail TRM sans quoi, les images ne seraient pas produites. Sans images, le diagnostic n'est pas possible. La collaboration avec les TRM est donc indispensable à l'exercice de leurs compétences.

Selon le TRM 4 interrogé :

Dans le milieu professionnel, c'est des fois un peu plus délicat parce qu'on est important. Sans nous, il n'y a pas d'images. Sans image, il y a bien des choses qui ne peuvent pas se faire. Donc des fois au niveau professionnel c'est un peu plus gênant je trouve effectivement. J'aimerais bien qu'on nous reconnaisse un peu plus comme étant vraiment dans la chaîne quoi.

Ce manque de reconnaissance est usant pour les TRM car il est quotidien. Selon notre expérience, une pression de travail supplémentaire s'installe donc.

#### ***4.1.10. Améliorations à apporter***

Comme évoqué avant, l'organisation est un élément sur lequel les TRM ont insisté car elle limite la prise en charge du patient de manière optimale et le bon fonctionnement du service.

Tout d'abord, une discordance administrative est soulevée. En effet, le temps prévu pour la prise en charge globale du patient est égal au temps de l'examen. Ainsi, les périodes

d'accueil, d'explications et de dialogue ne sont pas prises en compte. Le temps de l'examen ne pouvant pas être réduit, c'est à contre cœur que les TRM doivent raccourcir leur rôle de communicateur. Selon le TRM 3 interrogé :

Je trouve que c'est important d'avoir le temps de prendre correctement en charge les gens. S'occuper vraiment des personnes et pas que produire des images. Parfois on oublie que derrière toutes ces images il y a quelqu'un, avec ses peurs, avec ses angoisses... Donc un petit temps en plus juste dédié au patient ça permet d'établir une relation juste, d'être disponible pour ton patient et de réussir ton examen.

Avec une marge suffisante dans l'emploi du temps, la satisfaction serait double. D'abord pour le patient qui serait correctement pris en charge dans sa globalité, mais également pour le TRM. Effectivement il n'aurait plus cette sensation de travail trop vite fait. Le TRM est d'abord un soignant, il a choisi d'aider des personnes en situation de souffrance. C'est la raison pour laquelle il ressort des entretiens une frustration pour ce professionnel de la santé lorsqu'il doit négliger certains aspects de la communication avec le patient. Selon le TRM 3 interrogé :

Ça te permet d'être bien dans tes baskets, en disant : j'ai apporté tout ce que je pouvais au patient pour que l'examen se passe dans les bonnes conditions. Mais quand tu l'as pas fait, quand t'as dû le faire sous stress, t'as même dû l'accélérer dans sa marche, tu te sens pas bien parce que c'est pas la prise en charge qui va avec ce que tu as dans le cœur. C'est pas comme ça que tu voudrais faire. Mais tu es obligé de le faire comme ça, tu es un peu contrarié. Donc avec ce temps en plus tu peux faire les choses bien et le patient le ressent.

Le travail est annexé en permanence de suppléments logistiques avec lesquels il faut composer au détriment du temps passé avec le patient. Les TRM regrettent cette organisation défectueuse, car ils n'ont plus assez de temps à consacrer au patient. Selon le TRM 6 interrogé :

Voilà, en fait ce qui faudrait c'est simplifier tout le reste des tâches pour pouvoir le plus possible s'occuper du patient. Ça devra dire : simplifier le planning, simplifier la gestion des stocks, simplifier l'arrivée du patient dans la salle, être clair sur l'examen qu'on va faire, comment l'installation. Voilà simplifier tout ça. Toutes ces tâches annexes qui nous empêchent d'être complètement concentrés sur le patient. Ça serait vraiment ça.

Concernant le rapport entre l'établissement et les employés, les TRM s'accordent sur plusieurs points. Le premier est un manque d'écoute de la part de la hiérarchie à qui il est reproché de prendre des décisions bureaucratiques sans consultation du terrain. En effet, en vivant quotidiennement dans l'exercice du métier, les TRM sont les mieux placés pour proposer des points d'amélioration. En demandant l'avis des TRM ils pourraient se sentir écoutés et compris. Actuellement les TRM ressentent un manque dans la prise en compte de leurs besoins. « Ce que j'aimerais changer [...] c'est qu'on écoute ce que le personnel a à dire, parce qu'il est jamais interrogé, on lui demande jamais son avis. Alors que déjà ça lui permettrait d'être reconnu, qu'il se sente pris en compte » (TRM 1).

Enfin, concernant les rapports à l'interne du service, c'est-à-dire entre les différents professionnels exerçant dans l'unité, les TRM font état d'un manque de communication. Selon le TRM 5 interrogé :

Ce qu'on a vu juste avant : une écoute. Le médecin, que ça soit le radio-oncologue [...] mais plus aussi au niveau de l'oncologue qu'il y ait plus d'échanges. Encore une fois, c'est le dialogue qui manque. Le dialogue, la transmission de l'information ça a aussi du mal. Certains techniciens ont l'info et puis elle s'arrête à eux. Et puis tout d'un coup, d'autres techniciens vont prendre le relai et le médecin va dire « ah mais pourquoi vous n'avez pas fait comme ça ? » « Bah j'étais pas au courant » ...

Pour terminer, le manque de personnel entrave le bon fonctionnement du service. Les TRM doivent régulièrement faire abstraction de leurs pauses de midi car ils n'ont tout simplement pas le temps de manger. Pour des raisons évidentes de sécurité, ils ne peuvent pas laisser un patient seul sur une table d'examen. Ils n'ont également pas le droit de manger dans les salles pour des raisons d'hygiène. Ils doivent sans cesse essayer de se relayer pour prendre des pauses mais il arrive très souvent que ça ne soit pas possible, lorsque tous les TRM sont occupés sur un poste par exemple. Selon le TRM 4 interrogé :

Ici ce que je ferais moi, j'essaierai de faire qu'on soit suffisamment de techniciens, un peu plus sur les machines, pour pouvoir être complètement autonomes ... Qu'on soit nous, autonomes dans notre examen : l'injection, tout ça et nos pauses. Se battre pour que ça puisse tourner mieux. Et on tournerait mieux clairement, on pourrait faire plus d'examens en réalité.

Avec du personnel supplémentaire, l'organisation globale serait améliorée. En retrouvant une stabilité de travail les TRM obtiendraient satisfaction tout comme le service qui bénéficierait d'un fonctionnement optimisé.

Pour conclure, les TRM s'accordent tous sur un élément critique : l'organisation. Les conséquences d'une mauvaise organisation sont l'usure précoce de l'état physique et psychique des TRM. Comment envisagent-ils leur avenir dans cette profession dans ces conditions actuelles ?

#### ***4.1.11. Avenir dans la profession de TRM***

Comment les TRM se projettent-ils dans ce métier après plusieurs années d'expérience ? Pensent-ils à changer de modalité d'imagerie médicale ou à changer de profession ?

Contrairement à d'autres professions du paramédical, les perspectives d'évolution des TRM sont limitées. Hormis, le changement de modalité d'imagerie médicale ou l'obtention du statut de cadre TRM, les débouchés sont restreints. Ainsi, de par la nature du métier, l'avenir du travail des TRM est routinier.

Avec les années, les répercussions physiques et psychiques se font ressentir sur les professionnels de l'imagerie médicale « Mon avenir ... J'serre un peu les fesses parce que comme j'ai mal partout et pis ça ne va pas s'améliorer, je me dis vivement que je parte à la retraite » (TRM 1). Selon le TRM 2 interrogé :

Physiquement au bout d'un moment tu ne tiens pas forcément le coup et pis ben les horaires tu les supportes peut-être plus forcément et puis ben à force de porter et porter, ben tu t'uses. T'es usé, après la motivation c'est toi qui te la donnes .... Mais c'est toujours la même chose, c'est répétitif.

Ainsi, pour surmonter ces difficultés jusqu'à l'âge de la retraite, certains TRM font écho d'une demande de diminution du temps de travail. Cependant pour diverses raisons, ils doivent peser le pour et le contre. Il y a de nombreuses contreparties à baisser le taux d'activité dont il faut tenir compte : « si je pouvais baisser mon temps de travail, je le ferais comme ça ça serait moins difficile. Mais je gagnerais moins de sous donc je pourrais moins partir en voyage qui est ma passion » (TRM 1). Effectivement, l'aspect financier incite à ne pas diminuer le taux de pourcentage. De plus, baisser son taux d'activité signifie devoir délaisser une modalité pointue, tel que le scanner ou l'IRM, et faire uniquement de la radiologie conventionnelle, ce qui est physiquement plus éprouvant.

