

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Problématique et question de recherche	1
2.1.	Le patient polytraumatisé	1
2.2.	Le <i>trauma team</i>	2
2.3.	La prise en charge du patient polytraumatisé par le technicien en radiologie médicale	3
2.3.1.	L'imagerie diagnostique initiale du patient polytraumatisé	3
2.3.2.	Les rôles et les compétences du TRM.....	5
2.4.	La pratique collaborative interprofessionnelle	7
2.4.1.	La collaboration interprofessionnelle	7
2.4.2.	La dynamique de groupe	9
2.4.3.	Le flux opérationnel	10
2.5.	Question de recherche	11
2.6.	Buts de notre travail de Bachelor et motivations.....	12
3.	Méthodologie.....	13
3.1.	Echantillon et lieux d'enquête	13
3.2.	Construction des grilles d'entretien.....	15
3.3.	Considérations éthiques.....	18
3.4.	Limites du recueil de données	19
4.	Résultats	20
4.1.	Déroulement des entretiens	20
4.2.	Procédure d'analyse	21
4.3.	Analyse des résultats	22
4.3.1.	La communication interprofessionnelle	22
4.3.2.	La clarification des rôles et compétences	23
4.3.3.	Le travail d'équipe.....	24
4.3.4.	Le leadership collaboratif.....	25
4.3.5.	La dynamique de groupe	26
4.3.6.	L'expérience	28

5.	Discussion des résultats.....	31
5.1.	Les caractéristiques de notre échantillon.....	32
5.2.	La posture du TRM lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé.....	32
5.3.	La pratique collaborative interprofessionnelle du TRM.....	34
5.4.	La confrontation des regards entre le TRM et le médecin <i>team leader</i>	37
5.5.	La visibilité de la profession du TRM.....	39
5.6.	Le profil idéal du TRM pour la prise en charge du patient polytraumatisé.....	40
5.6.1.	Le profil idéal proposé par les TRM	40
5.6.2.	Le profil idéal proposé par les médecins <i>team leader</i>	41
5.6.3.	Le profil idéal selon nous	42
6.	Pistes d'action pour la pratique professionnelle.....	43
6.1.	Pistes d'action pour la formation initiale.....	43
6.2.	Pistes d'action pour la formation pratique.....	43
7.	Perspectives de recherche.....	45
8.	Ressenti du travail de Bachelor	46
9.	Conclusion.....	47
10.	Liste des tableaux et figures	48
11.	Liste de références.....	49
12.	Bibliographie	51
13.	Annexes	52

Liste des abréviations

<i>AIS</i>	<i>Abbreviated Injury Scale</i>
<i>ATLS</i>	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CPIS	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé
<i>CT</i>	<i>Computed Tomography</i>
DFI & OFSP	Département Fédéral de l'Intérieur & Office Fédérale de la Santé Publique
EIP	Education interprofessionnelle
<i>FAST</i>	<i>Focused Abdominal Sonography in Trauma</i>
<i>GCS</i>	<i>Glasgow Coma Scale</i>
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
HESAV	Haute Ecole de Santé Vaud
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
HVS	Hôpital du Valais
<i>ISS</i>	<i>Injury Severity Score</i>
KFH	Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses
PEC	Plan d'étude cadre
<i>RTS</i>	<i>Revised Trauma Score</i>
Rx	Radiographie
TDM	Tomodensitométrie
TRM	Technicien en radiologie médicale
VAS	Voies aériennes supérieures

1. Introduction

Le téléphone sonne, un patient polytraumatisé est en route pour l'hôpital. Une équipe interprofessionnelle se réunit et prépare l'arrivée de ce patient : le *trauma team*. Un ou deux techniciens en radiologie médicale (TRM) sont appelés à intervenir. Durant cette attente, une certaine tension se fait ressentir (Jolly, 2014). Le patient arrive et l'équipe s'organise autour de lui : il faut agir vite car ses fonctions vitales sont engagées.

L'expertise de chacun des intervenants, l'organisation, la collaboration, la communication et la dynamique de l'équipe sont de rigueur dans la prise en charge d'un tel patient. Cette dernière est complexe puisque les soins doivent sans cesse être réajustés en fonction de son état.

Dans cette agitation, le TRM, en tant que professionnel et membre du *trauma team*, joue un rôle important dans la réalisation de l'imagerie diagnostique initiale.

La démarche de notre travail de Bachelor est d'identifier l'impact du TRM dans la pratique collaborative interprofessionnelle lors de la réalisation des bilans radiologiques.

Dans ce but, nous avons réalisé huit entretiens semi-directifs de cinq TRM, participant à cette dynamique particulière, et trois médecins, ayant le rôle de *team leader* lors d'une telle prise en charge.

2. Problématique et question de recherche

2.1. Le patient polytraumatisé

Un polytraumatisé est défini comme un patient ayant plusieurs lésions sévères dont une au moins engage son pronostic vital. Sa prise en charge en milieu hospitalier n'est pas une situation qui laisse place à l'improvisation, mais nécessite d'avoir une stratégie bien définie, sans cesse réévaluée, de l'ensemble des moyens humains et matériels constituant la chaîne de soins (Gauss & Hamada, 2010).

Pour pouvoir juger de la gravité des lésions, plusieurs indicateurs sont alors utilisés. L'*ISS (Injury Severity Score)* est un score qui permet de caractériser les trois régions du corps les plus touchées en leur attribuant à chacune un coefficient et dont le but est d'obtenir des renseignements sur l'état lésionnel du patient. Afin de déterminer l'état de conscience du patient, c'est l'échelle de Glasgow (*GCS, Glasgow Coma Scale*) qui est employée afin d'évaluer les atteintes du système nerveux central.

L'équipe de soignants a aussi recours à d'autres indicateurs complémentaires : le *RTS (Revised Trauma Score)* utilisé lors de l'évaluation extrahospitalière, ainsi que l'*AIS (Abbreviated Injury Scale)* qui est un indicateur attribuant une valeur sur neuf régions anatomiques.

Pour permettre une réanimation structurée, un protocole a été établi par l'*American College of Surgeon* : l'*ATLS (Advanced Trauma Life Support)*. Actuellement, c'est le modèle le plus couramment utilisé, car il offre une prise en charge standardisée et a comme avantage d'avoir un langage commun, reproductible dans la majeure partie des pays d'Europe et d'Amérique (Blanc, Denys, Peloponissios, & Schoettker, 2004). Il suit une logique A-B-C-D-E décrite dans le tableau 1 ci-dessous, qui a pour objectif de respecter l'ordre de priorité des fonctions vitales.

<i>Airway + C-spine control</i>	<p>Contrôles des voies aériennes et stabilisation de rachis cervical</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perméabilité des voies aériennes supérieures (VAS) ? - Nécessité de libérer les VAS par manœuvres simples ou par intubation ? - Protection de la colonne cervicale
<i>Breathing + Oxygenation</i>	<p>Contrôle de la respiration et administration d'oxygène</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la mécanique ventilatoire - Présence d'une asymétrie de la ventilation ? - Administration d'oxygène à haut débit
<i>Circulation + Hemorrhage control</i>	<p>Contrôle de la circulation et hémostase provisoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'un pouls radial, à défaut carotidien - Recherche et contrôle d'hémorragies - Pose de deux voies veineuses périphériques courtes de gros calibre
<i>Disability</i>	<p>Recherche d'un déficit neurologique central</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du score de Glasgow - Contrôle de la taille et réactivité pupillaire
<i>Exposure</i>	<p>Exposition complète et déshabillage, puis protection contre le froid</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche et identification de lésions associées - Couverture systémique du corps entier

Tableau 1 : *ATLS*, prise en charge selon une priorisation des fonctions vitales (Blanc et al., 2004).

2.2. Le trauma team

Dans le service des urgences, une salle est dédiée à l'accueil des patients polytraumatisés, appelée salle de déchoquage ou salle de réanimation. Le patient y est amené par l'équipe extrahospitalière et une équipe interprofessionnelle, le *trauma team*, prend le relais. Cette équipe est constituée de différents professionnels de la santé dont la composition varie d'un centre à l'autre et selon les traumatismes du patient. En effet, des consultants spécifiques interviennent au cas par cas.

Lausanne, CHUV	
1.	Médecin chirurgien général, chef d'équipe
2.	Médecin anesthésiste (voies aériennes, gazométrie et voies veineuses)
3.	Médecin assistant chirurgien (examen primaire du patient)
4.	Infirmier/e anesthésiste
5.	Infirmier/e des urgences
6.	Technicien en radiologie médicale
7.	Aide de salle (chariots, lits, équipements, etc.)

Tableau 2 : Exemple de composition d'un *trauma team* (Blanc & al., 2004).

Dans tous les *trauma team*, il y a un chef d'équipe, appelé le **team leader** : son rôle est de gérer les informations venant des différents membres de l'équipe et de les analyser afin de prioriser les besoins d'examens nécessaires à la clinique (Blanc et al., 2004). Il est en quelque sorte le chef d'orchestre dont le but est d'encadrer l'équipe et de prendre les décisions médicales vers l'atteinte du **but commun du trauma team** qui vise à rétablir les fonctions vitales du patient et d'assurer sa stabilité hémodynamique.

En tant que membre du *trauma team*, le **TRM a un rôle important**, car l'imagerie fait partie intégrante de la prise en charge initiale d'un patient polytraumatisé.

2.3. La prise en charge du patient polytraumatisé par le technicien en radiologie médicale

2.3.1. L'imagerie diagnostique initiale du patient polytraumatisé

En consultant la littérature, nous avons pu remarquer qu'il existe deux bilans radiologiques :

- le **bilan primaire** se déroule en salle de déchoquage et se compose d'un examen ultrasonographique, d'une radiographie du thorax ainsi que du bassin.
- le **bilan secondaire**, réalisé dans le service de radiologie, est constitué d'un examen tomodensitométrique (TDM).

Ces deux bilans définissent l'**imagerie diagnostique initiale**. Dans l'idéal, le TRM travaille en binôme selon la disponibilité des membres de l'équipe de radiologie (Bass (communication personnelle), 17 novembre 2014).

Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous nous sommes intéressées à la pratique collaborative du TRM lors de l'imagerie diagnostique initiale au sein d'un hôpital équipé d'un plateau technique adéquat. Les examens radiologiques complémentaires peropératoires, post-opératoires, aux soins intensifs et dans le suivi thérapeutique du patient ne seront pas pris en compte dans ce travail.

L'imagerie diagnostique initiale sert de complément au diagnostic des lésions du patient polytraumatisé identifiées par le *trauma team* et permet ainsi d'orienter les soins. Dans un premier temps, il n'est pas demandé un rapport précis de la part du médecin radiologue, mais une analyse rapide des lésions sévères du patient qui engagent son pronostic vital (Bass [Présentation PowerPoint]).

Pendant la prise en charge du patient polytraumatisé, le médecin radiologue effectue un ultrason au niveau de l'abdomen, appelé **FAST écho** (*Focused Abdominal Sonography in Trauma*). Cet examen permet d'identifier la présence d'une hémorragie dans l'abdomen. Cependant, il ne donne pas d'information précise sur l'organe d'où provient ce saignement. Ensuite, une **radiographie du thorax de face** est effectuée pour visualiser les éventuelles lésions pulmonaires et du médiastin, puis une **radiographie du bassin de face**. Cette dernière permet de se prononcer sur la présence de fractures au niveau de la ceinture pelvienne qui peuvent aboutir à une hémorragie consécutive.

Ces examens radiologiques réalisés en salle de déchoquage sont généralement effectués pour tous les patients polytraumatisés qu'ils soient stables hémodynamiquement ou non (Blanc et al., 2004). Le terme hémodynamique signifie « qui se rapporte aux conditions mécaniques de la circulation du sang : pression, débit, vitesse, vasomotricité, résistance vasculaire, etc. » (Garnier & Delamare, 2012, p. 392). Un patient instable hémodynamiquement a une hémorragie qu'il faut traiter rapidement avant toute autre intervention. Elle peut provenir du thorax, de l'abdomen, du bassin, des membres ou de la peau selon Blanc et al. (2004).

Si le patient polytraumatisé présente une stabilité hémodynamique, le premier bilan radiologique est souvent complété par un **examen tomодensitométrique**. Cela implique que la salle d'examen TDM se situe de préférence proche de la salle de déchoquage afin de diminuer le temps de transfert et surtout qu'elle soit disponible. Pour la réalisation de cet examen, les TRM utilisent le **protocole whole-body** durant lequel il est couramment demandé de réaliser un **CT cérébral**, un **CT colonne cervicale** et un **CT thoraco-abdominal** (Banerjee, Ghosh, Panose, & Rudra, 2013).

2.3.2. Les rôles et les compétences du TRM

Le TRM diplômé a été formé selon un référentiel qui précise les compétences mobilisables dans le cadre de sa pratique professionnelle. La prise en charge d'un patient polytraumatisé nous a interpellés quant aux rôles et aux compétences que le TRM est censé pouvoir mobiliser dans cette situation particulière.