Les entretiens mettent nettement en évidence un sentiment de manque d'évolution professionnelle. Les TRM souffrent du caractère monotone et répétitif du métier. « Je ne le [l'avenir] vois pas beaucoup différent de ce qu'on est là. Je suis conscient des limites de notre métier, de mon champ de latitude de ce que ce que je peux faire. J'essaie de faire au mieux et pis voilà » (TRM 4).

Ainsi, plusieurs personnes interrogées ne se projettent pas en tant que TRM jusqu'à leur retraite. N'ayant pas conscience auparavant de ce manque de débouchés, certains TRM regrettent même ce choix de métier. Une lassitude et un détachement vis-à-vis de la profession est marquant : « et si j'ai l'occasion de pouvoir faire que de mon activité extra-professionnelle, évidemment je le ferai mais voilà je ne rêve pas » (TRM 4). Selon le TRM 2 interrogé :

Ça c'est un truc auquel j'ai pas vraiment réfléchi en prenant cette profession. Sur le moment c'était ce qui était plus adapté à moi, après tu changes. Maintenant si je devais choisir autre chose, je choisirais autre chose ça c'est sûr et certain. Pour que je puisse être plus libre, pas rester coincé dans une institution, t'es cloisonné.

Le métier de TRM regroupe plusieurs modalités, ce qui permet quelques ouvertures potentielles pour évoluer et diversifier la pratique professionnelle. Pour certains TRM, c'est un moyen de briser la routine, d'acquérir de nouvelles connaissances et d'agrandir leurs champs de compétences : « Moi je pars, je change de modalité. Alors mon avenir c'est apprendre encore tout autre chose » (TRM 6). « Parce que c'est toujours sympa de rajouter des cordes à son arc ou de tenter de nouvelles choses et de ne pas faire pendant 30 ans des radios de thorax face/profil » (TRM 4). En revanche, après un certain âge cela devient compliqué de s'adapter à une nouvelle modalité et à un autre fonctionnement de service.

Pour d'autres, l'ajout d'une autre activité permettrait de varier et diversifier leur vie de TRM : « après l'idée sera peut-être de réduire pour faire peut-être une autre activité » (TRM 5).

Par conséquent, les TRM ont une vision maussade de leur avenir en tant que professionnel de l'imagerie médicale. Ainsi, ils tentent par des moyens propres à chacun de combler l'attente de la retraite. De ce fait, l'attribution de la pénibilité constitue un grand soulagement.

#### ***4.1.12. Synthèse de l'analyse descriptive***

En conclusion, il ressort de ces entretiens que les TRM ont du plaisir à manipuler différentes modalités d'imagerie, car cela diversifie leur quotidien. Toutefois, cela devient de plus en plus complexe de rester efficient dans chaque domaine d'imagerie à cause de l'évolution technologique constante.

Les horaires qui rythment leur vie professionnelle leur conviennent dans une certaine mesure. En effet, les TRM reconnaissent que cela présente des avantages, mais ils font également part d'une difficulté à organiser leur vie personnelle autour de ces horaires irréguliers qui deviennent de plus en plus durs à vivre avec l'âge.

Concernant l'aspect physique de la profession, la sonnette d'alarme est tirée : les plaintes des TRM lors des entretiens traduisent d'un épuisement. En effet, il devient usant pour ces professionnels de consacrer une si grande énergie dans leur travail, leur corps sature et cela se traduit par diverses douleurs corporelles, notamment au dos et aux articulations.

En outre, l'environnement de travail isolé du monde extérieur sans aucune lumière naturelle est mal vécu par les TRM qui expriment un réel besoin de sortir prendre l'air. L'exposition aux rayonnements ionisants, ainsi que le bruit induit par les machines d'imagerie représentent également de fortes contraintes quotidiennes.

Au-delà de l'aspect environnemental, l'aspect humain du métier de TRM constitue un réel challenge émotionnel pour ces professionnels de la santé. Il est parfois difficile de trouver une bonne distance avec les patients afin d'optimiser la prise en charge tout en se préservant d'un surinvestissement.

A la suite des entretiens, des nouveaux points ont émergés. Notamment le fait que les TRM auraient davantage de plaisir à exercer leur profession si l'organisation des services permettait une meilleure gestion du flux des patients. En effet, ils pourraient prendre plus de temps avec les patients et, ainsi entretenir l'aspect humain que représente cette profession de la santé.

De plus, les TRM font écho d'une difficulté majeure pour concilier leurs vies privées et leurs vies professionnelles, en particulier à cause des horaires irréguliers.

Il est également ressorti des interviews que certains TRM, effectuant une seule modalité, sont lassés de reproduire continuellement les mêmes gestes et ce, de manière quotidienne. Le fait de répéter machinalement les mêmes examens empêche un développement et un épanouissement personnel.

De plus, une organisation optimisée par le management participatif entretiendrait un climat de travail plus agréable qui favoriserait de bonnes relations interprofessionnelles. Cette démarche inciterait les employés à donner leur avis quant à la gestion des unités et leur permettrait de s'impliquer dans l'amélioration de leur service.

## **4.2. Analyse interprétative**

### ***4.2.1. Introduction***

Les entretiens nous ont permis d'accéder à l'expérience concrète des TRM, à la manière dont ils vivent quotidiennement les différentes situations qui comportent des risques psychosociaux. Nous allons donc pouvoir établir des liens entre nos entretiens et la littérature scientifique sur laquelle nous nous sommes appuyé. De plus, à la suite de ces rencontres avec les professionnels de l'imagerie médicale, nous avons relevés de nouveaux thèmes que nous allons exposer ensuite. L'émergence de ces sujets nous a ensuite conduits à de nouvelles recherches et des croisements avec la littérature scientifique.

### ***4.2.2. Surcharge de travail***

Dans un service d'imagerie médicale, il y a deux types de charges : la charge de travail physique et mentale. Les TRM sont soumis aux deux quotidiennement.

Les efforts physiques font partie des critères pour l'attribution de la pénibilité. En effet, les paramètres pour définir une surcharge physique sont simples à mesurer. Les catégories d'atteintes physiques les plus représentées sont les lombalgies et les troubles musculo-squelettique. « Les troubles musculosquelettiques (TMS) des membres supérieurs et inférieurs sont des troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation » (INRS, 2015). Comme les entretiens nous l'ont montré, les TRM sont sujets à de nombreuses sollicitations physiques pendant leurs journées de travail. En effet, ces dernières ont des conséquences non négligeables sur leur santé et sur leur vie personnelle. En fin de carrière, les TRM sont usés physiquement. De ce fait, les TRM ne sont plus en possession de tous leurs moyens physiques ce qui les limite dans

leurs activités extra-professionnelles. Après de nombreuses heures passées dans le service, les TRM n'ont plus l'énergie nécessaire à consacrer à leurs proches en particulier aux enfants. L'origine des maux est liée au travail et la vie privée en subit les conséquences, ainsi le sentiment de frustration émerge.

De plus, la surcharge de travail peut se manifester mentalement. Cette dernière est plus difficile à apprécier que la surcharge physique, car les paramètres de mesure ne sont pas objectifs. Cependant, les atteintes psychiques peuvent se manifester par les signes suivant : « fatigue et irritabilité, troubles du sommeil, bouffées de chaleur et hypersudation, crises d'angoisse, dysfonctionnement sexuel, syndrome dépressif d'épuisement professionnel : le burnout ..., dépression majeure » (Officiel Prévention, 2013). La surcharge de travail mentale peut également entraîner des troubles du comportement, et il en va de soi que ces troubles psychosociaux puisent leurs origines dans les conditions de travail. Ces conséquences psychosomatiques sur le TRM et sur son entourage ne sont pas négligeables.

La surcharge de travail physique et mentale entraîne de nombreux troubles psychosociaux sur les TRM. Elle est étroitement liée à l'environnement de travail dans lequel il évolue. Nous allons voir dans quelles mesures.

#### ***4.2.3. Environnement de travail***

Des conditions de travail optimales sont importantes pour favoriser un environnement de travail agréable dans lequel les employés peuvent collaborer et évoluer en harmonie. Comme nous avons vu dans le cadre théorique, un environnement de travail contraignant fait partie des trois critères de la pénibilité physique (Office du personnel de l'Etat, communication personnelle [document interne], 20 janvier 2015).

Les TRM aux HUG travaillent au sein d'un environnement hospitalier et radiologique qui possède plusieurs contraintes bien spécifiques (communication personnelle, [document interne], 24 septembre 2015). Comme il a été mentionné dans les entretiens, les TRM sont non seulement constamment exposés à des rayons ionisants, mais ils sont aussi amenés à s'occuper de toutes sortes de personnes (patients agressifs, patients contaminés, etc.).

De plus, comme cela été évoqué dans le cadre théorique, l'environnement est un facteur important des risques psychosociaux. En effet, la mauvaise conception des lieux et les nuisances physiques des locaux peuvent avoir un impact sur la vie privée (Sorrentino, 2011).



Certains TRM expriment un mécontentement sur la conception des lieux : les locaux sont trop petits et étroits, ce qui complique les transferts des patients. Ainsi, l'ergonomie n'est pas optimale pour ces professionnels de la santé qui en souffrent au quotidien. En effet, cela se fait ressentir par des douleurs au dos et aux articulations.

En outre, concernant l'environnement, le manque de lumière naturelle est mal vécu au quotidien par les TRM. Effectivement, travailler dans des locaux borgnes affecte l'humeur des employés qui ressentent un grand besoin de sortir prendre l'air afin de profiter du monde extérieur dont ils sont totalement coupés. Selon un des leaders suisse de luminothérapie (Medi-lum, 2017) :

La lumière naturelle est un élément essentiel au fonctionnement sain de notre corps et de notre cerveau. Nous en avons besoin en quantité et qualité suffisante durant la journée afin d'être actif le jour et profiter d'un sommeil réparateur la nuit. De la lumière dépend notre bien-être et le maintien de notre santé.

A la suite des entretiens, il est également ressorti que le bruit a un impact sur la vie des professionnels. D'après les TRM interrogés, une journée bruyante au travail, notamment le bruit constant des IRM, est épuisant. En effet, après le travail, ils ressentent une grande fatigue, des maux de tête et un manque de patience. Malheureusement, cela se répercute sur leurs proches dans leur vie privée. Cela se confirme, selon le centre d'information et de documentation sur le bruit (2017) : « Au-delà de la seule sphère auditive, le bruit peut affecter l'individu et entraîner des troubles de formes très diverses : perturbation du sommeil, désordres cardiovasculaires, troubles digestifs, effets sur le système endocrinien, aggravation des états anxio-dépressifs » (p. 2).

Ces divers facteurs de l'environnement au travail peuvent être un réel problème chez les TRM. L'environnement est un constituant du cadre de travail, tout comme l'organisation du service. Ainsi, nous allons voir les impacts qu'elle peut avoir dans la vie professionnelle et/ou dans la vie privée des TRM.

#### ***4.2.4. Organisation des services***

Le problème de l'organisation du travail a été relevé par un grand nombre de TRM ainsi que les conséquences sur leur vie privée.

Tout d'abord, nous avons montré que la surcharge de travail découlait principalement d'un défaut d'organisation. Elle affecte les TRM dans leur globalité c'est-à-dire sur les plans physique et psychologiques.

D'après les recherches énoncées dans le cadre théorique, l'organisation du travail a été réfléchie pour améliorer le travail pluridisciplinaire au sein d'une équipe (Sorrentino, 2011). Cependant, lors de nos entretiens nous avons mis en évidence un défaut qui conduit à une mauvaise gestion du service.

En adoptant une structure professionnelle favorable et propice au travail, les facteurs de risques psychosociaux sont diminués. Selon Courtais (2014), l'amélioration serait possible si l'organisation était basée sur le management participatif qui repose sur cinq principes :

- 1) La mobilisation du personnel consiste à impliquer le personnel dans les prises de décision. En effet, les collaborateurs sont incités à se fixer des objectifs et à trouver les décisions qui permettront de les relever et en connaissance de la situation actuelle et de leurs besoins, ils sont aptes à proposer des mesures d'amélioration. C'est nettement une demande de la part des TRM actifs.
  - 2) En déléguant le pouvoir, chacun peut prendre les décisions dans la limite de ses compétences qui débouche à un meilleur fonctionnement global dans l'intérêt de l'unité.
  - 3) Le management participatif implique que les employés gèrent eux-mêmes leurs conflits sans transiter par l'intermédiaire d'un responsable. En sollicitant l'autonomie des individus concernés afin qu'ils trouvent une stratégie pour surmonter la difficulté, le but est de les responsabiliser.
  - 4) L'organisation peut être améliorée en mettant en place des dispositifs de régulation. « Chaque membre de ... [l'] équipe peut mettre en place des dispositifs de régulation individuel et collectif facilitant l'auto-contrôle et impliquant ainsi ... [les] collaborateurs dans la démarche de management participatif » (Courtais, 2014).
  - 5) Enfin, le fait d'adopter une politique active de développement au sein de l'entreprise favorise l'implication du personnel dans le fonctionnement du service.
- Nous reprendrons ce point plus en détail au cours de la partie analytique.

Les entretiens ont permis de soulever un point important. Nous avons ressenti chez les TRM une frustration relative à la prise en charge des patients. La pression du temps due à une organisation inadaptée au patient conduit les professionnels de l'imagerie médicale à accélérer la cadence au détriment du patient. Il se crée alors pour les TRM une distance entre

la volonté de réaliser son travail au mieux et le temps à disposition. Ainsi, « de ces écarts naissent des situations de stress pour les salariés, confrontés à l'impossibilité de développer leurs pratiques de travail sur la base de ce qu'ils considèrent comme répondant à leurs critères du travail bien fait » (Clot, 2014).

Malgré une organisation qui tient compte de l'avis de ses collaborateurs, l'implication demandée aux TRM bouleverse leurs habitudes de vie. Quelles en sont les conséquences ?

#### **4.2.5. Horaires**

Particulièrement dans le milieu hospitalier, le métier de TRM implique des horaires irréguliers pour la plupart des modalités d'imagerie avec des conséquences importantes.

Tout d'abord, le travail de nuit est nocif à court terme pour la santé des travailleurs qui y sont soumis. Selon Édouard (2010) :

À court terme, les principaux effets sur la santé du travail de nuit ou en horaires alternants sont les troubles du sommeil liés à des facteurs chronobiologiques, et une dette chronique de sommeil. Le sommeil diurne est moins réparateur .... La consommation de médicaments pour aider au sommeil ou rester éveillé est plus élevée chez les salariés de nuit, variant en fonction de l'âge et de l'ancienneté dans l'entreprise. Le travail de nuit entraîne également un déséquilibre nutritionnel des salariés de nuit et des troubles digestifs, résultant non seulement d'un facteur comportemental alimentaire (alimentation pauvre en fibres, plats industriels, consommation excessive de thé et de café notamment), mais aussi de facteurs chronobiologiques. Le travail de nuit posté<sup>2</sup> est par ailleurs communément admis comme pourvoyeur de stress, de fatigue chronique et serait aussi responsable d'un risque accru de pathologie dépressive (p. 9).

Les effets du travail de nuit se manifestent également sur la santé des travailleurs à long terme. Selon Édouard (2010) :

Les risques cardiovasculaires sont accrus, le travail de nuit favorisant certains facteurs néfastes, directement (stress secondaire à la dette de sommeil ou au sentiment

---

<sup>2</sup> Travail posté : système d'organisation du travail où des équipes se relaient sur plusieurs postes à des horaires différents

d'isolement, par exemple) ou indirectement (hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, surpoids, tabagisme). Enfin, diverses études, dont celle du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) dépendant de l'OMS, font un lien entre le travail de nuit posté et la probabilité de cancers (notamment cancer du sein et cancer colorectal), en raison de la perturbation des rythmes circadiens et de l'affaiblissement des défenses immunitaires résultant d'une insuffisance de la mélatonine, du fait de l'exposition nocturne à la lumière. Les femmes se trouvent exposées à des risques spécifiques liés à la grossesse, un lien étant établi avec retard de croissance intra-utérin, prématurité et risque de fausses couches. Plus globalement, le travail de nuit est à l'origine d'une sur-fatigue, provoquant à long terme une usure prématurée de l'organisme et une dégradation accusée de l'état de santé. Les effets irréversibles et incapacitants du travail de nuit peuvent se faire sentir au-delà de la vie professionnelle (p. 9-10).