Le **référentiel de compétences** du plan d'étude cadre (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, 2012) a classifié les compétences à partir de **sept rôles** définis par la Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses (KFH), présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Rôles	Définition générale
A. Rôle d'Expert en technique en radiologie médicale	En tant <i>qu'expert-e-s</i> , les technicien-ne-s en radiologie médicale HES assument le leadership dans leurs champs disciplinaires au sein du contexte socio-sanitaire et sont habilité-e-s, en tant qu'expert, à expliciter un jugement professionnel.
B. Rôle de Communicateur	En tant que <i>communicateur-trice-s</i> , les technicien-ne-s en radiologie médicale HES facilitent les relations et les rapports de confiance avec les personnes et transmettent des renseignements pertinents.
C. Rôle de Collaborateur	En tant que <i>collaborateur-trice-s</i> , les technicien-ne-s en radiologie médicale HES participent efficacement à l'activité d'une équipe interprofessionnelle.
D. Rôle de Manager	En tant que <i>managers</i> , les technicien-ne-s en radiologie médicale HES exercent leur leadership professionnel en contribuant à l'efficacité des organisations tout en gérant leur pratique professionnelle et leur projet de carrière.
E. Rôle de Promoteur de la santé	En tant que <i>promoteur-trice-s de la santé</i> , les technicien-ne-s en radiologie médicale HES utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le mieux-être des patient-e-s et des collectivités.
F. Rôle d'Apprenant et Formateur	En tant <i>qu'apprenant-e-s et formateur-trice-s</i> , les technicien-ne-s en radiologie médicale HES démontrent un engagement durable envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, la création, la diffusion, l'application et l'utilisation de données probantes.
G. Rôle de Professionnel	En tant que <i>professionnel-le-s</i> , les technicien-ne-s en radiologie médicale HES sont voué-e-s à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique et à l'engagement envers leur propre santé.

Tableau 3 : Les sept rôles du PEC et leur définition générale (HES-SO, 2012).

L'ensemble de ces rôles peut être transposé à la prise en charge d'un patient polytraumatisé de la manière suivante :

- A. Le rôle d'**expert** intègre tout ce qui est de l'expertise du TRM, à savoir son autonomie lors de la réalisation des examens radiologiques ainsi que son statut d'expert en radioprotection.
- B. Le rôle de **communicateur** comprend la communication entre les TRM travaillant en binôme, la communication interprofessionnelle et parfois celle avec le patient, selon son état de conscience. L'interaction des uns avec les autres est importante pour la dynamique de l'équipe.
- C. Le rôle de **collaborateur** s'insère dans cette dynamique car, sans une bonne collaboration de tous les membres, le but commun du *trauma team* ne peut être atteint.
- D. Le rôle de **manager** comprend l'anticipation et l'organisation du TRM en vue des bilans radiologiques à réaliser.
- E. Le rôle de **promoteur de la santé** inclut la radioprotection de l'ensemble des membres du *trauma team* ainsi que le respect des règles de l'hygiène hospitalière.
- F. Le rôle d'**apprenant** et de **formateur** incite les TRM à avoir une analyse réflexive de leur pratique afin d'améliorer continuellement leur façon de travailler. De plus, le TRM expérimenté peut partager ses compétences du terrain au nouvel arrivant.
- G. Le rôle de **professionnel** inclut le respect de l'éthique du patient et des cadres légaux de l'institution.

Chaque rôle a son importance. Cependant, cinq d'entre eux nous semblent davantage mobilisés au vu des tâches attendues vis-à-vis du TRM dans cette prise en charge :

- le rôle d'**expert en technique en radiologie médicale**
- le rôle de **communicateur**
- le rôle de **collaborateur**
- le rôle de **manager**
- le rôle d'**apprenant** et de **formateur**.

Selon Amez-Droz, Gremion et Realini (2008), la profession de TRM englobe plusieurs **domaines d'activité professionnelle**. Pour chacun d'entre eux, il est conseillé au TRM d'avoir certaines compétences ainsi que des ressources personnelles et professionnelles. Lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé, plusieurs de ces domaines sont appliqués :

- la conception d'une **prestation radiologique** et sa réalisation
- le **travail en équipe avec les TRM**
- le **travail interprofessionnel** avec les autres professions de la santé
- la **radioprotection**
- le **maintien de l'hygiène** lors des examens radiologiques
- la **formation d'autres TRM** à cette situation.

Les domaines d'activité professionnelle cités ci-dessus nécessitent la connaissance de la profession de TRM, ainsi que de nombreux savoir-faire. Encore faut-il que le TRM ait un savoir-être qui lui permet d'agir convenablement, comme l'esprit de décision, la rigueur, l'adaptation, la maîtrise de soi et l'esprit d'équipe.

Finalement, est-ce que le TRM est en mesure d'assurer la prise en charge d'un patient polytraumatisé avec les diverses compétences acquises durant sa formation ou doit-il avoir une certaine expérience de la pratique professionnelle avant de pouvoir intégrer le *trauma team* ?

2.4. La pratique collaborative interprofessionnelle

2.4.1. La collaboration interprofessionnelle

Suite à nos lectures, nous avons porté notre choix sur le terme d'**interprofessionnalité**. Le préfixe inter- se réfère à un partenariat entre plusieurs personnes de professions différentes qui travaillent ensemble vers un but commun, contrairement au préfixe multi- qui désigne le travail individuel de chaque membre d'une équipe vers l'atteinte de ce but (Kosremelli & Wacheux, 2007). Nous avons écarté le terme interdisciplinarité, car il est moins couramment utilisé et définit « une collaboration dont les partenaires font partie d'une même profession », comme le cite le DFI & OFSP.

La **collaboration interprofessionnelle** désigne ainsi les interactions qui permettent à des professionnels de partager leurs compétences et leurs savoirs dans leur domaine d'expertise afin d'accomplir une tâche commune. Afin que celle-ci soit efficace et se déroule dans de bonnes conditions, chacun devrait intégrer certaines notions développées ci-dessous.

En 2010, le CPIS (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé) a décrit six **domaines de compétence** :

- la communication interprofessionnelle
- les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- la clarification des rôles
- le travail d'équipe
- le leadership collaboratif
- la résolution de conflits interprofessionnels.

Selon nous, quatre d'entre eux peuvent s'appliquer prioritairement au sein du *trauma team* :

- la **communication interprofessionnelle** : peut se faire grâce à une communication efficace, l'écoute des autres et la négociation. Le respect mutuel et le développement des relations de confiance entre les membres de l'équipe améliorent la communication.
- la **clarification des rôles** : chaque membre de l'équipe a des tâches spécifiques à sa profession et doit connaître son propre rôle ainsi que celui des autres professionnels. Ceci afin de ne pas perturber la dynamique de l'ensemble de la prise en charge.
- le **travail d'équipe** : connaissant les rôles de chacun, tous agissent efficacement et en synergie afin d'atteindre le but commun.
- le **leadership collaboratif** : tout au long de la prise en charge du patient polytraumatisé, bien que le *team leader* reste le référent, chaque membre peut potentiellement prendre le leadership au moment de réaliser ses tâches professionnelles.

Lorsqu'un groupe de personnes agit dans la collaboration interprofessionnelle, il se désigne parfois sous le nom d'une **équipe**. Cette dernière est composée de différents membres qui travaillent ensemble à l'élaboration d'un but commun prédéfini et sous la direction d'un *team leader* (Chaumien-Wetterauer, 2014). De plus, cette auteure décompose le terme anglophone *TEAM* de la manière suivante :

TEAM	Description
<i>Target</i> - objectif	But commun approuvé par l'ensemble de l'équipe.
<i>Entire</i> - entité	Chaque équipier apporte ses compétences à l'équipe et tous forment une entité.
<i>Achievement</i> – accomplissement, performance, résultat	La réalisation du but commun dynamise l'équipe vers l'accomplissement de celui-ci.
<i>Management</i> - gestion	Le <i>team leader</i> oriente et coordonne les actions de chaque équipier vers le but commun.

Tableau 4 : Décomposition du terme anglophone *TEAM* (Chaumien-Wetterauer, 2014).

Cette décomposition peut se transposer aisément au *trauma team* puisque cette équipe progresse vers un but commun grâce aux compétences de chaque intervenant et sous les directives d'un *team leader*.

2.4.2. La dynamique de groupe

Selon la théorie de Saint-Arnaud (2008), un groupe a besoin d'un apport constant d'énergie provenant de chacun des membres et des interactions entre eux pour qu'il puisse atteindre le but commun. Cette énergie repose sur **trois besoins** :

- le besoin de considération qui oriente les relations de chaque personne.
- le besoin de compétence qui oriente l'action des personnes.
- le besoin de cohérence qui oriente la pensée de chacun.

Au sein de l'équipe, le TRM a la possibilité d'être un acteur actif ou passif selon la reconnaissance des autres membres à son égard. Cela va influencer ses relations, ses actions ainsi que son comportement au sein du *trauma team*.

St-Arnaud (2008) ajoute que l'énergie peut se répartir selon **trois processus** au sein d'un groupe :

- la **production** : repose sur le besoin fondamental de compétences des membres du groupe. En effet, chaque individu ressent le besoin de reconnaissance de son domaine d'expertise par les autres professions. La production comprend également les différentes positions des participants dans le groupe. Un manque d'énergie de production aura comme conséquence la présence d'obstacles.
- la **solidarité** : comprend la qualité des relations et les diverses interactions qui existent entre les membres du groupe. De mauvaises relations ou interactions engendrent un manque d'énergie groupale.
- l'**entretien** : définit l'évolution du groupe, sa capacité à surmonter d'éventuelles entraves et à faire face aux imprévus.

	Energie disponible		
Quantité d'énergie	Production	Solidarité	Entretien
Manque d'énergie	Climat d'inertie	Climat de réserve	Climat de confusion
Énergie suffisante	Climat d'efficacité	Climat de collaboration	Climat d'harmonie
Excès d'énergie	Climat de fébrilité	Climat d'euphorie	Climat de pesanteur

Tableau 5 : Les climats de groupe (St-Arnaud, 2008).

Comme l'illustre le tableau 5 ci-dessus, les conditions optimales au bon fonctionnement et au bon dynamisme d'un groupe reposent sur un apport d'énergie suffisant et un équilibre entre les trois processus, ce qui permet d'instaurer un climat d'efficacité, de collaboration et d'harmonie au sein de celui-ci.

A l'intérieur de l'équipe interprofessionnelle, la concertation et la communication entre les différentes personnes sont des éléments clés (Gauss & Hamada, 2010). Chaque individu doit se conformer aux autres pour assurer une dynamique de groupe efficace. Le travail d'équipe est complexe, car il repose sur un système fragile qui dépend de chaque membre qui la compose. L'énergie totale va être influencée par l'énergie que chacun apporte ainsi que par les interactions entre chaque individu (Salicrù, 2013).

2.4.3. Le flux opérationnel

Au cours de l'imagerie diagnostique initiale, le TRM réalise une suite de tâches professionnelles en autonomie qui répondent aux demandes du *team leader*. Celles-ci s'inscrivent dans la collaboration interprofessionnelle sous le terme anglais de *workflow*. Ce dernier peut se traduire par le « flux de travail » qui désigne la représentation des différentes étapes réalisées de manière successive par un individu en vue d'atteindre un objectif (Office québécois de la langue française, 2012). Nous avons fait le choix d'utiliser un synonyme de ce terme qui illustre mieux l'ensemble des tâches réalisées par le TRM ainsi que les autres membres du *trauma team* : le **flux opérationnel**.

Ce dernier ne suit pas une évolution linéaire lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé. Chaque geste a son importance et tous les intervenants doivent s'adapter à l'état du patient. La qualité de cette prise en charge peut se schématiser à l'aide d'un outil, la **Roue de Deming**. Elle est constituée de quatre étapes :

- planifier et préparer
- réaliser
- contrôler et vérifier
- agir et ajuster, qui, une à une, forme une boucle ou cercle vertueux (Gauss & Hamada, 2010).

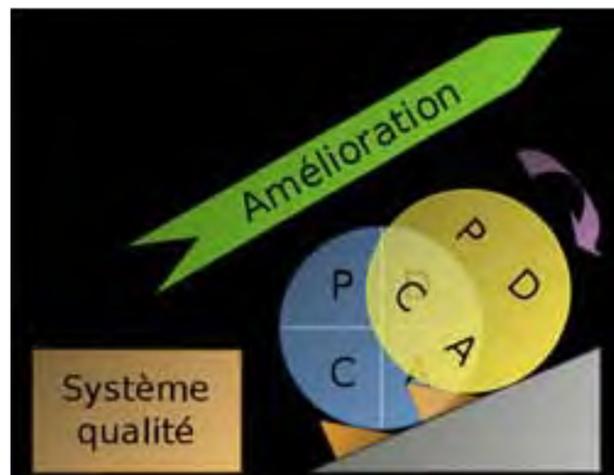


Figure 1 : Roue de Deming, amélioration de la prise en charge : *Plan – Do – Check – Act* (Gauss & Hamada, 2010).

Transposée à la prise en charge du patient polytraumatisé, cette représentation a une double pertinence pour l'ensemble de l'équipe et également pour chacun des membres individuellement : elle peut s'appliquer au sein d'une même prise en charge afin de s'adapter à l'état du patient et à l'évolution de la situation, et également entre les patients afin d'améliorer les prochaines prises en charges.

Dans cette perspective, plusieurs facteurs peuvent entrer en ligne de compte pour favoriser ou nuire à l'atteinte du but commun de l'équipe. Nous pensons que ces facteurs peuvent être d'ordres organisationnels, interactionnels, mais aussi dépendants des compétences professionnelles et personnelles de chacun.

2.5. Question de recherche

Au sein du *trauma team*, l'imagerie diagnostique initiale réalisée par le TRM occupe une place importante pour l'orientation des soins à apporter au patient polytraumatisé. Elle s'intègre donc à cette prise en charge interprofessionnelle.

Chaque membre a un rôle défini et tous travaillent ensemble afin d'atteindre le but commun qui est de rétablir les fonctions vitales du patient et d'assurer sa stabilité hémodynamique.

Quelques questions ont émergé en lien avec notre problématique :

- Qu'est-ce qui permet au *trauma team* de fonctionner en synergie ?
- Est-ce lié aux compétences, aux connaissances de son propre rôle ainsi que de celui des autres ?
- Est-ce que la collaboration interprofessionnelle ou encore la dynamique de groupe peuvent influencer cette prise en charge ?