Au-delà de l'aspect physique du travailleur, les horaires irréguliers ont des effets nocifs au niveau psychique. Les entretiens réalisés auprès de TRM soumis à ce type d'horaire illustrent de manière concrète la théorie énoncée par Marchand (2004) sur la corrélation entre les horaires irréguliers et l'apparition de troubles psychosociaux.

D'une part, la flexibilité imposée par les horaires irréguliers ne convient pas à tous les TRM. En effet, certains ont besoin d'une routine de vie et supportent assez mal le changement, notamment pour l'organisation de leur vie privée. La conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle est alors un enjeu capital. Les effets négatifs sur la vie de famille sont ressentis par le conjoint et par les enfants. Si le TRM ne trouve pas d'équilibre entre les deux parties, il en résulte une altération des rapports familiaux car ce dernier n'est plus disponible pour sa vie de famille. Les conséquences peuvent donc en être lourdes.

D'autre part, l'articulation entre le travail et la vie sociale est altérée car le TRM est déphasé par rapport à son cercle social. Vivant en décalé, il ne peut plus profiter de retrouver ses amis en dehors des heures de travail. Ainsi, un sentiment d'isolement peut émerger et affecter le moral du TRM.

Une des solutions envisagées par les TRM pour surmonter ces conditions de travail est de diminuer leur temps de travail hebdomadaire. Encore faut-il pouvoir se permettre de baisser ses revenus mensuels, ce qui n'est pas forcément le cas pour tous.

Le fonctionnement continu d'un service d'imagerie médicale implique donc le travail de nuit pour les TRM. De plus, cela impose aux TRM de savoir utiliser plusieurs machines. Cependant, pour des raisons qui sont propres au service, ils ne sont pas tous concernés par cette polyvalence. Quels sont alors les impacts sur leur état psychologique ?

#### ***4.2.6. Polyvalence***

Les TRM que nous avons interrogés exercent leur activité sur plusieurs machines, ils disposent alors d'un quotidien relativement diversifié. La polyvalence permet de lutter contre la monotonie et le travail répétitif.

Cependant, tous les TRM ne bénéficient pas de rotations sur les machines. Dans ce cas, ils restent en permanence à leur poste et réitèrent les mêmes examens à longueur de journées. Il en résulte alors une forme de lassitude professionnelle. En effet, ils se rendent indifférents par rapport au travail à effectuer à terme. Ces professionnels de l'imagerie médicale agissent machinalement sans sens et la réflexion et l'expression n'ont plus leur place dans le travail. « Pour tenir dans la longue durée, dans des situations de professionnelles vides de toute perspective de développement personnel, pour lutter contre la souffrance générée par cette condition, les salariés doivent réprimer leur fonctionnement psychique » (Davezies, 2012, p. 2). Ainsi, les TRM peuvent être sujets à des troubles psychosociaux. « Dejours affirmait donc que les conséquences de la répression psychique imposée par le travail répétitif sous cadence devaient être attendues en termes de pathologie somatique » (Davezies, 2012, p. 2).

L'absence de développement personnel pourrait entraîner des troubles psychologiques sur les professionnels. Elle peut être causée par un travail répétitif comme nous venons de le voir mais également par d'autres facteurs comme les relations que le TRM entretient avec les membres de son équipe. Comment les TRM vivent-ils le travail d'équipe ?

#### ***4.2.7. Travail d'équipe***

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, selon Mehrez (2014), il existe des comportements favorables et défavorables qui influent directement sur les facteurs déterminants la cohésion professionnelle. Il en ressort un parallèle avec la réalité sur le terrain.

En effet, les TRM évoluent au contact de différents professionnels de la santé avec qui ils doivent collaborer dans l'intérêt premier du patient. Nous avons vu que les relations entre collègues étaient de manière générale bien gérées. Cependant, les difficultés ont été soulevées lors des rapports avec la hiérarchie. En effet, nous avons mis en évidence que le cadre de travail relationnel est source de troubles psychosociaux lorsqu'il est défavorable. Les relations saines et agréables sont déterminantes au bien-être et à la qualité de vie au travail.

Nous avons également remarqué que la reconnaissance était la base de l'édifice du travail. Elle est une des sources de motivation principale. Effectivement, au-delà du travail, la reconnaissance touche l'individu dans sa globalité. Les conséquences touchent donc l'individu dans sa vie professionnelle mais également dans sa vie privée. Comme Brun (2008) l'expose, les quatre formes de reconnaissance font parties du processus global de reconnaissance au travail. Comme nous l'avons décrit dans le cadre théorique, le personnel a besoin de ces quatre parties pour sentir l'utilité de sa place au sein du service. Cette caractéristique du travail est indispensable à la valorisation sans laquelle l'individu est sujet à l'apparition de troubles psychosociaux tel que la dépréciation de soi.

Comme tous les métiers de soignant, les TRM collaborent avec d'autres professionnels. Ensemble ils gravitent autour du patient pour lui apporter des soins adaptés. Ce dernier est donc au centre de l'attention. Comment les TRM surmontent-ils la confrontation à la détresse et la souffrance des patients ?

#### ***4.2.8 Gestion des émotions***

Travailler au sein d'un établissement hospitalier demande un certain investissement relationnel. Cela implique une collaboration interprofessionnelle comme nous l'avons vu précédemment, mais cela comprend aussi tout l'aspect relationnel avec les patients.

Il ressort des entretiens que la gestion des émotions reste un grand défi pour les TRM. En effet, il est difficile pour eux de se protéger de tous ces affects émotionnels qui font surface. Le milieu hospitalier regorge de malades et de personnes en souffrance et travailler quotidiennement dans une atmosphère lourde peut être compliqué à gérer d'un point de vue psychique. C'est pourquoi le thème de la gestion des émotions exposé dans le cadre théorique souligne l'importance pour les soignants de garder une juste distance avec la patientèle pour éviter un surinvestissement (Mercadier, 2008).

De plus, l'identification est un point qui revient régulièrement dans les interviews. Effectivement, ce sentiment incontrôlable, abordé par Mercadier (2008), reflète la dure réalité : tout le monde peut être atteint d'une maladie, mais tout le monde ne peut pas en guérir. D'après Cludy (2012), il est fréquent pour les soignants de projeter de manière inconsciente leur propre histoire sur celle de leurs patients. Lorsque cela se produit, l'intervention d'un tiers est alors nécessaire pour sortir le soignant pris au piège de cette situation.

Chacun possède ses zones de solidité et de fragilité, dont il est plus ou moins conscient. Par ailleurs, les crises inévitables de la vie risquent d'infiltrer leur pratique sans qu'ils le sachent tout à fait, ni qu'ils en soient totalement conscients (Cludy, 2012, p. 35).

Ainsi, il est très complexe pour un soignant de savoir trouver cette bonne distance avec ses patients. Le plus souvent c'est un membre de l'équipe, qui aura plus de recul et un autre regard, qui permettra d'appréhender ce type de situation. Savoir déceler ce type de problème permet d'éviter un surinvestissement du soignant qui sur le long terme peut engendrer un épuisement professionnel.

Les entretiens ont mis en évidence un sujet qui n'avait pas été abordé dans le cadre théorique, celui de la conciliation de la vie privée et la vie professionnelle. En effet, toutes les émotions ressenties au sein de l'hôpital restent dans l'esprit des TRM une fois qu'ils retrouvent leurs proches à la maison. Il n'est pas facile de créer une séparation distincte entre le travail et la vie personnelle, ainsi ils peinent à oublier les situations difficiles qu'ils ont pu voir dans leur journée. Pour certains, cela les marquera pour le reste de leur vie. Malgré le défi émotionnel que cela peut représenter, il n'est malheureusement pas possible de s'en décharger à la maison. Ainsi, les TRM mettent en place des ressources afin de palier à cette détresse intérieure.

Comme il a été évoqué dans le cadre théorique, les TRM ont diverses stratégies d'adaptation pour faire face aux situations qui les dépassent. Les interviews ont démontré que l'humour a une grande place dans le quotidien des techniciens. En effet, cela permet aux soignants de décompresser et d'exorciser les peurs et les angoisses (Mercadier, 2008).

Les interrogés ont démontré que l'entraide entre collègues leur apporte également un grand soutien. Effectivement, cela permet de surmonter bien des obstacles. Savoir que l'on peut compter sur un collègue et déléguer lorsqu'une situation nous surpasse émotionnellement est un grand soulagement.

Ainsi, ces diverses stratégies mises en place par les TRM leur permettent de rester efficaces dans leur travail tout en se préservant d'une surcharge émotionnelle. Avoir un bon équilibre entre la technique et la relation avec les patients est essentiel afin d'éviter un épuisement professionnel sur le long terme.



## **5. Limites et perspectives**

---

### **5.1. Limites de recherches**

L'élaboration de notre travail s'appuie sur les critères de la pénibilité physique du métier de TRM, des éléments concrets et mesurables. Au travers de cette étude, nous nous sommes penchées sur les risques psychosociaux que comporte la profession de technicien. Ces points sont, eux au contraire, plus abstraits. Pour pouvoir documenter ces points plus abstraits, il était nécessaire d'interviewer les TRM afin de connaître la manière dont ils vivent ces différents aspects.

### **5.2. Perspectives de recherche**

Suite à ce travail, différentes pistes de recherche seraient intéressantes à exploiter, notamment concernant la méthode de recherche, l'organisation de travail et la place accordée aux TRM.

Dans un premier temps, notre travail s'est basé sur les critères d'attribution de la pénibilité à partir desquels nous avons eu la volonté de découvrir les risques psychosociaux du métier de TRM ainsi que ses conséquences. Etant donné que le statut de pénibilité s'adresse uniquement aux professions du secteur public, nous avons concentré nos recherches dans l'hôpital public de Genève : les HUG. Ainsi, il serait intéressant également de faire une étude sur les risques psychosociaux dans les institutions privées. Actuellement, nous ne savons pas si nos conclusions peuvent être extrapolées au domaine du privé qui a un fonctionnement relativement différent des hôpitaux publics. Le fait d'étendre le champ de recherche permettrait d'enrichir, compléter voire confirmer les constatations faites jusqu'à présent dans notre travail.

Concernant l'organisation du travail, notre étude a mis en évidence un certain dysfonctionnement affectant les conditions de travail dans lesquelles les TRM évoluent. Cet

environnement de travail a directement un impact sur les employés. Les TRM font écho d'une envie d'améliorer certains points de la gestion des services. Grâce à leur expérience et leur expertise du terrain, ils ont connaissance des problèmes et des démarches à initier pour améliorer le service. Une des pistes pourrait être la mise en place d'un sondage, auprès de ces professionnels, sur la manière de repenser l'organisation. D'après les propositions faites par les TRM, une réunion des chefs de service pourrait être effectuée afin de traiter et mettre en place les nouvelles mesures. Ainsi, l'implication suscitée serait une marque de considération et de reconnaissance pour les TRM.

Dans un troisième temps, être à l'écoute des techniciens en radiologie médicale permettrait de déceler des personnes en situation de détresse psychologique. Par exemple, il pourrait être envisagé de prendre un temps de discussion lors des réunions de déclaration d'incident des services. Cela permettrait de faire une mise au point sur la santé psychique des TRM et des défis émotionnels pouvant être rencontrés sur le terrain. Le bien-être des employés au travail est primordial, ainsi l'apport d'un soutien est indispensable à l'équilibre du travail d'équipe. Mettre des moyens en œuvre pour que les TRM puissent collaborer de manière optimale autour du patient est essentiel pour un établissement hospitalier.

## 6. Conclusion

---

Notre travail porte sur les risques psychosociaux du métier de TRM et les conséquences que cela peut avoir sur le quotidien de ces professionnels de la santé. A la suite de notre étude, nous pouvons désormais affirmer que les conditions de travail des techniciens affectent leur vie professionnelle ainsi que leur vie personnelle. Tant les horaires irréguliers, l'organisation, l'environnement de travail et les relations professionnelles ont un rôle primordial dans le bien-être et l'épanouissement professionnel. Nous constatons que les techniciens en radiologie médicale manifestent un réel dynamisme pour tenter d'améliorer leur profession et d'augmenter les performances du service. Ce volontarisme leur permet donc de ne pas se retrouver dans des situations psychologiques extrêmes. Cependant, du fait que les TRM ne se sentent pas réellement pris en compte dans leur souffrance physique et leur affect mental, il en découle une démotivation et une lassitude professionnelle au fil des années.

Nos recherches littéraires alliées à un recueil de données auprès des TRM du terrain nous ont permis d'établir cette conclusion. Ainsi, nous avons pu répondre à la problématique principale émise au début de notre travail : au-delà des aspects physiques de la pénibilité du métier de TRM, quels sont les facteurs de risques psychosociaux et en quoi peuvent-ils affecter le quotidien de ces professionnels de la santé ?

L'exposition de ces résultats a pour but de contribuer à une prise de conscience des conditions de travail, avec tous les risques psychosociaux que cela implique, dans lesquelles les TRM doivent évoluer quotidiennement. Cette profession gagne à être connue du grand public et mérite d'être valorisée. Compte tenu de la progression technologique constante dont le métier de TRM fait part, la place des techniciens dans les soins est légitime.

# Références bibliographiques

---

## Liste de référence bibliographiques

Albarello, L. (1999). Apprendre à chercher : l'acteur social et la recherche scientifique. Paris, Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a.

Art. 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève (LCPEG ; LG B 5 22). Accès [http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg\\_b5\\_22.html](http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_b5_22.html)

Art. 12 de la loi sur la rente-pont AVS du 1er janvier 2014 (LRP ; B 5 20). Accès [http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg\\_b5\\_20.html](http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_b5_20.html)

Barruel, F. (2015). Burn-out ou risques psychosociaux (RPS) ? Pour une approche psychodynamique du travail. *Psycho-Oncol*, 9, 14-18

Blanchet, A. & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.

Bourdeaut, F. (2006). Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Ethique & Santé*, 3, 133-137.

Brun, J-P. (2008). La reconnaissance au travail. *Sciences humaines - Les Grands Dossiers*, 12. 64-67.

Callahan, S. & Chabrol, H. (2013). *Mécanismes de défense et coping (2<sup>ème</sup> éd.)*. Paris : Dunod.

Centre d'information et de documentation sur le bruit. (2017). *Bruit et Santé*. Accès <http://www.bruit.fr/images/stories/pdf/guide-bruit-sante-cidb-2013.pdf>

Clot, Y. (2014). *Yves CLOT nous parle des risques psychosociaux*. [Vidéo en ligne]. Accès <https://www.youtube.com/watch?v=N6kRiG2gvWY&t=892s>

- Cludy, L. (2012). Le métier d'infirmière, subtil équilibre entre technique et relation. *La revue de l'infirmière*, 186, 33-35.
- Courtais, C. (2014). *Les 5 principes fondamentaux du management participatif*. Accès <http://www.ac-formations-consulting.fr/les-5-principes-fondamentaux-du-management-participatif/>
- Davezies, P. (2012). *Souffrances psychiques et travail, évolutions et perspectives*. Accès <http://gestes.net/wp-content/uploads/2013/06/A1-Davezies-texte.pdf?c03ba0>
- Édouard, F. (2010). *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*, I-9-I-10. Accès [http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2010/2010\\_12\\_francois\\_edouard.pdf](http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2010/2010_12_francois_edouard.pdf)
- FO-Santé. (2011). *Le risques : "temps de travail"*. Accès <https://fo-sante.org/2011/07/n2-le-risque-temps-de-travail/>
- FO-Santé. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Accès <https://fo-sante.org/2011/04/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les-maitriser/>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Guide des compétences clés. (2014). *Aide n°2 Ressources internes de la personne*. Accès [http://guidecompetencescles.scola.ac-paris.fr/Doc/A2\\_Ressources\\_internes.pdf](http://guidecompetencescles.scola.ac-paris.fr/Doc/A2_Ressources_internes.pdf)
- Haute école de santé de Genève. (2017). *Technique en radiologie médicale*. Accès <https://www.hesge.ch/heds/formation-base/bachelor/technique-en-radiologie-medicale>
- Haute école de santé Vaud. (2017). *La profession de technicien en radiologie médicale*. Accès <http://www.hesav.ch/formation/technique-en-radiologie-medicale/profession>
- INRS. (2015). *Troubles musculosquelettiques (TMS)*. Accès <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>

- Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale : une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique*. (Thèse. Faculté des études supérieures en sociologie – Université de Montréal). Accès [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/14848/Marchand\\_Alain\\_2004\\_these.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/14848/Marchand_Alain_2004_these.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Medi-lum. (2017). *Les besoins en lumière et l'éclairage au travail*. Accès <http://www.medi-lum.ch/eclairage-bureau-maux-de-teteirritation-oculaire-fatigue>
- Mehrez, H. (2014). Relations professionnelles et gestion des conflits au travail. Accès <https://www.bacstmg.net/docs/bf48e5717693217e7c0bb12e4a3a3be5-bac-chapitre-13-relations-professionnelles-et-gestion-des-conflits-rh-tstmg-mehrez.pdf>
- Mercadier, C. (2008). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan.
- Mercadier, C. (2008). Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin. *Soins cadres de santé*, 65, 19-22.
- Mezerai, M., Dahane, A., Tachon, J-P. (2006). Dépression dans le milieu du travail. *Presse Med*, 35, 823-830
- Officiel Prévention. (2013). *La notion de charge mentale au travail*. Accès [http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail\\_dossier\\_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossid=463](http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossid=463)
- Organisation internationale du travail. (2000). *Rapport sur la santé mentale au travail en Allemagne, aux Etats- Unis, en Finlande, en Pologne et au Royaume-Uni*. Accès [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_008282/lang--fr/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008282/lang--fr/index.htm)
- Perrenoud, P. (2002). L'autonomie, une question de compétence ? *Résonances*, (1), 16-18. Accès <https://edudoc.ch/record/25060/files/02%20Resonances%20sept.pdf>

Service-Public.fr. (2017). *Compte de prévention de pénibilité*. Accès <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15504>

Site officiel de l'Etat de Genève. (2013). *Règlement d'application de l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève (RCPEG-23)*. Accès [https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg\\_b5\\_22p05.html](https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg_b5_22p05.html)

Société française de radiologie & Fédération de radiologie interventionnelle. (2011). *Radiologie interventionnelle en France*. Accès [http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2011/htm-20110201-160438-609/src/htm\\_fullText/fr/Présentation%20RI%20en%20france%20en%202010%20V2.pdf](http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2011/htm-20110201-160438-609/src/htm_fullText/fr/Présentation%20RI%20en%20france%20en%202010%20V2.pdf)

Sorrentino, G. (2011). *La prévention en Action : guide méthodologique pour la prévention des risques psychosociaux dans le médico-social*. [Brochure]. Accès [http://www.sante-securite-paca.org/documentation/pdf\\_documentation/prevention\\_action/risques\\_psychosociaux.pdf](http://www.sante-securite-paca.org/documentation/pdf_documentation/prevention_action/risques_psychosociaux.pdf)

Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs. (2017). *Fusion CIA-CEH : l'enjeu majeur de la pénibilité*. Accès <http://www.sitge.ch/spip/spip.php?article213>

Vézina, M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique. *Santé Publique*, 20, 121-128

## Bibliographie

Bodier, M. & Gollac M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* [Rapport]. Accès [http://www.psychologuedutravail.com/wp-content/uploads/2011/02/GOLLAC-resume\\_rapport\\_SRPST\\_definitif.pdf](http://www.psychologuedutravail.com/wp-content/uploads/2011/02/GOLLAC-resume_rapport_SRPST_definitif.pdf)

Canouï, P. & Mauranges, A. (2004). *Le burn out : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse aux réponses*. Paris : Masson

Chabrol, H. (2005). Recherche en soins infirmiers. *Association de recherche en soins infirmiers*, 82. Accès <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>

- Coutenot, A. & Orange, M. (2007). *Les soignants sont-ils de bons conciliateurs de la vie domestique et professionnelle ?* (Travail de Bachelor non publié). Haute école de Santé, Genève.
- Da Costa, D & Guney, A. (2012). *Quelle est l'activité de la technicienne en radiologie médical en fin de carrière ?* (Travail de Bachelor non publié). Haute école de Santé, Genève
- Esnard, C., Bordel, S. & Somat, A. (2013). Les soignants face au burnout : quelles attributions causales ? *Pratiques psychologiques*, 19, 147–161
- Gosselin, L. (2003). La fatigue visuelle. *Le médecin du Québec*, 38(5), 1-4. Accès <https://fmoqlegacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/099-102MTGOSSELIN0503.pdf>
- Le Monde. (2007). *Physiques ou psychologiques, les formes de pénibilité au travail ont changé depuis une vingtaine d'années.*  
Accès [http://www.lemonde.fr/societe/chat/2007/09/26/physiques-ou-psychologiques-les-formes-de-penibilite-au-travail-ont-change-depuis-une-vingtaine-d-annees\\_959599\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/chat/2007/09/26/physiques-ou-psychologiques-les-formes-de-penibilite-au-travail-ont-change-depuis-une-vingtaine-d-annees_959599_3224.html)
- Luzi, J. & Luzi, S. (2014). *Mobilisez vos ressources émotionnelles : Comment optimiser vos capacités pour surmonter les défis.* Paris : Dunod
- Medi-lum. (2017). *Travail de nuit ou posté.* Accès <http://www.medi-lum.ch/travail-de-nuit>
- Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs. (2011). *Mobbing et harcèlement psychologique au travail.* Accès [http://www.sit-syndicat.ch/spip/IMG/pdf/Mobbing\\_2011-2.pdf](http://www.sit-syndicat.ch/spip/IMG/pdf/Mobbing_2011-2.pdf)
- Yilmaz, E. (2006). *Pénibilité du travail. Evaluation statistique.* [Brochure]. Accès [http://cinik.free.fr/chlo/doc%20dans%20biblio,%20non%20imprimés/penibilite\\_travail\\_evaluation\\_statistique\\_55.pdf](http://cinik.free.fr/chlo/doc%20dans%20biblio,%20non%20imprimés/penibilite_travail_evaluation_statistique_55.pdf)



## Annexes

---

### Annexe 1 : Guide d'entretien

#### **Introduction :**

Nous vous remercions d'avoir accepté cet entretien et du temps que vous nous consacrez. Nous sommes trois étudiantes en dernière année de la formation Technicien en Radiologie Médicale. Notre travail de Bachelor porte sur le statut de pénibilité qui est en cours d'attribution. Les critères de pénibilité sont basés essentiellement sur "des critères de sollicitation physique, d'influences environnementales et de temps de travail irrégulier". Le fait d'obtenir la pénibilité serait un progrès dans la reconnaissance du métier de technicien en radiologie médicale, cependant les risques psychosociaux liés à ces critères ne sont pas pris en compte. C'est pourquoi nous souhaiterions étudier cette problématique dans le cadre de notre travail et ainsi que vous puissiez nous faire part de la manière dont vous vivez votre quotidien professionnel.

**Problématique :** Au delà des aspects physiques de la pénibilité du métier de TRM, quels sont les facteurs de risques psychosociaux et en quoi peuvent-ils affecter le quotidien de ces professionnels de la santé ?

#### **Général :**

1. **Depuis quand occupez-vous votre poste ?**
2. **Que pensez-vous et comment vivez-vous la polyvalence ?**
3. **Quels défis/situations sensibles ou critiques rencontrez-vous dans votre profession ?**

#### **Physique :**

4. **Actuellement comment évaluez-vous l'aspect physique de votre métier ?**

#### **Horaires :**

5. **Nous savons que le métier de TRM comporte des horaires irréguliers, comment le vivez-vous ?**
  - a. Cela a-t-il un impact sur votre rythme de vie ?
  - b. Cela a-t-il un impact sur votre impact sur la vie personnelle ?

#### **Environnement :**

6. **Concernant votre poste, y-a-t'il selon vous des contraintes liées à l'environnement (conception des lieux) et des nuisances physiques (bruit, chaleur, RX, ...) ?**
  - a. Cela a-t-il un impact sur votre rythme de vie ?
  - b. Cela a-t-il un impact sur votre impact sur la vie personnelle ?