Dans ce travail de Bachelor, nous nous sommes intéressées uniquement à la prise en charge radiologique du patient polytraumatisé par le TRM et les interactions de celui-ci avec le *trauma team* et non pas à la modification du protocole en vigueur, ni aux paramètres techniques de l'imagerie.

Nos questionnements et réflexions ont finalement fait émerger la question de recherche suivante :

Lors de la réalisation de l'imagerie diagnostique initiale chez le patient polytraumatisé, quel est l'impact de l'activité du TRM sur le flux opérationnel dans une pratique collaborative interprofessionnelle ?

2.6. Buts de notre travail de Bachelor et motivations

Une prise en charge coordonnée de manière adéquate pourrait apporter un réel bénéfice aux différents acteurs présents :

- pour le **patient**, c'est un enjeu vital. Plus la qualité des soins sera optimale, meilleures seront ses chances de survie. Il est donc le principal bénéficiaire d'une prise en charge rapide et efficace de la part de l'ensemble du *trauma team*.
- à l'**équipe interprofessionnelle**, qui se tient prête à accueillir le patient dans les meilleures conditions possibles. Chaque intervenant est compétent dans son domaine d'expertise et a un rôle bien précis. Si tous les membres agissent en synergie, la dynamique du groupe sera favorable à l'atteinte du but commun.
- pour le **TRM** qui est un maillon essentiel du *trauma team*. Son action et ses interactions avec les divers membres de l'équipe pourraient avoir une influence sur la dynamique du groupe. La reconnaissance de son expertise professionnelle se fait par l'intermédiaire du ressenti de l'équipe. La place qu'il occupe est importante, car la prise en charge d'un patient polytraumatisé ne peut être menée à bien sans l'imagerie diagnostique initiale. Sa participation est donc nécessaire au sein du *trauma team* et il se peut qu'elle ait une incidence sur l'optimisation de l'ensemble de la prise en charge.

Finalement, l'intérêt de notre travail de Bachelor sera d'évaluer l'impact du TRM dans sa pratique collaborative interprofessionnelle lors de l'imagerie diagnostique initiale du patient polytraumatisé. Ceci dans le but d'intégrer quelques notions à la formation initiale des TRM, mais aussi dans la pratique des différents lieux qui accueillent de tels patients.

Grâce à ce travail, nous espérons apporter une plus-value à notre pratique professionnelle future quant à la prise en charge d'un patient polytraumatisé. Etant donné qu'il y a de nombreux accidents de la voie publique et dans l'hypothèse qu'un jour nous pourrions faire partie d'un *trauma team*, nous pourrions y être confrontées. Nous tiendrons alors compte de nos résultats obtenus à l'issue de ce travail et pourrions transmettre nos observations.

Aujourd'hui, la collaboration interprofessionnelle dans le cadre des soins a de plus en plus d'importance et nous espérons pouvoir mettre ce point en évidence lors de cette recherche. Ainsi, nous apporterions partiellement des savoirs collectifs concernant l'interprofessionnalité aux autres membres du *trauma team*. De plus, la collaboration interprofessionnelle du TRM ne se limite pas uniquement à la prise en charge d'un patient polytraumatisé et se retrouve dans d'autres situations en radiodiagnostic, en radio-oncologie et en médecine nucléaire.

La profession de TRM peine encore à être reconnue par ses pairs dans le domaine de la santé. Nous souhaiterions la valoriser afin de montrer l'expertise globale de cette profession.

3. Méthodologie

Notre choix s'est porté sur une étude dite **qualitative**. Comme le définit Lamoureux (2006), la recherche qualitative n'intègre pas des données numériques, mais est basée sur des éléments d'observation. Ainsi, la méthode la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche est celle de la description, puisqu'elle permet d'expliquer un phénomène.

Dans ce but, nous avons réalisé des entretiens, car il nous semblait judicieux d'interagir avec des personnes de la pratique. L'**entretien semi-directif** permet de rendre compte des avis, des opinions, des stratégies et des expériences de chaque participant. Nous souhaitons faire émerger des tendances et non pas regarder l'aspect quantitatif, c'est pourquoi un outil de recueil de données tel que le questionnaire n'est pas adéquat pour ce travail.

3.1. Echantillon et lieux d'enquête

Pour la constitution de notre échantillon, nous avons interrogé **cinq TRM** remplissant les critères d'inclusion suivants :

- *Diplômés ayant au moins une année d'expérience pratique au sein d'un service des urgences* pour qu'ils soient familiarisés avec son environnement de travail.
- *La réalisation d'un minimum de deux prises en charge radiologiques de patient polytraumatisé dans les deux ans qui précèdent l'entretien* afin qu'ils soient au courant des pratiques actuelles du service.

En ce qui concerne les critères indifférents à notre échantillon :

- *L'âge et le genre* pour laisser place à une diversité de réponses.

Et, finalement, le critère d'exclusion suivant :

- *L'exclusion des TRM-chefs de l'unité des urgences*
Du fait de leur statut hiérarchique, leur expertise est différente de celle des TRM et pourrait biaiser les données récoltées, puisqu'ils travaillent quotidiennement dans une unité des urgences contrairement aux TRM qui effectuent généralement des tournus.

Afin d'avoir un regard extérieur vis-à-vis du TRM, nous avons également interviewé **trois médecins** dont les critères d'inclusion sont les suivants :

- *Exerçant ou ayant exercé la fonction de team leader à plusieurs reprises dans les deux ans qui précèdent l'entretien*
afin de comprendre comment le TRM est perçu par un membre influant du *trauma team* dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle.
- *Travaillant au sein d'un même établissement que le TRM*
Ce critère est important pour que nous puissions faire des liens entre les entretiens.

Nous ne faisons également pas de distinction *d'âge et de genre* pour les mêmes raisons que les TRM et n'avons pas de critère d'exclusion.

Parmi les divers lieux qui accueillent des patients polytraumatisés, nous avons ciblé les **trois Trauma Center** faisant partie du *Trauma Network* Romandie :

- le CHUV, Centre hospitalier universitaire vaudois, à Lausanne
- les HUG, Hôpitaux Universitaires de Genève, à Genève
- l'HVS, Hôpital du Valais, à Sion.

Les deux centres universitaires sont des établissements privilégiés, car le patient polytraumatisé y est orienté prioritairement par l'équipe extrahospitalière. Nous avons interviewé deux TRM et un médecin par site. Le troisième établissement où nous avons interrogé un TRM et un médecin, accueille tout autant de patients polytraumatisés que les centres universitaires du fait de sa situation géographique et parce que les accidents vasculaires cérébraux sont inclus à leurs statistiques annuelles (cf. Tableau 6).

Etablissements	Nombre de patients polytraumatisés admis		
	2012	2013	2014
CHUV, Lausanne	335	369	328
HUG, Genève		202	256
HVS, Sion		294	327

Tableau 6 : Nombre de patients polytraumatisés admis par établissement.

Sites	TRM	Médecin
CHUV	2	1
HUG	2	1
HVS	1	1
Total	5	3

Tableau 7 : Tableau récapitulatif du choix de l'échantillon.

3.2. Construction des grilles d'entretien

Au vu de notre échantillon, nous avons construit deux grilles d'entretien basées sur une même structure :

- une pour les TRM [Annexe 1]
- une pour les médecins *team leader* [Annexe 2]

La première partie de chacune des grilles est composée de données sociologiques. Ces questions nous permettent de connaître les années de pratique professionnelle ainsi que les années d'expériences au sein des urgences de notre interlocuteur. Puis, nous avons introduit le sujet de manière générale concernant le ressenti du professionnel lors d'une telle prise en charge.

La deuxième partie des grilles d'entretien est basée sur notre question de recherche. A partir de celle-ci, nous avons identifié les différentes dimensions s'y rapportant :

- La communication interprofessionnelle
- La clarification des rôles et compétences
- Le travail d'équipe
- Le leadership collaboratif
- La dynamique de groupe

Grille d'entretien pour le TRM :

Communication interprofessionnelle	Y a-t-il une concertation entre tous les membres du <i>trauma team</i> avant l'arrivée du patient polytraumatisé ? Durant la prise en charge du patient polytraumatisé, quels sont les éléments qui peuvent favoriser la communication entre les différents professionnels ? Durant la prise en charge du patient polytraumatisé, quels sont les éléments qui peuvent altérer la communication entre les différents professionnels ?
------------------------------------	--

L'objectif de ces trois questions est de comprendre les interactions qui existent au sein du *trauma team* et de rendre compte de la qualité de la communication interprofessionnelle.

Clarification des rôles et compétences	Quelles sont les compétences mobilisées pour agir en tant que TRM au sein du <i>trauma team</i> ? Connaissez-vous le rôle de chaque membre du <i>trauma team</i> ?
--	---

Nous souhaitons identifier les compétences demandées à un TRM dans cette pratique particulière et observer si la connaissance du rôle des autres professions qui composent le *trauma team* influence sa prise en charge.

Travail d'équipe	Comment définissez-vous votre pratique au sein de l'équipe interprofessionnelle ? Comment percevez-vous la collaboration entre TRM, étant donné que vous travaillez parfois en binôme ? Comment vous sentez-vous perçu(e) par les autres professionnels, membres du <i>trauma team</i> ?
------------------	--

La compréhension du travail d'équipe au sein d'un binôme de TRM nous semble importante du fait que, dans notre situation, le TRM évolue dans une pratique collaborative avec un membre de sa propre profession.

La représentation de la profession de TRM au sein du *trauma team* l'est également, puisque, dans ce contexte d'étroite collaboration interprofessionnelle, le TRM véhicule l'image de sa profession. Nous souhaitons savoir s'il occupe une place intégrante ou non au sein de l'équipe.

Leadership collaboratif	Dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle, prenez-vous des initiatives ? Lesquelles ? Avez-vous le sentiment de prendre un rôle de « leader » lors de la prise en charge du patient polytraumatisé ? Si oui, à quel(s) moment(s) (Rx, CT) ?
-------------------------	---

Ces questions nous permettent de situer la position du TRM lors de la prise en charge radiologique du patient polytraumatisé au sein du *trauma team*.

Dynamique de groupe	<p><i>Processus de production</i> : Vous réunissez-vous avec les autres membres du <i>trauma team</i> pour une séance de débriefing afin de discuter de ce qui a été réalisé lors de la prise en charge ?</p> <p><i>Processus de solidarité</i> : Comment qualifieriez-vous les relations entre les membres du <i>trauma team</i> ?</p> <p><i>Processus d'entretien</i> : Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé ?</p> <p><i>Processus d'entretien</i> : Utilisez-vous des astuces pour que la prise en charge se déroule de manière adéquate ?</p>
---------------------	--

A l'aide de la théorie de St-Arnaud (2008), l'objectif est de cibler ce qui aide ou déstabilise la bonne dynamique de groupe selon le TRM, un membre nécessaire à l'équipe interprofessionnelle.

Nous cherchons également à identifier les facteurs pouvant influencer la prise en charge radiologique du patient polytraumatisé et proposer d'éventuelles solutions d'amélioration.

Grille d'entretien pour le médecin *team leader* :

Communication interprofessionnelle	<p>Y a-t-il une concertation entre tous les membres du <i>trauma team</i> avant l'arrivée du patient polytraumatisé ?</p> <p>Durant la prise en charge du patient polytraumatisé, quels sont les éléments qui peuvent favoriser la communication entre les différents professionnels ?</p> <p>Durant la prise en charge du patient polytraumatisé, quels sont les éléments qui peuvent altérer la communication entre les différents professionnels ?</p>
------------------------------------	---

Ces questions nous permettent de comprendre le point de vue du *team leader* sur les interactions qui ont lieu entre les différents professionnels de la santé.

Clarification des rôles et compétences	<p>Est-ce que chaque membre de l'équipe a connaissance du rôle des autres ?</p> <p>Est-ce que vous avez l'impression que le TRM connaît le rôle de chaque intervenant du <i>trauma team</i> ?</p> <p>Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la pratique collaborative du TRM au sein de l'équipe ?</p>
--	--

Ici, l'objectif est de mettre en évidence la perception que le médecin a vis-à-vis des rôles et des compétences du TRM.

Travail d'équipe	Quelle position a le TRM au sein du <i>trauma team</i> , selon vous ?
------------------	---

Nous voudrions mettre en avant l'image que véhicule le TRM au sein de l'équipe selon le médecin qui occupe la place de *leader* lors de la prise en charge.

Leadership collaboratif	Avez-vous le sentiment que le TRM prend une posture active de « <i>leader</i> » lors de la prise en charge radiologique du patient polytraumatisé ? Si oui, de quelle façon ?
-------------------------	---

Par cette question, nous souhaitons identifier la position qu'occupe le TRM et comment il agit lors de l'imagerie diagnostique initiale.

Dynamique de groupe	<p><i>Processus de production</i> : Vous réunissez-vous avec les autres membres du <i>trauma team</i> pour une séance de débriefing afin de discuter de ce qui a été réalisé lors de la prise en charge ?</p> <p><i>Processus de solidarité</i> : Comment qualifieriez-vous les relations entre les membres du <i>trauma team</i> ?</p> <p><i>Processus d'entretien</i> : Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé ?</p> <p><i>Processus d'entretien</i> : Utilisez-vous des astuces pour que la prise en charge se déroule de manière adéquate ?</p>
---------------------	--

A l'aide de la théorie de St-Arnaud (2008), l'objectif est de cibler ce qui aide ou déstabilise la bonne dynamique de groupe vue par le *team leader*.

Par ce regard de superviseur, le médecin pourrait souligner des points d'attention que le TRM ne remarquerait pas en étant lui-même acteur de sa tâche.

3.3. Considérations éthiques

Lors de la réalisation de nos entretiens, nous nous sommes appuyées sur les considérations éthiques de la recherche.

Pour chaque lieu d'enquête, nous nous sommes référées à la commission d'éthique des établissements en leur communiquant une feuille informative ainsi que nos grilles d'entretien. Lors de la prise de contact avec les services des urgences, nous leur avons transmis une feuille d'informations décrivant brièvement notre recherche, son but ainsi que l'outil utilisé pour la récolte des données.

Un formulaire de consentement libre et éclairé a été signé avant le début de chaque entretien afin d'assurer au participant l'anonymat de ses réponses, sa libre expression et l'utilisation exclusive de ces données pour notre travail de Bachelor. Nous leur garantissons également le droit de se retirer de leur engagement en tout temps.

Après le dépôt de ce travail de Bachelor, les enregistrements audio seront détruits afin de conserver la confidentialité.

3.4. Limites du recueil de données

La récolte des données nous a apporté des explications sur un phénomène qui se déroule en pratique, mais ne nous a pas fourni de données quantitatives nous permettant de faire des statistiques.

Les entretiens semi-directifs nous ont permis d'avoir une vision d'ensemble de la situation. Cependant, nous devons prêter attention à l'interprétation de nos participants vis-à-vis de nos questions. En effet, ils ont répondu aux mêmes thématiques en fonction de leurs expériences personnelles et professionnelles.

Nous avons également été limitées par le temps et n'avons pas eu la possibilité de réaliser un plus grand nombre d'entretiens. Ces huit entretiens nous ont donc apporté une vision plutôt générale de ce phénomène selon le lieu où travaille chaque participant. De plus, nous n'avons pas eu la possibilité de demander les observations des autres membres de l'équipe vis-à-vis des TRM mis à part celles du médecin *team leader*.

Nous aurions souhaité observer plusieurs situations réelles de prise en charge de patients polytraumatisés pour mieux nous imprégner de notre thématique. Comme ce n'est pas une situation planifiée, ceci n'a pas pu être réalisé. Ainsi, nous nous sommes basées sur les représentations décrites dans la littérature. Nous adoptons ainsi une posture externe lors de l'analyse des données, et nous n'aurons pas d'*a priori*, ni de préjugé sur des éléments que nous aurions pu observer.

4. Résultats

4.1. Déroulement des entretiens

Comme initialement prévu, nous avons recueilli les propos de huit professionnels : cinq TRM et trois médecins ayant le rôle de *team leader*. Ces entretiens ont duré en moyenne 45 minutes et se sont bien déroulés.

Chaque entretien a été retranscrit intégralement et nous avons ensuite procédé à plusieurs écoutes successives afin d'assurer l'exactitude de leur contenu.

Notre échantillon final se compose de trois femmes et cinq hommes, d'expériences variées, allant de 2 à 29 ans de pratique au sein d'un service d'urgences. A noter que certains TRM, du fait de leur travail sur le terrain, étaient plutôt centrés sur la prise en charge du patient polytraumatisé en salle de déchoquage alors que d'autres étaient plus orientés sur la prise en charge en tomographie.

Tous nos intervenants ont répondu avec intérêt et enthousiasme à nos questions. Toutefois, un médecin et un TRM ont eu quelques difficultés de compréhension vis-à-vis de certaines questions. Il nous a semblé que le médecin ne considérait pas le TRM comme un élément essentiel à cette prise en charge et que le TRM n'avait pas assez d'expériences pratiques pour observer la dynamique qui l'entourait lors de cette situation.



4.2. Procédure d'analyse

En regard de nos grilles d'entretien et en corrélation avec le discours des personnes interviewées, nous avons extrait cinq **unités de sens** identiques aux deux populations choisies, TRM et médecins *team leader*, afin de procéder à une analyse verticale des données récoltées :

1. **La communication interprofessionnelle** : entre les professions du *trauma team*, est essentielle au bon fonctionnement de la prise en charge du patient polytraumatisé.
2. **La clarification des rôles et compétences** : comprend la connaissance de sa propre expertise ainsi que celle des autres dans le but d'agir dans la pratique collaborative interprofessionnelle.
3. **Le travail d'équipe** : énonce la place qu'occupe le TRM ainsi que la perception de sa profession lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé.
4. **Le leadership collaboratif** : est une notion signifiant qu'un professionnel prend temporairement une place de *leader* afin de réaliser son champ d'expertise au sein de la collaboration interprofessionnelle. De ce fait, nous allons parcourir l'évolution de la posture du TRM lors de l'imagerie diagnostique initiale, tant en salle de déchoquage qu'en salle de tomodensitométrie.
5. **La dynamique de groupe** : comprend la qualité des relations entre les différents membres, les débriefings post prise en charge, ainsi que les difficultés et les propositions d'amélioration énoncées par les personnes interviewées.

A ces cinq unités de sens, nous avons ajouté :

6. **L'expérience** : une unité de sens qui est ressortie lors de plusieurs de nos entretiens, puisque nous ne pouvions pas classer certaines données pertinentes dans l'une ou l'autre des unités établies auparavant. L'expérience comprend à la fois la pratique ainsi que les connaissances personnelles de chacun, toutes deux acquises au fil des années de travail. Elle permet de distinguer la pratique collaborative des TRM expérimentés de celles des TRM peu habitués à la prise en charge de patients polytraumatisés.

Ces thématiques nous ont ainsi permis d'orienter les discours des personnes interviewées dans l'une de ces unités de sens bien distinctes. Nous avons par la suite exposé nos résultats dans un tableau afin de réaliser une analyse transversale de ceux-ci. Cette analyse consiste à exprimer les similitudes et/ou les différences entre les intervenants.

Nous allons donc exposer les résultats obtenus selon les six unités de sens citées ci-dessus.

4.3. Analyse des résultats

4.3.1. La communication interprofessionnelle

La majorité des TRM s'accordent pour dire que la prise en charge d'un patient polytraumatisé lors de l'imagerie diagnostique initiale peut être influencée par un facteur de stress et une agitation générale. Trois TRM qualifient la communication interprofessionnelle comme étant réduite au **strict minimum**, mais tout en restant **efficace**. Cependant, un TRM appuie sur le fait que la communication est primordiale, car elle permet d'éviter les erreurs et qu'elle est très dépendante de la relation personnelle que le TRM entretient avec les autres professionnels présents.

Le **manque d'information** a été relevé plusieurs fois. Les TRM estiment recevoir peu de renseignements avant d'être confrontés au patient polytraumatisé. Ils sont donc amenés à rechercher les informations par eux-mêmes. Néanmoins, un TRM ne ressent pas le besoin d'être averti, ni d'obtenir des informations supplémentaires concernant le patient, puisqu'il considère qu'il réalise une « prestation comme une autre » lors de cette prise en charge.

Un seul TRM sur les cinq interviewés ajoute que, lors de la communication entre les différents membres du *trauma team*, le **patient** ne doit pas être oublié. Il peut potentiellement être conscient de la situation et entendre les propos échangés. Selon lui, la clinique du patient polytraumatisé va également induire le dialogue entre les intervenants de l'équipe.

Les médecins *team leader* s'entendent sur le fait que le respect du suivi du protocole *ATLS*, de l'organisation mise en place par l'institution ainsi qu'une bonne gestion du leadership induisent une **communication fluide** entre tous les membres de l'équipe. Un médecin précise que le protocole permet d'utiliser le même langage et qu'il est plus facile de communiquer avec des personnes que l'on connaît.

Tout comme les TRM, ils voient l'agitation comme pouvant potentiellement entraîner des problèmes de communication :

« Les complications, c'est quasiment toujours des problèmes de communication. On a oublié de dire ça, on a oublié de faire ceci. »

Un médecin nous a énoncé le « silence », la « concentration » et le fait de « savoir communiquer » comme des éléments clés pour la communication interprofessionnelle au sein d'une équipe.

4.3.2. La clarification des rôles et compétences

Tous les TRM qualifient leur rôle comme essentiel lors de la prise en charge du patient polytraumatisé. Cependant, ils se définissent comme ayant un rôle plus important en tomodensitométrie que dans la salle de déchoquage. Un TRM avoue se sentir « essentiel sans l'être », puisque, parfois, le patient part directement au bloc opératoire sans examen radiologique.

La plupart admettent ne pas connaître le rôle des autres membres du *trauma team*, mais sont capables d'identifier les personnes qui sont importantes à leur travail. D'autre part, ils n'ont pas l'impression que leur rôle est connu par les autres intervenants. Un TRM dit se sentir identifier uniquement à sa machine et au **côté technique** de sa profession :

« Et, évidemment aux paramètres techniques, mais ça, il y a personne qui nous demande quoi que ce soit à ce moment-là, ils s'en foutent, ils comprennent rien de toute façon. [...] Oui c'est quelque chose qui est invisible, ils nous voient bidouiller sur nos machines. Mais, à la limite, eux, ils s'en foutent, eux, ce qu'ils veulent, c'est un résultat. »

Deux TRM pensent que cette connaissance du rôle des autres n'influencerait pas leur prise en charge.

Selon les TRM, voici les compétences requises à cette prise en charge particulière :

- l'« anticipation »
- l'« esprit de communication et de dialogue »
- l'« expérience »
- la « gestion des émotions »
- la « formation des nouveaux collègues »
- l'« appréciation de l'état d'urgence ».

Pour les médecins, les attentes envers les TRM sont la « patience », la « rapidité », une « attitude positive », le « respect mutuel » et d'un point de vue technique une « imagerie diagnostique de qualité ».

Des similitudes apparaissent entre tous les entretiens : l'« adaptation », la « rapidité », la « patience » et le fait d'« être compétent » sont des caractéristiques communes que le TRM devrait avoir pour réaliser une prise en charge optimale.

Selon deux médecins, la connaissance du protocole et du langage médical permet aux intervenants de connaître leur propre rôle durant la prise en charge du patient polytraumatisé. Un *team leader* ajoute que le TRM devrait connaître le rôle des autres, or cela est compliqué puisqu'il n'intervient que ponctuellement dans l'équipe pour réaliser les radiographies en salle de déchoquage.

4.3.3. Le travail d'équipe

De manière générale, les TRM ne se sentent **pas complètement intégrés** au *trauma team* et évoquent ces termes pour l'illustrer :

- « des électrons libres »
- « essentiels sans l'être »
- « accessoires »
- « des prestataires de service »
- « des exécutants »
- « oubliés »
- « à disposition »
- « des photographes ».

Un TRM considère qu'il sait rester à sa place durant la prise en charge en salle de réanimation contrairement à d'autres professionnels de l'équipe qui parfois peuvent aller au-delà de leur rôle.

Le terme de « **deux services distincts** » entre la radiologie et les urgences est ressorti lors d'un entretien, ce qui renforce le sentiment des TRM d'être mis de côté. Un seul TRM a l'impression de faire partie de l'équipe et ceci de manière ponctuelle lorsqu'il intervient en salle de déchoquage.

Selon deux TRM, leur travail au sein du *trauma team* est perçu seulement pour son côté technique. L'aspect social ainsi que celui de soignant sont laissés de côté. Ils se sentent alors « moins dans l'action » et « mal considérés » :

« Parce que nous, on est vraiment considéré comme le côté technique, technicien, les machines, etc. Et, le côté, le côté soins, le côté euh relation avec le patient euh, j'ai l'impression qu'ils le mettent de côté par rapport à nous en fait. Nous, on est juste les techniciens. »

Un autre TRM souligne l'évolution de cette intervention où il réalisait auparavant de nombreuses radiographies dans la salle de réanimation, ce qui le rendait plus présent au sein du *trauma team*. Il explique que la TDM était alors peu utilisée lors des prises en charge de patients polytraumatisés contrairement à ce qui est réalisé actuellement.

Lorsque les TRM travaillent en **binôme** en TDM, tous qualifient cette collaboration comme « intuitive ». Aucun TRM n'a mentionné une préparation préalable et les rôles se répartissent naturellement : un TRM à la console et l'autre s'occupant de la salle. Un autre TRM ajoute que le travail à deux permet d'être « **complémentaires** ».

Les médecins *team leader* insistent sur l'**importance du rôle du TRM** au sein de l'équipe. Sa « prestation » est nécessaire à la prise en charge d'un patient polytraumatisé afin d'orienter les soins. Cependant, bien que l'imagerie diagnostique initiale soit indispensable, deux médecins intègrent peu le TRM au sein du *trauma team* et le définissent comme un « exécutant passif » :

« Parce que c'est vrai que, finalement, le TRM, il est relativement peu confronté à la situation globale du polytraum dans le sens qu'il est au courant de ce qui s'est passé sur les grandes lignes [...], mais finalement après il n'est pas là, ni après la discussion pour la suite de la prise en charge avec les différents intervenants, spécialités, etc. Ni vraiment à l'analyse globale de la situation, si on veut. »

D'un autre point de vue, un *team leader* souligne la position essentielle du TRM au sein de son équipe en le considérant comme tout autre membre de celle-ci. Il a rédigé un **document protocolaire spécifique** au sein de son établissement qui décrit les étapes de la prise en charge pour chaque membre en précisant ses rôles au sein de l'équipe. Ainsi, il espère une clarification du travail de chacun au sein du *trauma team*. Avec ce nouveau protocole établi depuis peu, le TRM est présent dès l'annonce de l'arrivée d'un patient polytraumatisé, ce qui n'est pas le cas dans les deux autres établissements interrogés. Toutefois, ce même médecin ajoute que les TRM travaillant en tomodensitométrie ne sont pas considérés comme membres de cette équipe : généralement, les personnes qui effectuent les radiographies ne sont pas les mêmes que celles qui sont présentes en salle TDM.

Les deux autres *team leader* ne voient pas la nécessité d'inclure le TRM dès l'annonce du patient polytraumatisé en invoquant une perte de temps pour lui.