### **Organisation :**

7. **Dans quelle mesure l'organisation du service est-elle adaptée au travail ?**
  - a. Cela a-t-il un impact sur votre rythme de vie ?
  - b. Cela a-t-il un impact sur votre impact sur la vie personnelle ?

### **Relation avec hiérarchie et collègues :**

8. **Comment se passe vos relations professionnelles (hiérarchie et collègues) ?**
  - a. Cela a-t-il un impact sur votre impact sur la vie personnelle ?

### **Gestion des émotions :**

9. **Dans votre quotidien, comment faites-vous face aux défis/situations émotionnels ?**
  - a. Eprenevez-vous des difficultés à gérer ces émotions ?
  - b. Quelles stratégies mettez-vous en place pour faire face à ces émotions ?
10. **Pourriez-vous nous raconter une situation au cours de laquelle vous avez du faire des compromis particulièrement difficiles.**

### **Conclusion :**

11. **Que souhaiteriez-vous changer dans votre activité et pourquoi ? (D'un point de vue social et technique)**
12. **Comment envisagez-vous votre avenir dans cette profession ?**

## Annexe 2 : Demandes d'autorisation pour enquêter dans les institutions

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

Filière Technique en radiologie médicale

Charline Bury, Lélia Monney, Jessica Placido Soares  
Haute Ecole de Santé  
Avenue de Champel, 47  
1206 Genève

Monsieur Riondel François  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
Rue Gabrielle Perret-Gentil, 4  
1211 Genève

Genève, le 06.04.2017

### Demande d'autorisation pour enquêter dans votre institution

Monsieur Riondel,

Nous sommes étudiantes de troisième et dernière année de formation à la Haute école de santé de Genève.


Dans le cadre de cette formation, il nous est demandé de concevoir un travail de Bachelor et nous aurions souhaité réaliser un entretien auprès de techniciens en radiologie médicale de différentes modalités aux HUG.

Le statut de pénibilité est en cours d'attribution. Elle s'adresse aux personnes employées dans le secteur public. Selon l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance d'Etat de Genève (LCPEG-23), l'attribution du statut de pénibilité est basée sur des "critères de sollicitation physique, d'influences environnementales et de temps de travail irrégulier". Le fait d'obtenir ce statut serait un progrès dans la reconnaissance du métier de technicien en radiologie médicale, cependant les risques psychosociaux liés à ces critères ne sont pas pris en compte c'est pourquoi nous souhaiterions étudier cette problématique dans le cadre de notre travail de Bachelor.

Pour ce faire, nous aimerions interroger un technicien en radiologie médicale pour chaque modalité d'imagerie médicale (**radiologie conventionnelle, angiographie, CT, IRM**, médecine nucléaire, radio-oncologie), afin qu'il nous fasse part de la manière dont il vit son quotidien professionnel. Le contexte de travail des HUG présente des spécificités en relation avec notre question de recherche.

En espérant une réponse favorable à la réalisation de nos entretiens, nous vous adressons nos meilleurs remerciements,

Charline Bury, Lélia Monney et Jessica Placido Soares



Lu et approuvé le 06.04.2017,  
Seferdjeli Laurence, directrice du travail de Bachelor



Charline Bury, Lélia Monney, Jessica Placido Soares  
Haute Ecole de Santé  
Avenue de Champel, 47  
1206 Genève

Monsieur Miguel Velazquez  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
Rue Gabrielle Perret-Gentil, 4  
1211 Genève

Genève, le 06.04.2017

### **Demande d'autorisation pour enquêter dans votre institution**

Monsieur Velazquez,

Nous sommes étudiantes de troisième et dernière année de formation à la Haute école de santé de Genève.

Dans le cadre de cette formation, il nous est demandé de concevoir un travail de Bachelor et nous aurions souhaité réaliser un entretien auprès de techniciens en radiologie médicale de différentes modalités aux HUG.

Le statut de pénibilité est en cours d'attribution. Elle s'adresse aux personnes employées dans le secteur public. Selon l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance d'Etat de Genève (LCPEG-23), l'attribution du statut de pénibilité est basée sur des "critères de sollicitation physique, d'influences environnementales et de temps de travail irrégulier". Le fait d'obtenir ce statut serait un progrès dans la reconnaissance du métier de technicien en radiologie médicale, cependant les risques psychosociaux liés à ces critères ne sont pas pris en compte c'est pourquoi nous souhaiterions étudier cette problématique dans le cadre de notre travail de Bachelor.

Pour ce faire, nous aimerions interroger un technicien en radiologie médicale pour chaque modalité d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle, angiographie, CT, IRM, **médecine nucléaire**, radio-oncologie), afin qu'il nous fasse part de la manière dont il vit son quotidien professionnel. Le contexte de travail des HUG présente des spécificités en relation avec notre question de recherche.

En espérant une réponse favorable à la réalisation de nos entretiens, nous vous adressons nos meilleurs remerciements,

Charline Bury, Lélia Monney et Jessica Placido Soares



**Lu et approuvé le 06.04.2017,**  
**Seferdjeli Laurence, directrice du travail de Bachelor**



Charline Bury, Lélia Monney, Jessica Placido Soares  
Haute Ecole de Santé  
Avenue de Champel, 47  
1206 Genève

Monsieur Olivier Rinaldi  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
Avenue de la Roseaie 53  
1205 Genève

Genève, le 06.04.2017

**Demande d'autorisation pour enquêter dans votre institution**

Monsieur Rinaldi,

Nous sommes étudiantes de troisième et dernière année de formation à la Haute école de santé de Genève.

Dans le cadre de cette formation, il nous est demandé de concevoir un travail de Bachelor et nous aurions souhaité réaliser un entretien auprès de techniciens en radiologie médicale de différentes modalités aux HUG.

Le statut de pénibilité est en cours d'attribution. Elle s'adresse aux personnes employées dans le secteur public. Selon l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance d'Etat de Genève (LCPEG-23), l'attribution du statut de pénibilité est basée sur des "critères de sollicitation physique, d'influences environnementales et de temps de travail irrégulier". Le fait d'obtenir ce statut serait un progrès dans la reconnaissance du métier de technicien en radiologie médicale, cependant les risques psychosociaux liés à ces critères ne sont pas pris en compte c'est pourquoi nous souhaiterions étudier cette problématique dans le cadre de notre travail de Bachelor.

Pour ce faire, nous aimerions interroger un technicien en radiologie médicale pour chaque modalité d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle, angiographie, CT, IRM, médecine nucléaire, **radio-oncologie**), afin qu'il nous fasse part de la manière dont il vit son quotidien professionnel. Le contexte de travail des HUG présente des spécificités en relation avec notre question de recherche.

En espérant une réponse favorable à la réalisation de nos entretiens, nous vous adressons nos meilleurs remerciements,

Charline Bury, Lélia Monney et Jessica Placido Soares



**Lu et approuvé le 06.04.2017,**  
**Seferdjeli Laurence, directrice du travail de Bachelor**



## Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé et libre

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

Filière Technique en radiologie médicale

### Formulaire de consentement éclairé et libre

La loi fédérale sur la protection des données (LPD) du 19 juin 1992, protège la personnalité et les droits fondamentaux des personnes qui font l'objet d'un traitement de données (art.1).

Dans le cadre de leur formation et de la réalisation de leur travail de Bachelor, les étudiant-e-s de la Haute école de santé de Genève sont appelé-e-s à travailler avec des données personnelles et sensibles qui touchent à la santé et/ou à la sphère privée des personnes interrogées.

En référence à la LPD, les personnes doivent donner leur consentement libre et éclairé par écrit pour la récolte et le traitement anonyme des données les concernant.

Ainsi, la personne soussignée :

- certifie avoir été informée sur les objectifs et la procédure de l'étude (feuille d'information) ;
- affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaitait ;
- atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé ;
- a été informée qu'elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans préjudice d'aucune sorte ;
- consent à ce que les données recueillies pendant l'étude puissent être transmises à des personnes extérieures, elles-mêmes tenues de respecter la confidentialité de ces informations.

Madame / Monsieur

Nom ..... Prénom .....

autorise l'étudiantes

Nom : Bury ..... Prénom : Charline .....

Nom : Monney ..... Prénom : Lélia .....

Nom : Placido Soares ..... Prénom : Jessica .....

à travailler avec les données sensibles qu'il-elle-s lui-leur a livré.