4.3.4. Le leadership collaboratif

Lors de l'imagerie diagnostique initiale, la **posture du TRM évolue**. En salle de déchoquage, deux TRM définissent le service des urgences comme n'étant pas chez eux. L'un d'entre eux ajoute se sentir « effacé » à ce moment-là et attend toujours un ordre du *team leader* avant de réaliser sa tâche. De plus, un TRM n'arrive parfois pas à trouver sa place lorsqu'il arrive dans la salle :

« En salle de déchoquage, on n'est pas les rois. Ça c'est sûr ! »

Dans le service de radiologie, trois TRM adoptent clairement une posture de *leader* dans l'environnement de la tomodensitométrie. Selon eux, la qualité de l'examen radiologique, le positionnement du patient ainsi que sa sécurité sont des points sur lesquels les TRM peuvent exercer leur propre leadership. Un TRM ajoute que la prise d'initiatives est tout de même restreinte à l'imagerie TDM :

« [...] pas sur les paramètres vitaux du patient, sur l'environnement du scanner, je suis leader. »

Ils restent donc conscients d'être **leader de la salle** et non de la prise en charge médicalisée du patient.

Du côté des médecins *team leader*, le **TRM n'a aucun leadership**. Un médecin ajoute qu'en salle de déchoquage le TRM ne devrait pas avoir à s'imposer pour réaliser les radiographies ce qui montre bien qu'il n'a pas une posture de *leader*. Pourtant, certains TRM soulignent quand même le besoin de se faire une place au moment d'effectuer les radiographies.

Deux médecins insistent sur le fait que le TRM n'est pas le maître de sa salle au scanner. Or, selon eux, il est plus directif qu'en salle de réanimation et a certaines responsabilités. Un *team leader* précise que ces responsabilités en TDM concernent principalement la sécurité et le positionnement du patient.

Bien que leurs avis divergent, TRM et médecins sont d'accord sur un point : les TRM doivent se référer en tout temps aux directives du médecin *team leader*.

4.3.5. La dynamique de groupe

Cette unité de sens regroupe trois catégories :

- a) **La qualité des relations** : comprend les interactions du TRM avec les autres membres du *trauma team* tout au long de la prise en charge, aussi bien en salle de déchoquage qu'en tomodensitométrie.
- b) **Les débriefings post prise en charge** : sont un compte rendu de la dynamique de groupe après la prise en charge du patient polytraumatisé, tant sur les aspects techniques de l'application du protocole que sur les aspects psychologiques. Ils ne sont pas systématiques et pourraient améliorer l'intégration du TRM au sein du *trauma team* en y étant convié.
- c) **Les difficultés rencontrées et les propositions d'amélioration** : mettent en évidence les obstacles à la dynamique de groupe et les solutions suggérées par les intervenants afin d'y remédier. Elles nous permettent d'établir une corrélation entre les problèmes évoqués et les suggestions apportées par nos intervenants.

a) *La qualité des relations*

En ce qui concerne la qualité des relations, la majorité des TRM trouvent qu'il existe de **bonnes relations** entre les membres du *trauma team* et que celles-ci ont potentiellement une influence sur la prise en charge. Ils décrivent les relations comme « collaboratives » et « professionnelles ». Néanmoins, certains considèrent qu'il n'y a pas beaucoup d'échanges personnels et que cela ne perturbe pas la dynamique, puisque chacun connaît sa tâche. En revanche, un TRM perçoit une certaine tension dans les relations par manque de connaissance de l'activité des autres, et inversement vis-à-vis de sa profession.

Pour les médecins, les relations interprofessionnelles sont vues comme « bonnes » et « fluides » et sont de plus nécessaires à une bonne dynamique de travail. Un *team leader* évoque les **tensions personnelles** qui pourraient engendrer une mauvaise ambiance. Selon un autre médecin, la personnalité de chaque membre influencerait les interactions au sein du *trauma team*. Un *team leader* ajoute que la connaissance de ses collègues lui permet une bonne collaboration interprofessionnelle. Cependant, cela ne devrait pourtant pas influencer la prise en charge globale, puisque tout est décrit dans le protocole.

Un médecin énonce la **différence entre une petite et une grande équipe interprofessionnelle**. Au sein d'un effectif restreint, tous se connaissent et prennent l'habitude de travailler ensemble. Tandis que dans un grand établissement, il y a beaucoup de changements dans la composition des équipes et, de ce fait, les intervenants se connaissent moins bien. Lorsque les professionnels se connaissent, ils instaurent de meilleures relations, ce qui améliore la dynamique de groupe.

Selon un autre médecin, il est tout de même important de souligner la collaboration de plusieurs services distincts dans ce contexte :

« Parce que la situation lors de la prise en charge des patients polytraumatisés, elle est spéciale et les services qui normalement ne collaborent pas, qui travaillent tout d'un coup ensemble. »

b) Les débriefings post prise en charge

Concernant les débriefings, aucun TRM n'a mentionné être convié à une réunion à la fin de la prise en charge, alors que les autres membres du *trauma team* y participent. Le **sentiment d'être oublié** est ressorti plusieurs fois. Par ailleurs, s'ils venaient à rencontrer un problème, la discussion entre collègues ou avec une personne externe s'offre à eux comme une solution alternative afin d'extérioriser leur ressenti du moment. Deux TRM ont évoqué le besoin d'un débriefing plutôt orienté sur la psychologie qui pourrait s'avérer nécessaire au vu des situations parfois pesantes ou très stressantes qu'ils rencontrent. La **participation au débriefing** avec l'ensemble du *trauma team* permettrait à un TRM de se sentir mieux intégré à l'équipe. Un autre soulève également l'hypothèse que ces débriefings pourraient améliorer le suivi du protocole.

Les médecins *team leader*, quant à eux, avouent ne pas inclure le TRM, sauf en cas de problèmes majeurs rencontrés avec celui-ci. Ils réalisent plus couramment un **feedback personnel**. Un *team leader* souligne l'importance de réaliser des retours positifs dans le but de valoriser le travail accompli par le TRM ou un autre membre de l'équipe. Dans le cas contraire, il donne un feedback négatif afin d'éviter que les erreurs ne se reproduisent.

c) *Les difficultés rencontrées et les propositions d'amélioration*

Au cours des entretiens, les différents intervenants nous ont fait part des difficultés qu'ils ont pu rencontrer au cours de la prise en charge des patients polytraumatisés, ainsi que leurs propositions d'amélioration. Elles sont référencées dans le tableau 8 ci-dessous :

	TRM	Médecins <i>team leader</i>
Difficultés rencontrées	Stress Attente Gestion de l'aspect émotionnel Manque de communication et d'écoute Méconnaissance du rôle du TRM par les autres professions TRM qui ne trouve pas sa place	Absence du TRM Attitude négative du TRM Non-respect du protocole
Propositions d'amélioration	Humour Rester zen Intérêt pour les autres professions Meilleure communication et transmission des informations Promouvoir la visibilité de la profession de TRM Intégration aux débriefings du <i>trauma team</i>	Humour Calme Simulation interprofessionnelle Connaissance du rôle des autres Suivi du protocole

Tableau 8 : Difficultés et propositions d'amélioration.

Cependant, un TRM et un médecin partagent le même avis : il n'existe pas deux prises en charge identiques ce qui ne leur permet pas d'énumérer d'éventuelles difficultés ou propositions d'amélioration.

4.3.6. L'expérience

Dans la population des TRM, nous avons interviewé trois TRM ayant plus de 20 ans d'expériences au sein d'un service des urgences et deux TRM avec moins de 5 années de pratique.

Les premiers disent **se sentir à l'aise** avec la prise en charge d'un patient polytraumatisé contrairement aux plus jeunes qui appréhendent encore cette situation particulière :

« Je dirais que ça va avec l'expérience, avec le temps. Les premières fois, on est un peu stressé(e), surtout si on doit y aller seul(e). Et puis, après, avec le temps, on peut même y aller tout seul(e), puis ça se passe bien. »

Du fait de leur expérience, trois TRM nous ont confié certaines techniques qu'ils ont su développer au fil des années :

- la capacité d'anticiper
- l'analyse de la situation
- la connaissance de son propre rôle
- la capacité d'adaptation
- la gestion du stress.

De plus, leur pratique leur a permis d'élargir leurs **connaissances des autres membres du trauma team**, tant professionnellement que personnellement. Ainsi, de meilleures relations et une bonne dynamique de groupe s'en ressentent ce qui favorise la collaboration interprofessionnelle :

« Encore une fois, je vous dis l'équipe, ça fait partie, des fois, c'est même pas la peine d'en parler niveau communication parce que c'est tellement évident, les gens sont tellement habitués, ce que je vous disais tout à l'heure, la connaissance du travail de l'autre. »

« En général, il y a une bonne dynamique, ce que je disais il y a deux minutes. Il y a une bonne dynamique d'autant plus que si les gens ont de l'expérience et savent. Chacun sait ce qu'il doit faire.

Quand chacun sait ce qu'il doit faire et chacun reste à sa place, ça se passera bien. »

Un TRM ajoute qu'il a créé des contacts avec les autres professions grâce à son expérience dans les différents services hospitaliers. Du fait de sa mobilité, il pense que cela lui a permis de mieux connaître le rôle des autres.

L'expérience a apporté à ces TRM différentes **plus-values** :

- une adaptation en fonction de la situation et de sa propre expérience
- une « carapace émotionnelle »
- la formation et les conseils aux jeunes collègues TRM
- un sentiment d'intégration au sein du *trauma team*.

Pour la plupart d'entre eux, la **communication interprofessionnelle** est restreinte au minimum lorsque chacun connaît son rôle et les habitudes de travail des autres. Chacun réalise sa tâche en accord avec la dynamique globale de l'équipe. Toutefois, au fil des années, un TRM expérimenté ressent le besoin d'avoir une meilleure transmission et transparence des informations entre les services des urgences et de la radiologie.

Le **travail en binôme en TDM** facilite selon eux la prise en charge du patient polytraumatisé, puisqu'il permet à chaque TRM de se compléter en fonction de leurs connaissances et expériences respectives.

Seuls les deux jeunes TRM nous font part d'un **stress important** lors de l'imagerie diagnostique initiale. Il proviendrait de leur manque d'expérience. De plus, le fait de ne pas être à l'aise peut se faire ressentir au sein de l'équipe, comme nous l'a précisé un TRM expérimenté. Ce dernier souligne que la préparation personnelle à cette situation particulière diffère selon la pratique du TRM. Au manque d'expérience et de transmission d'informations s'ajoutent les erreurs qui pourraient survenir au cours de la prise en charge.

Un *team leader* apprécie collaborer avec un TRM expérimenté, puisque ce dernier est capable d'orienter le radiologue rapidement lors de la prise en charge en tomodensitométrie. Il ajoute également qu'il est important de gérer son stress afin de ne pas l'extérioriser.

5. Discussion des résultats

Suite aux analyses horizontales et transversales de nos entretiens, nous avons relevé **cinq thématiques** que nous allons interpréter en vue de répondre à notre question de recherche :

1. **Les caractéristiques de notre échantillon** : fait ressortir les profils des TRM interviewés ainsi que ceux des médecins *team leader* qui nous ont permis d’orienter la discussion des résultats.
2. **La posture du TRM lors de la prise en charge d’un patient polytraumatisé** : comprend la perception du TRM par lui-même et par le médecin *team leader* au vu des tâches qu’il a à effectuer lors de l’imagerie diagnostique initiale.
3. **La pratique collaborative interprofessionnelle du TRM** : met en évidence la méconnaissance réciproque des rôles de chacun au sein de l’équipe interprofessionnelle et l’analyse de la dynamique de groupe en corrélation avec les concepts théoriques évoqués au chapitre 2. **Problématique et question de recherche.**
4. **La confrontation des regards entre le TRM et le médecin *team leader*** : met en tension la perception de chacune de ces deux professions vis-à-vis de la pratique collaborative du TRM.
5. **La visibilité de la profession du TRM** : souligne le côté technique du TRM perçu par le médecin *team leader* et la méconnaissance apparente des autres aspects de sa profession.
6. **Le profil idéal du TRM pour la prise en charge du patient polytraumatisé** : dresse plusieurs profils idéaux du TRM selon chacune des professions interviewées et selon notre point de vue.

5.1. Les caractéristiques de notre échantillon

A l'aide du tableau 9, voici les différentes caractéristiques que nous avons pu mettre en évidence en dressant les **profils principaux** des personnes que nous avons interviewées :

Profils	Caractéristiques
TRM	Peu expérimenté, stressé
	Expérimenté, à l'aise
	Centré sur la prise en charge en salle de déchoquage, territoire situé hors de son service
	Centré sur la prise en charge en salle TDM, dans son environnement, posture de <i>leader</i>
Médecin <i>team leader</i>	Inclut peu le TRM qui est perçu comme un exécutant et par son côté technique
	Intègre le TRM en tant qu'individu et reconnaît son expertise professionnelle

Tableau 9 : Profils principaux de notre échantillon.

Les caractéristiques évoquées ci-dessus, qui ont émergées des discours de nos participants, font ressortir les aspects importants qui sont traités dans ce travail :

- les rôles et compétences
- la perception du TRM
- l'intégration du TRM
- la notion de territoire
- la posture du TRM
- l'expérience.