Fait à ..... le .....

Signature de la personne concernée :

**Informations pour les personnes participant au travail de Bachelor (TB)**Thématique :

Le thème de notre travail porte sur les risques psychosociaux engendrés par la pénibilité du métier de TRM. Nous allons étudier les facteurs de risques rencontrés dans le quotidien des professionnels de l'imagerie médicale.

Buts :

Notre travail de Bachelor consiste à mettre en lien les facteurs de la pénibilité et les risques psychosociaux qu'ils peuvent engendrer.

Déroulement :

Les entretiens sont réalisés par une étudiante et ils seront enregistrés sous forme audio afin de permettre une retranscription.

Population cible :

Notre travail cible des TRM de tout âge et sexe travaillant au sein des HUG dans différentes modalités (CT-Scan , radio conventionnelle, médecine nucléaire, radio-oncologie, IRM et angiographie). Cela nous permet de couvrir un large champ d'exploration.

Outil d'enquête :

Nous avons établi un guide d'entretien qui nous permet d'avoir une trame à suivre durant les interviews.

Nous vous proposons un entretien d'environ *45 minutes*. Celui-ci sera enregistré puis transcrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données seront effacées une fois le Travail de Bachelor validé.

Ces données resteront confidentielles et seront rendues anonymes. Si cette étude donne lieu à une publication scientifique, nous garantissons qu'il sera impossible d'identifier les participants-es.

Même si vous acceptez de participer dans un premier temps, vous restez libre de vous retirer de l'étude à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à nous donner de raisons.

A tout moment, vous pouvez vous adresser aux personnes ci-dessous afin d'obtenir des informations supplémentaires.

Le-les étudiant-e-s soussigné-e-s s'engagent à respecter la confidentialité des informations recueillies.

Nom de-des étudiant-e-s :

*Placido Soares Jessica*  
*Bury Charline*  
*Monney Lélia*

Nom du Directeur-trice du travail de Bachelor

*Seferdjeli Laurence*



HEdS – Haute école de santé Genève  
47, avenue de Champel  
1206 Genève  
Tel. : 022 388.56.00

# **Annexe 4 : Règlement d'application de l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève (RCPEG-23)**

## **Règlement d'application de l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève (RCPEG-23)**

**B 5 22.05**

*du 26 juin 2013*

(Entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> janvier 2014)

---

Le CONSEIL D'ÉTAT de la République et canton de Genève,  
vu l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève, du 14 septembre 2012 (ci-après : la loi),  
arrête :

### **Art. 1      Objet**

<sup>1</sup> Le présent règlement a pour objet de définir les fonctions répondant aux critères de pénibilité physique, au sens de l'article 23, alinéa 2, de la loi.

<sup>2</sup> Il s'applique à l'ensemble des salariés des employeurs affiliés au sens de l'article 7 de la loi.

### **Art. 2      Principes**

<sup>1</sup> La pénibilité physique concerne exclusivement les membres salariés de la classe 4 à la classe 17 y comprise de l'échelle des traitements, selon la loi concernant le traitement et les diverses prestations alloués aux membres du personnel de l'Etat, du pouvoir judiciaire et des établissements hospitaliers, du 21 décembre 1973 (ci-après : la loi sur le traitement).

<sup>2</sup> Pour les employés non soumis à la loi sur le traitement, un seuil équivalent est applicable par analogie.

### **Art. 3      Critères d'évaluation**

<sup>1</sup> L'activité à pénibilité physique se détermine selon les 3 critères fixés à l'article 23 de la loi, pondérés par les facteurs suivants :

- a) influence sur la vie quotidienne des personnes concernées;
- b) intensité;
- c) fréquence.

<sup>2</sup> La méthodologie retenue par l'office du personnel de l'Etat sert également aux autres employeurs affiliés à la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève.

### **Art. 4      Liste des fonctions concernées**

<sup>1</sup> La liste exhaustive des fonctions présentant un caractère de pénibilité physique est annexée au présent règlement.

<sup>2</sup> Toute modification du périmètre des fonctions énumérées dans l'annexe suit la procédure décrite aux articles 6 et 7.



**Art. 5<sup>(2)</sup> Commission technique**

Une commission technique composée de 10 membres, dont 5 représentants de l'office du personnel de l'Etat et 5 représentants des organisations représentatives du personnel, se réunit une fois par année aux fins de proposer, le cas échéant, les modifications jugées utiles à la liste des fonctions présentant un caractère de pénibilité physique, compte tenu notamment de l'évolution des métiers.

**Art. 6 Réexamen de la liste**

L'évaluation des fonctions présentant un caractère de pénibilité physique est révisée périodiquement à l'initiative de l'office du personnel de l'Etat, des autres employeurs affiliés ou de la commission technique.

**Art. 7 Modifications ultérieures**

La commission des finances du Grand Conseil préavise toute modification du présent règlement ou de son annexe avant son adoption par le Conseil d'Etat.

**Art. 8 Entrée en vigueur**

Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**Art. 9 Disposition transitoire**

Le présent règlement ne déploie aucun effet avant la mise en œuvre du nouveau plan de prestations de la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève selon l'article 65 de la loi.

**Annexe : Liste des activités à pénibilité physique<sup>(4)</sup>**

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| Agent – PSI                                                      |
| Agent d'exploitation centre de contrôle                          |
| Agent d'exploitation EUR (secteur EUR/entretien réseau primaire) |
| Agent d'intervention (exploitation Aïre)                         |
| Agent de piste polyvalent                                        |
| Agent propreté et hygiène                                        |
| Agent sécurité et surveillance                                   |
| Aide à domicile                                                  |
| Aide en soins et accompagnement                                  |
| Aide familial                                                    |
| Aide hospitalier                                                 |
| Aide-soignant                                                    |
| Ambulancier                                                      |
| Ambulancier-sapeur                                               |
| Animalier                                                        |
| Appointé – PSI                                                   |
| Appointé ambulancier-sapeur                                      |

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| Appointé sapeur aviation                                                    |
| Assistant de vol – ambulancier                                              |
| Assistant en soins et santé communautaire                                   |
| Assistant sécurité publique 3                                               |
| Assistant sécurité publique 4                                               |
| Assistant technique stérilisation                                           |
| Buandier / blanchisseur                                                     |
| Cantonnier                                                                  |
| Caporal – PSI                                                               |
| Cardiomobiliste                                                             |
| Chargé de conduite et d'exploitation, niv. I (exploitation Aïre et St-Jean) |
| Chargé de conduite et d'exploitation, niv. II (exploitation Aïre)           |
| Chauffeur ambulancier                                                       |
| Chauffeur poids lourds                                                      |
| Conducteur balayeuse/gros engin                                             |
| Conducteur de pont roulant (exploitation)                                   |
| Cuisinier                                                                   |
| Forestier-bûcheron                                                          |
| Gardien de fourrière                                                        |
| Horticulteur / jardinier                                                    |
| Infirmier assistant                                                         |
| Infirmier diplômé                                                           |
| Infirmier spécialisé                                                        |
| Mécanicien sur véhicules                                                    |
| Nurse                                                                       |
| Pâtissier / boulanger                                                       |
| Peseur-caissier                                                             |
| Préparateur en pathologie                                                   |
| Sage-femme diplômée                                                         |
| Sapeur aviation                                                             |
| Sergent – PSI                                                               |
| Sous-chef section feu                                                       |
| Technicien en radiologie médicale                                           |
| Transporteur brancardier                                                    |
| Transporteur distributeur                                                   |

| RSG              | Intitulé                                                                                                | Date d'adoption | Entrée en vigueur |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| <b>B 5 22.05</b> | <b>R d'application de l'article 23 de la loi instituant la Caisse de prévoyance de l'Etat de Genève</b> | 26.06.2013      | 01.01.2014        |
|                  | <i>Modifications :</i>                                                                                  |                 |                   |
|                  | 1. <i>n.t.</i> : annexe                                                                                 | 18.12.2013      | 01.01.2014        |
|                  | 2. <i>n.t.</i> : 5                                                                                      | 23.07.2014      | 30.07.2014        |
|                  | 3. <i>n.t.</i> : annexe                                                                                 | 15.06.2016      | 22.06.2016        |
|                  | 4. <i>n.t.</i> : annexe                                                                                 | 21.06.2017      | 28.06.2017        |