5.2. La posture du TRM lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé

Bien qu'idéalement et dans la littérature le TRM soit inclus comme un membre à part entière au sein du *trauma team*, cela ne semble pas être réellement le cas dans la pratique. En effet, deux équipes différentes collaborent ensemble lors de la prise en charge du patient polytraumatisé : le **service des urgences** et le **service de radiologie**, comprenant le radiologue et le/s TRM. Lors du premier bilan de l'imagerie diagnostique initiale, le TRM se doit d'effectuer ses tâches en salle de déchoquage, un lieu qu'il perçoit comme n'étant pas le sien :

« On demande toujours avant de faire quoique ce soit parce qu'on est pas chez nous [rires], on est aux urgences. »

Comme le TRM arrive après le patient polytraumatisé et que les autres membres participent déjà à la dynamique de travail, cela pourrait expliquer le **manque d'intégration** et le sentiment d'être effacé, ressenti par la majorité des TRM :

« Si je veux faire plaisir, je dirais qu'on est importants et que voilà. Si je veux pas faire plaisir, toute façon, c'est nous qui faisons les radios, on presse le bouton, on est des photographes. »

Les TRM sont d'avis qu'ils exercent un **leadership** lors du bilan radiologique secondaire en salle TDM, d'une part, parce qu'ils sont dans un environnement de travail qui leur est familier et, d'autre part, ils appliquent les différents rôles qui composent le référentiel de compétences du PEC. Ceux-ci leur permettent de développer une certaine autonomie dans leur travail, d'avoir quelques responsabilités et de prendre des initiatives :

« Mais, après l'installation dans la machine et la conduite de l'examen, c'est à notre charge, c'est nous qui savons ce que l'on veut obtenir comme images, quelle est la meilleure façon de les obtenir et donc le personnel qui accompagne le patient, que ce soient les anesthésistes ou les infirmiers urgentistes, médecins urgentistes, ils s'adaptent à ce qu'on leur demande. »

Pour ce qui est des médecins, leur avis diffère de celui des TRM. Ces derniers n'exercent à aucun moment de la prise en charge un quelconque leadership, mais ont plutôt des **responsabilités** liées à la sécurité et à la technique de l'examen radiologique. Cela a été énoncé de manière très catégorique :

« C'est lui qui va gérer ce genre de chose, il a au moins une responsabilité, il doit s'assurer qu'il y ait une voie veineuse qui soit perméable, qui fonctionne bien pour le moment où il va envoyer le produit de contraste. »

Le TRM est donc réduit à peu de tâches alors qu'elles sont toutes importantes, puisqu'elles sont nécessaires au bon déroulement des examens radiologiques.

Bien que l'imagerie diagnostique initiale soit essentielle à l'orientation future des soins, les médecins *team leader* avouent **ne pas intégrer le TRM** en tant que membre de l'équipe comme ils intégreraient les autres participants à la prise en charge médicale. Le TRM est perçu uniquement pour son côté technique et comme un « prestataire », ce qui ne valorise en rien la profession.

5.3. La pratique collaborative interprofessionnelle du TRM

En vue d'atteindre le but commun du *trauma team* qui vise à rétablir les fonctions vitales du patient polytraumatisé, le TRM intervient au sein d'une équipe interprofessionnelle où visiblement les différentes professions ne connaissent pas tous le **rôle** des autres participants. Cette connaissance s'acquiert avec l'expérience et les relations qui s'instaurent au fil du temps. Les relations personnelles peuvent favoriser l'entente mais n'ont aucune répercussion sur le déroulement de la prise en charge, parce que chacun est centré sur sa tâche dictée par le **protocole ATLS** :

« Non, parce que je suis pas là pour régler mes comptes avec telle ou telle personne, je suis là pour celui qui est allongé, ou celle. »

Finalement, selon tous nos intervenants, il n'est pas indispensable de connaître précisément le rôle de tout le monde :

« Le plus important, c'est de... de connaître son, de bien connaître son rôle et pis connaître son rôle par rapport au reste de l'équipe, pour donner un sens à son travail, parce que... ça c'est, c'est, c'est ça qui est essentiel quoi. »

La méconnaissance du rôle des autres va dans les deux sens : le TRM envers le *trauma team* et le *trauma team* envers le TRM. Cependant, de manière générale, il est ressorti que le TRM a davantage de connaissance du rôle des autres. **Cette méconnaissance n'a pas forcément une incidence sur le travail que chacun effectue, mais peut toutefois améliorer la pratique collaborative interprofessionnelle.** Dans un des établissements ciblés, le nouveau protocole a été rédigé dans ce sens. Il décrit de manière précise les rôles et tâches de chaque membre de l'équipe ainsi que la chronologie de ceux-ci.

Au sein du *trauma team*, la notion de **TEAM** énoncée par Chaumien-Wetterauer (2014) s'y associe de la manière suivante :

- **Target** : le travail de l'ensemble du *trauma team* est centré sur le rétablissement des fonctions vitales du patient polytraumatisé (but commun).
- **Entire** : chacun est expert dans son domaine de compétences et ensemble, ils devraient former une entité. Cependant, le TRM ne la ressent pas et n'est pas intégré à cette cohésion.
- **Achievement** : le protocole *ATLS* et celui qui est propre à chaque établissement guident les intervenants dans leurs tâches respectives.
- **Management** : la présence d'un *team leader* permet d'orienter les tâches de chacun.

Tous les médecins *team leader* ont évoqué l'importance de réaliser l'imagerie diagnostique initiale dans un bref délai. De ce fait, le TRM a indirectement un certain impact sur le **flux opérationnel** de la prise en charge, puisque les examens radiologiques guident la décision de soins. Si le TRM n'est pas là au moment demandé, la prise en charge peut s'en voir momentanément retardée. Cela semble provenir principalement de problèmes d'organisation et/ou de communication.

La **communication** est l'un des termes qui se rattache fréquemment à la collaboration. Or, elle est apparue comme restreinte au sein du *trauma team* par l'ensemble de nos intervenants. Les échanges sont limités et le respect du silence est un point essentiel, car il permet aux communications importantes d'être entendues par tous et de maintenir la concentration au sein de l'équipe. Bien que réduite, cette communication se doit d'être suffisante afin d'entretenir une bonne dynamique de groupe. Elle est donc un élément clé au sein d'une équipe interprofessionnelle comme le soulignent Gauss et Hamada (2010).

Selon les TRM, la **transmission d'information** est un point à améliorer que n'ont pas relevé les médecins. Ils leur arrivent de ne pas recevoir tous les renseignements dont ils ont besoin de la part des urgences afin d'anticiper et de préparer l'examen radiologique. Ils estiment qu'ils ne devraient pas avoir besoin de chercher les informations par eux-mêmes, mais y sont contraints. Ceci peut s'expliquer par un ressenti général fort sur le fait que la radiologie et les urgences sont deux territoires distincts, bien que leur localisation soit proche. Cela induit un dysfonctionnement de communication. Des efforts devraient être fournis et maintenus afin d'intégrer pleinement la radiologie au sein de ce service et que les relations ne se péjorent pas.

Même si la collaboration paraît évidente dans une telle prise en charge, un TRM n'a pas conscience de la dynamique qui l'entoure lorsqu'il se rend en salle de déchoquage ou au moment de réaliser l'examen TDM. Un **manque d'intérêt pour les autres professions** s'est fait ressentir lors de son entretien. Pour lui, il s'agit uniquement d'un examen standard réalisé dans des conditions différentes :

*« Ouais, parce que, en tant que technicien euh : « Voilà, on a besoin d'une radio ! – OK. J'arrive. »
J'arrive et je m'en vais. Ben oui, c'est bien en soi de discuter, de débriefer ou je sais pas quoi mais,
pourquoi à la limite ? »*

Par cette citation, nous pouvons constater que le TRM est réduit à une radiographie et que c'est elle qui est demandée et non le TRM. Cette caractéristique fait ressortir les clichés du TRM « **presse-bouton** » et « **exécutant** » évoqués par les médecins *team leader*. Cela n'encourage donc pas le TRM à s'intégrer davantage dans la pratique collaborative interprofessionnelle.

De par la **mobilité de sa profession**, le TRM est habitué à travailler dans les différents services d'un hôpital. Il lui arrive également d'être amené à fonctionner en binôme avec un TRM ou un médecin radiologue. Ce n'est donc pas un obstacle pour lui de collaborer au sein d'une équipe interprofessionnelle.

Dans la pratique collaborative interprofessionnelle du TRM, les quatre domaines de **compétence** du CPIS (2010) sont mobilisés lors de l'imagerie diagnostique initiale du patient polytraumatisé : la communication interprofessionnelle, la clarification des rôles, le travail d'équipe et le leadership collaboratif.

Selon la théorie de St-Arnaud (2008), l'**énergie groupale** repose sur trois processus que nous allons interpréter dans la situation de la prise en charge d'un patient polytraumatisé :

- la **production** qui comprend la reconnaissance de l'expertise de chaque membre. Comme les différents intervenants au sein du *trauma team* ne connaissent pas tous le rôle des autres, il y a donc un excès d'énergie groupale qui se traduit par un climat de fébrilité. Les tâches de chacun sont réalisées rapidement et certains membres prennent plus d'importance que d'autres. Ce climat peut ainsi engendrer un dysfonctionnement de la dynamique de groupe.
- la **solidarité** qui représente la qualité des relations. Ces dernières étant plutôt bonnes, l'énergie groupale ne manque pas et un climat de collaboration s'instaure.
- l'**entretien** définit l'évolution de la pratique collaborative. Malgré quelques difficultés évoquées, celles-ci influencent peu le déroulement de la prise en charge. Un climat d'harmonie est alors établi.

Durant nos interviews, cette méconnaissance réciproque de l'expertise de chacun n'est pas évoquée comme un obstacle dans la pratique collaborative interprofessionnelle. Toutefois, selon St-Arnaud, ce manque de connaissance a son importance, puisqu'il induit un excès d'énergie de production qui pourrait péjorer la dynamique de groupe. Il y a donc une divergence entre la pratique et la théorie.

Cependant, notre interprétation sur la pratique collaborative du TRM est limitée, puisque nous avons recueilli l'avis que d'une seule profession ayant un regard externe sur le TRM. Comme les questions de nos entretiens étaient ciblées, nous avons eu un retour focalisé sur le TRM par le médecin *team leader* et non pas sur les autres liens qui existent entre les membres du *trauma team* et le TRM.

5.4. La confrontation des regards entre le TRM et le médecin *team leader*

Les deux professions interrogées n'ont pas la même **posture** au sein du *trauma team* : le TRM prend part à la dynamique de groupe tandis que le médecin *team leader* la supervise, ce qui amène une interprétation différente de la situation. De plus, la position hiérarchique du médecin s'est fait ressentir lors des entretiens.

TRM et médecins *team leader* étaient tous d'accord qu'une bonne communication est essentielle pour une prise en charge optimale d'un patient polytraumatisé. En effet, l'un des domaines de compétence cité par le CPIS souligne l'importance de la **communication interprofessionnelle**, puisqu'elle permet d'établir des relations de confiance et un respect mutuel entre les membres d'une même équipe.

Tous partagent le fait que le TRM a un **rôle essentiel** lors de l'imagerie diagnostique initiale. Bien qu'elle soit indispensable dans cette prise en charge, le TRM se sent réduit à la qualité de ses images et non considéré comme un membre actif au sein de la dynamique de l'équipe :

« Et qu'on est quelque part indispensable, enfin pas nous, les radios ! »

Cela pourrait expliquer le sentiment des TRM de ne pas être intégrés au *trauma team*. De leur côté, les médecins avouent ne pas les inclure pleinement et les considèrent comme des intervenants ponctuels mis à leur disposition. Cela induit chez les TRM un **manque de valorisation** de leur profession ainsi qu'un **manque de reconnaissance**. Lors de nos entretiens, les médecins insistent sur le résultat final de l'imagerie diagnostique initiale et accorde peu d'importance à la dynamique interprofessionnelle avec le TRM. Cependant, un médecin *team leader* a pris conscience de ce malaise et l'intègre dès l'arrivée du patient polytraumatisé en salle de déchoquage afin qu'il participe à l'ensemble de la dynamique. Malgré tout, les TRM n'y voient pas forcément une plus-value à être présent et d'attendre leur tour en sachant que leur planning est souvent minuté :

« On est là que à attendre. Et, puis ça, des fois, c'est pénible. De pas savoir ce qu'on fait du coup, de... d'être dans, dans l'expectative. »

Lors de nos différents entretiens avec les médecins *team leader*, le terme de « **leadership collaboratif** » les a dérangés. De par leurs responsabilités hiérarchiques, ils se focalisaient sur la partie leadership et non pas collaborative de cette notion. Selon nous, leur posture de *team leader* les place au-dessus des autres professions du *trauma team* et ils considèrent que les TRM ont plutôt quelques responsabilités. Ils confirment ainsi leur rôle de supérieur et de superviseur de la prise en charge médicale. Cependant, les TRM perçoivent cette posture de *leader* du point de vue collaboratif comme étant liée à la tâche que le professionnel réalise en fonction de son domaine d'expertise. Ils estiment alors prendre une « position active de *leader* » durant l'examen TDM.

Bien qu'ils aient conscience de ne pas gérer les paramètres vitaux du patient polytraumatisé, ils considèrent qu'ils prennent le leadership de leur examen radiologique afin qu'il se déroule dans de bonnes conditions et qu'ils obtiennent une qualité diagnostique convenable :

« La distinction qu'il y a. Des fois, le, le grade simplement en fait, la hiérarchie. Le fait que c'est des médecins et que nous on est des techniciens. Des fois, on n'est pas forcément, c'est, c'est triste à dire, mais on n'est pas toujours très bien considéré. »

Malgré cette dissonance, le leadership principal reste en main des médecins *team leader* et chaque membre doit s'en référer. Bien que cela n'ait pas été validé et cité par un médecin, nous pensons que chacun des membres prend un certain leadership au moment d'effectuer sa tâche, car il en est l'unique expert. Par exemple, lors du positionnement du détecteur pour réaliser une radiographie en salle de déchoquage, seul le TRM est apte à juger du positionnement correct de celui-ci.

Lors des différents entretiens, nous avons pu remarquer que les deux populations rencontraient certaines **difficultés** lors de la prise en charge du patient polytraumatisé. Grâce au tableau 8 (p. 28), nous avons pu mettre en corrélation les points de vue TRM et médecins *team leader* au sujet des difficultés rencontrées et de leurs propositions d'amélioration. Pour les TRM, le manque de communication et d'écoute ainsi que le sentiment de ne pas être intégrés ressortent comme des difficultés importantes alors que, pour les médecins *team leader*, leurs préoccupations concernent plutôt le suivi du protocole. De plus, selon les TRM, le stress et l'attente sont des facteurs qui les pousseraient à avoir une attitude négative, comme le relèvent les médecins *team leader*. Nous pouvons ainsi remarquer une correspondance des obstacles perçus par chacune des deux professions.

Les **propositions d'amélioration** suggérées sont en partie similaires à tous les intervenants :

- l'humour
- une attitude à zen
- la connaissance des rôles des autres.

Cependant, les TRM ajoutent le désir d'être intégrés aux débriefings post prise en charge du *trauma team*, afin de promouvoir la visibilité de leur profession et d'établir une meilleure collaboration interprofessionnelle.

Les suggestions proposées par les TRM répondent aux difficultés qu'ils rencontrent, contrairement aux médecins *team leader* qui apportent moins de cohérence vis-à-vis des difficultés qu'ils énoncent.

Au vu des constatations observées, il est important de remettre en question le **flux opérationnel**, car celui-ci évolue afin que la prise en charge soit toujours adaptée à la situation grâce aux processus d'optimisation continue comme la **Roue de Deming**. Cette dernière peut se transposer à la communication interprofessionnelle lors de la prise en charge du patient polytraumatisé :

- **Plan** : la mise en place du protocole *ATLS*.
- **Do** : la communication est restreinte lorsque les intervenants agissent au sein du *trauma team*.
- **Check** : la planification tend à mettre en évidence un manque de transmission des informations entre le service des urgences et celui de radiologie, et le TRM est absent aux comptes rendus post prise en charge, car l'équipe se focalise sur le produit final, la radiographie ou l'imagerie TDM, et non sur l'action du TRM en tant que professionnel.
- **Act** : dans un but d'ajustement du processus de qualité, il faudrait alors réagir face au constat énoncé dans l'étape **Check**. C'est pourquoi il serait important de réunir les deux services et que le TRM participe activement aux débriefings lorsqu'ils ont lieu afin d'analyser les éventuelles lacunes de communication.

5.5. La visibilité de la profession du TRM

De par son intervention ponctuelle, la profession du TRM est peu remarquée par les autres intervenants du *trauma team*. Seul le **côté technique** est reconnu et respecté :

« Je pense qu'on est perçu comme des professionnels qui prenons en charge le patient pour un examen qui est très contributif pour les urgences. Ils respectent notre profession. »

Comme les TRM ne sont pas invités aux débriefings post prise en charge organisés par le service des urgences, cela renforce l'identification du TRM à l'imagerie : une fois les examens réalisés, personne ne se préoccupe plus de lui :

« C'est vrai que c'est peut-être quelque chose qui nous manque. Nous, on n'a pas vraiment de suivi euh au niveau euh, à ce niveau-là psychologique, etc. Parce que des fois, c'est difficile ! On voit des choses... 'Fin des scènes, des choses assez terribles. »

Le TRM ne peut donc pas prendre connaissance du domaine de compétence des autres professions qui l'entourent.

Grâce à nos stages, nous avons pu constater que ce sentiment se retrouve presque partout. L'aspect social et médical de la profession est souvent mis de côté. Pour beaucoup, le rôle du TRM se limite à effectuer un examen radiologique.

Réduire les tâches du TRM à une simple « **prestation** » ne valorise pas l'individu. Cela peut se ressentir au sein de l'équipe par un manque d'intérêt à participer à la dynamique de groupe. Au contraire, se sentir valorisé et reconnu par les autres professions apporterait une motivation supplémentaire, comme l'a souligné un médecin :

« C'est essentiel parce que, au niveau satisfaction pour le travail, quand on connaît la valeur de ce qu'on fait et son rôle dans un team par rapport aux autres, c'est important. Parce que le but c'est que ce soit non seulement que chacun fasse sa tâche, mais que les gens le fassent aussi avec conviction, avec enthousiasme. »

Malgré la mobilité du TRM, de manière générale, la profession peine à être reconnue dans l'intégralité de son expertise.

5.6. Le profil idéal du TRM pour la prise en charge du patient polytraumatisé

Comme tout professionnel, le TRM a besoin d'un certain bagage afin d'intervenir au sein du *trauma team*. C'est pourquoi nous avons dressé trois profils idéaux l'un selon les TRM et le second selon les médecins *team leader*. Les objectifs ne sont pas les mêmes : le premier est orienté sur l'**intégration** du TRM alors que le second est centré sur l'**exécution** de la tâche. Grâce à l'analyse de ces deux profils, nous avons pu dégager le nôtre.

5.6.1. Le profil idéal proposé par les TRM

Le profil qui ressort des propos des TRM est porté sur l'**intégration et l'expertise technique** de celui-ci, dont voici les facteurs qui lui permettent d'être efficace et compétent lors de l'imagerie diagnostique initiale :

- esprit de communication et de collaboration
- connaître et appliquer le protocole *ATLS*
- se sentir intégré au sein du *trauma team*
- avoir de l'expérience.

Au vu des rôles de communicateur et de collaborateur du PEC, ces deux compétences sont tout à fait pertinentes lors de la formation du TRM pour la prise en charge du patient polytraumatisé. En effet, savoir communiquer facilite les interactions au sein du *trauma team* et l'écoute des autres permet d'établir des relations appréciées dans la pratique collaborative interprofessionnelle.

En plus de sa formation de base, le TRM doit connaître le déroulement du protocole *ATLS* afin de se sentir à l'aise et de pouvoir suivre la dynamique du *trauma team*.

Afin de s'intégrer à cette équipe, le TRM devrait maintenir de bonnes relations, porter de l'intérêt aux rôles des autres intervenants et, dans un idéal, participer aux débriefings post prise en charge avec le service des urgences. La profession serait alors valorisée par les autres et la motivation du TRM au sein de l'équipe n'en serait que meilleure. Cependant, la volonté personnelle du TRM n'est pas la même vis-à-vis de sa propre intégration. En effet, certains s'impliquent plus que d'autres dans leur profession.

L'expérience acquise au fil des années de pratique permet au TRM d'être plus à l'aise ainsi que d'anticiper et d'adapter son travail en fonction de la situation rencontrée.

5.6.2. Le profil idéal proposé par les médecins *team leader*

Le profil qui ressort des propos des médecins *team leader* est porté sur l'**exécution de la tâche** du TRM, dont voici les facteurs qui lui permettent d'être efficace et compétent lors de l'imagerie diagnostique initiale :

- respecter le protocole *ATLS*
- se référer au *team leader*
- être disponible et présent
- respect mutuel avec tous les intervenants du *trauma team*.

Tout comme pour le TRM, le médecin demande à ce que le protocole *ATLS* soit assimilé afin d'utiliser un langage commun entre tous qui favorise une meilleure collaboration interprofessionnelle.

Le *team leader* est le chef d'orchestre de cette prise en charge. L'ensemble de la communication passe par lui afin de guider l'ensemble de l'équipe vers le but commun. Il est donc très directif ce qui renforce la connotation d'« exécutant » au TRM. Un médecin tend à faire changer cette notion en ayant une vision plus intégrative et collaborative. Il a une réelle envie d'intégrer le TRM en faisant appel à lui dès l'arrivée du patient polytraumatisé.

Afin que tout se déroule au mieux et que la dynamique de groupe ne soit pas perturbée ou retardée, le TRM doit être présent au moment demandé par le *team leader*.

Le TRM se doit également d'avoir une attitude positive, de porter de l'intérêt aux autres membres du *trauma team* et de maintenir de bonnes relations pour qu'un respect mutuel puisse s'établir. Se pose alors la question si la dynamique interprofessionnelle et le rôle attribué au TRM lui permettent réellement d'être intéressé à dégager cette attitude. Nous pensons que les conditions actuelles ne lui sont pas favorables.

5.6.3. Le profil idéal selon nous

Voici notre **profil idéal** composé à l'aide des deux profils décrits ci-dessus auxquels nous ajoutons certains aspects en vue de répondre à l'ensemble du domaine d'expertise de la profession du TRM selon le PEC :

- Le rôle d'**expert** : comprend la réalisation de l'imagerie diagnostique initiale et la connaissance du protocole *ATLS*. Le TRM est l'expert de son champ de pratique professionnelle.
- Le rôle de **communicateur** : englobe la communication interprofessionnelle entre le TRM et les autres membres du *trauma team* ainsi que le *team leader*.
- Le rôle de **collaborateur** : est nécessaire pour agir dans la collaboration interprofessionnelle. Le TRM est un acteur proactif dans l'atteinte du but commun de l'équipe. Pour ce faire, il se doit d'être intégré activement au sein du *trauma team*.
- Le rôle de **manager** : regroupe la gestion et l'anticipation du TRM lors des différents examens qu'il réalise. Il exerce un leadership collaboratif plus prononcé lors de la prise en charge TDM.
- Le rôle de **promoteur de la santé** : le TRM a un rôle important concernant la sécurité du patient et le respect des règles de radioprotection pour l'ensemble des personnes présentes dans la salle.
- Le rôle d'**apprenant** et de **formateur** : inclut l'encadrement des jeunes diplômés vis-à-vis de cette prise en charge particulière.
- Le rôle de **professionnel** : consiste à faire la promotion de la profession du TRM. Il représente l'image de la profession au sein du *trauma team* ainsi que la connaissance de son domaine d'expertise par les autres professions.

En plus de mobiliser ces différents rôles, le TRM devrait être en possession de certaines compétences afin de réaliser l'imagerie diagnostique initiale d'un patient polytraumatisé de manière efficiente. Etant co-acteur au sein de la collaboration interprofessionnelle du *trauma team*, l'écoute, le respect, l'adaptation, la réactivité et l'organisation du TRM semblent être des points clés afin qu'il puisse effectuer ses tâches dans de bonnes conditions au sein de cette équipe interprofessionnelle.

6. Pistes d'action pour la pratique professionnelle

Voici quelques éléments qu'il serait possible de mettre en place afin d'améliorer la **pratique collaborative du TRM**. Nous avons distingué la formation initiale de la formation pratique propre à chaque établissement.

6.1. Pistes d'action pour la formation initiale

Arrivant au terme de notre formation et en tant que futures diplômées, nous ressentons un manque de savoir-faire dans la construction de nos compétences, bien qu'au niveau de nos études au sein de la filière technique en radiologie médicale, il existe plusieurs enseignements dispensés.

Concernant la collaboration interprofessionnelle, les TRM expérimentés ont relevé un manque à ce sujet durant leur formation. Cependant, aujourd'hui, la nouvelle génération est plus sensibilisée grâce notamment aux **cours EIP** (Education interprofessionnelle, 2012) regroupant l'ensemble des filières HESAV ainsi que les étudiants en faculté de médecine.

Il pourrait s'avérer judicieux de mettre en place un dispositif sous la forme d'une **simulation interprofessionnelle** en fin de formation, afin de se familiariser avec la dynamique de groupe présente lors de la mise en place d'un protocole *ATLS*. Centrée sur la prise en charge initiale du patient polytraumatisé, elle intégrerait des étudiants de chacune des professions présentes au sein du *trauma team*. Cette dernière permettrait de développer nos savoirs, nos savoir-faire et notre savoir-être ainsi que la connaissance du protocole et des rôles réciproques de chaque participant.

6.2. Pistes d'action pour la formation pratique

Dans le cadre de la pratique, nous avons pu remarquer que le savoir-faire manquant lors de la formation initiale s'acquiert avec l'expérience du TRM. L'apprentissage d'un tel protocole n'est pas chose aisée comme nous en ont fait part les jeunes TRM interrogés. Cela peut se révéler être une épreuve lourde de stress dans les premiers temps de la pratique et il serait donc important d'offrir un **encadrement adéquat aux jeunes diplômés**. Nous pensons qu'une période formative s'avérerait appropriée à une telle situation : le TRM débutant pourrait commencer par observer le déroulement de la prise en charge, puis y participer et, finalement réaliser ses examens sous supervision afin d'évoluer de manière progressive jusqu'à se sentir prêt à réaliser l'imagerie diagnostique initiale en autonomie.

Nous partageons l'avis de la plupart de nos répondants vis-à-vis de l'**intégration systématique** du TRM aux débriefings interprofessionnels. Comme il s'agit d'un moment privilégié d'échanges en dehors du contexte de l'urgence, ils permettraient au TRM de favoriser son intégration à l'équipe des urgences et de pouvoir partager son ressenti sur la prise en charge. Ainsi, il aurait la possibilité de faire part de son expertise professionnelle et améliorer la visibilité de la profession.

Ces débriefings ne sont pas réalisés de manière systématique et nous pensons qu'il serait mieux de les organiser **régulièrement** avec tous les membres du *trauma team*, car ces discussions favorisent l'optimisation et l'amélioration de l'agir en situation.

Actuellement, avec l'évolution des moyens de communication et des supports de transmission d'information, les **renseignements des urgences vers le service de radiologie** devraient être systématiquement et rapidement acheminés. Or, cela n'est pas toujours le cas comme nous l'ont précisé certains intervenants. Ainsi, le TRM ne sait pas toujours à quelle situation s'attendre et ce manque de coordination entre les deux services pourrait péjorer son travail et l'ensemble de la prise en charge.

Lors de la prise en charge du patient polytraumatisé, le service de radiologie est un moyen complémentaire à la clinique. Il s'agit d'un outil au service du médecin qui n'est pas uniquement réduit à des installations radiologiques, car c'est le TRM qui les rend fonctionnelles. Il serait donc important de **réunir le service de radiologie avec les urgences**, d'autant plus que c'est l'urgence qui crée la demande radiologique.

Par la mise en place de **simulations interprofessionnelles** intégrant le TRM, ce dernier améliorerait ses connaissances du protocole *ATLS* ainsi que du rôle des autres intervenants. D'autre part, elles permettraient de mettre en évidence la visibilité de la profession du TRM grâce aux interactions et à la collaboration de celui-ci. Grâce à ces simulations, chaque membre de cette équipe prendrait connaissance du **rôle principal des autres** afin qu'il puisse comprendre le déroulement du protocole de la prise en charge. Dans une moindre mesure, cela apporterait de la tolérance et du respect entre les différentes professions du domaine de la santé.

Le nouveau protocole mis en place par un *team leader* a comme principal changement pour le **TRM, d'être présent dès le départ de la prise en charge**. Ce fonctionnement pourrait être élargi aux autres *Trauma Center* dans le but de favoriser l'intégration du TRM au sein du *trauma team*. De plus, lorsqu'il arrive au TRM de devoir attendre, il pourrait en profiter pour **observer la dynamique** qui l'entoure et les tâches accomplies par les autres membres présents. De même, ces derniers pourraient observer le TRM lors de l'attente en salle TDM.

7. Perspectives de recherche

Dans ce chapitre, nous allons évoquer quelques pistes de recherche ainsi qu'une possible suite à donner à ce travail de Bachelor.

Dans le temps imparti, nous avons réalisé huit entretiens semi-directifs. L'**échantillon** pourrait être **agrandi** afin de proposer des conclusions plus générales et représentatives de la réalité du terrain. D'un point de vue qualitatif, inclure d'autres professions du *trauma team* à nos échantillons serait envisageable. Cela permettrait de recueillir l'avis de tous les intervenants sur la pratique collaborative du TRM. D'un point de vue quantitatif, augmenter le nombre d'entretiens serait une autre approche pour les mêmes raisons que citées ci-dessus.

En tant qu'étudiantes à plein temps, il n'a pas été possible de réaliser plusieurs **observations sur le terrain**. Comme la prise en charge de patients polytraumatisés est imprévisible, cela n'a pas été compatible avec notre planning. Cet outil de recueil de données pourrait être envisagé lors d'une autre étude afin de se rendre compte par soi-même de la situation. Bien que nous ayons assisté à quelques prises en charge lors de nos formations pratiques, nos observations n'étaient pas suffisantes pour les inclure dans ce travail. Cependant, nous avons porté un regard neutre lors de la rédaction en nous basant plutôt sur la littérature et les divers récits des professionnels interviewés.

Comme le nouveau protocole dont nous parlions ci-dessus n'a été mis en place que depuis le mois d'octobre 2015, il pourrait être pertinent d'effectuer une **comparaison** de celui-ci avec la démarche qui était appliquée auparavant grâce à un recueil de données, tels des entretiens ou des observations.

Comme le TRM qui intervient en salle de déchoquage n'est pas le même qu'en tomographie, il serait pertinent de **dissocier les deux bilans radiologiques** de l'imagerie diagnostique initiale, en se focalisant sur la prise en charge de l'un ou de l'autre.

Une autre piste de recherche pourrait porter sur l'**intégration du TRM lorsqu'il travaille aux urgences**. Il est vrai que l'atmosphère de travail n'est pas la même que dans le service de radiologie standard et qu'il ne s'y sent pas chez lui, comme l'ont décrit nos intervenants.

Lors de nos entretiens, nos questions n'évoquaient pas la **formation continue** nécessaire à cette prise en charge. S'y intéresser permettrait de se faire une idée plus concrète de ce qui est réalisé après la formation initiale, toujours dans un but d'améliorer sa pratique interprofessionnelle.

8. Ressenti du travail de Bachelor

Grâce à notre travail de Bachelor, il nous a été confirmé le manque de visibilité de notre profession de TRM que nous avons déjà pu ressentir durant notre formation initiale. Nous avouons avoir été quelque peu déçues par l'image que nous dégageons, même si nous étions en partie conscientes de cette problématique. Nous pensions avoir une meilleure image sur le terrain et au sein du *trauma team* alors que nous sommes plutôt considérés comme des « prestataires » peu inclus dans la dynamique de l'ensemble de la prise en charge d'un patient polytraumatisé.

De plus, cela nous a confortées dans la volonté de promouvoir l'image de notre profession une fois notre diplôme obtenu et de nous intéresser aux autres professions qui nous entourent, car ceci est essentiel pour la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé.

De par notre étude, nous avons pu nous rendre compte de la complexité de cette situation et de tous les moyens mis en place pour faire collaborer toutes les professions ensemble. Dans notre future pratique professionnelle, nous pensons que notre inexpérience de jeunes diplômées et notre manque de savoir-faire engendreraient un facteur de stress. Nous allons donc garder à l'esprit les conseils et remarques apportés par les différents intervenants que nous avons rencontrés lors de nos entretiens. Ils nous permettront d'utiliser quelques pistes lors de notre agir dans une telle prise en charge.

Au moyen de cette première initiation à la recherche, nous avons appris la rigueur, l'esprit critique et l'ouverture d'esprit grâce aux recherches scientifiques, à l'élaboration d'un outil de recueil de données et à l'analyse de celles-ci.

Au terme de notre travail, nous avons pris plaisir à le réaliser et à le rédiger. Nous avons beaucoup appris sur le sujet et cela a été très enrichissant pour notre formation. La gestion des délais et notre organisation nous ont permis d'approfondir tout ce que nous avons prévu initialement.

Si c'était à refaire, nous aurions pu choisir une autre population que le médecin *team leader*. Un intervenant du *trauma team* au même niveau hiérarchique que le TRM, vivant la même dynamique que celui-ci, aurait apporté un autre regard sur la pratique collaborative du TRM.

9. Conclusion

Lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé, le TRM se sent principalement identifié à ce qu'il produit. Les médecins *team leader* sont focalisés sur le résultat radiologique qu'ils considèrent comme un outil d'aide à la clinique. Ils ne ressentent pas le besoin d'établir une collaboration étroite avec le TRM vu qu'il n'intervient que ponctuellement. Peu d'efforts sont donc fournis pour intégrer le TRM en tant qu'individu au sein de cette équipe interprofessionnelle qu'est le *trauma team*. La présence du TRM aux débriefings réguliers, une meilleure transmission des informations entre les deux services et l'arrivée du TRM dès le début de la prise en charge permettraient ainsi au TRM de se sentir mieux intégré et d'exercer une présence plus remarquée par les autres intervenants.

La visibilité de la profession de TRM ainsi que la reconnaissance de l'ensemble de son expertise n'ont de valeur que si elles sont reconnues par leurs pairs. Son côté technique est l'aspect le plus représentatif pour les autres professionnels. Et, ils en oublient le côté soignant qui fait partie intégrante de ses compétences, d'autant plus que le TRM mobilise une multitude de compétences intégrées dans les différents rôles du PEC, nécessaires à la mise en pratique de sa profession. Cette image qu'il véhicule dépend en grande partie de la façon personnelle d'agir en situation du TRM. Si ce dernier porte de l'intérêt aux autres intervenants et qu'il s'investit pleinement dans sa tâche, l'image de la profession sera valorisée. Au contraire, un manque d'investissement perpétuerait ce désintérêt perçu pour la profession.

Cependant, si le TRM n'y voit pas de sens, il ne produira aucun effort d'intégration au *trauma team* et réciproquement de la part des autres membres. Par rapport aux solutions que nous avons envisagées, nous sommes conscientes des contraintes que cela peut engendrer pour le TRM sachant qu'il n'est pas à l'entière disponibilité du service des urgences. En effet, il réalise généralement un tournus dans les différentes modalités du service de radiologie.

Bien que le protocole *ATLS* soit une forme de communication au sein de cette équipe, la connaissance du rôle de chacun peut s'avérer favorable à une meilleure intégration de chaque profession de la santé dans la pratique collaborative interprofessionnelle, essentielle à cette prise en charge.

Au terme de ce travail de Bachelor, l'activité du TRM lors de l'imagerie diagnostique initiale est peu connue et reconnue par les autres professions. Cette constatation dévalorise l'individu en tant que personne et en tant que professionnel. Comment serait-il alors possible que le TRM soit reconnu sans qu'il soit connu ?

10. Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : <i>ATLS</i> , prise en charge selon une priorisation des fonctions vitales.....	2
Tableau 2 : Exemple de composition d'un <i>trauma team</i>	3
Tableau 3 : Les sept rôles du PEC et leur définition générale.....	5
Tableau 4 : Décomposition du terme anglophone <i>TEAM</i>	8
Tableau 5 : Les climats de groupe.....	9
Tableau 6 : Nombre de patients polytraumatisés admis par établissement.....	14
Tableau 7 : Tableau récapitulatif du choix de l'échantillon.....	15
Tableau 8 : Difficultés et propositions d'amélioration.....	28
Tableau 9 : Profils principaux de notre échantillon.....	32
Figure 1 : Roue de Deming, amélioration de la prise en charge : <i>Plan – Do – Check – Act</i>	10

11. Liste de références

- Amez-Droz, M., Gremion, I., & Realini, X. (2008). Mandat « Profil professionnel du technicien en radiologie médicale » rapport final. Repéré à <http://www.astrm.ch/formation/profil-professionnel-trm/rapport-final.html>
- Banerjee, P., Ghosh, M., Panose, P., & Rudra, S. (2013). CT Scans in Primary Survey for Polytrauma Patients. *Scientific Research*, 2, 46-51. doi:10.4236/act.2013.22009
- Blanc, C., Denys, A., Peloponissios, N., & Schoettker, P. (2004). Le déchoquage du polytraumatisé une symphonie bien orchestrée. *Revue médicale suisse*, 508. Repéré à <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=23972>
- Bode, P.-J., & Pohlenz, O. (1995). The trauma emergency room : a concept for handling and imaging the polytrauma patient. *European Journal of Radiology*, 22, 2-6. doi:10.1016/0720-048X(95)00706-V
- Chaumien-Wetterauer, G. (2014). Du groupe à l'équipe : la petite différence. Repéré à <http://conseils-carriere.monster.ch/vie-en-entreprise/chef-collegues/du-groupe-a-lequipe-la-petite-difference/article.aspx>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Delamare, J., Delamare, T., Delamare, V., & Garnier, M. (2012). Dictionnaire illustré des termes de médecine. p. 392. Paris, France : Maloine.
- Département fédéral de l'intérieur & Office fédérale de la santé publique (2012). Rapport du groupe thématique « Interprofessionnalité ». Repéré à www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html
- Gauss, T., & Hamada, S. (2011). Organisation de la prise en charge hospitalière du patient polytraumatisé et évaluation de la prise en charge. 734-745. Repéré à <http://www.mapar.org/article/pdf/973/>
- Haute Ecole de Santé Vaud (2012). *Week-end interprofessionnel*. Repéré à <http://www.hesav.ch/autres/news/secteurs/formation-de-base/2012/02/16/week-end-interprofessionnel>

- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (2012). *Référentiel de compétences TRM : Bachelor 2012*.
- Jolly, E. (2014). Imager un polytraumatisé. *Manip Info*, 68, 16-21.
- Kosremelli, M., & Wacheux, F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *Conférence internationale en Management*, 1-19. Repéré à <http://basepub.dauphine.fr/xmlui/bitstream/handle/123456789/2614/wacheux.PDF?sequence=2>
- Lamoureux, A. (2006). *Recherche et méthodologie en sciences humaines* (2^{ème} éd.). Montréal, Canada : Beauchemenin.
- Office québécois de la langue française. (2012). *Le grand dictionnaire terminologique*. Repéré à http://www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8362151
- Saint-Arnaud, Y. (2008). *Les petits groupes : participation et animation*. Montréal, Canada : Gaëtan Morin Editeur.
- Salicrù, R. (2013). Le travail en équipe. *Les dossiers du psychologue*, 9, 1-8. Repéré à <http://www.hl-vdb.fr/download/letravailenequipe.pdf>

12. Bibliographie

- Aubry, J.-M. (2005). *Dynamique des groupes*. Québec, Canada : Les Editions de l'Homme.
- Bale, R., Czermak, B., Esterhammer, R., Fink, C., Jaschke, W., Rieger, M., & Sparr, H. (2002). Moderne CT-Diagnostik des akuten Thorax- und Abdominaltraumas. *Der Anaesthetist*, *51*, 835-842. doi:10.1007/s00101-002-0369-7
- Bergs, A.-G., Krijnen, P., Rutten, F., Schipper, I., & Tadros, T. (2005). Communication during trauma resuscitation : do we know what happening ? *Injury : International Journal of the care of the injury*, *36*, 905-911. doi:10.1016/j.injury.2004.12.047
- Carli, P., Riou, B., & Vivien, B. (2008). Comment améliorer la prise en charge des patients polytraumatisés : Critères et scores de gravité. 1-18. Repéré à http://www.sfm.org/Urgences/urgences2008/donnees/pdf/001_vivien.pdf
- Cluzel, P., Coriat, P., Langeron, O., Menegeaux, F., Peytel, E., & Riou, B. (2001). Initial imaging assessment of severe blunt trauma. *Intensive Care Medicine*, *27*, 1756-1761. doi:10.1007/s00134-001-1119-z
- Colquhoun, K. B. M., Hennessy, N. L. M., & Sampson, M. A. (2005). Computed tomography whole body imaging in multi-trauma : 7 years experience. *Clinical radiology*, *61*, 365-369. doi:10.1016/j.crad.2005.12.009
- Finneman, B., Kim, P., Maxwell, C., Pascual, J., Sakran, J., Sarani, B., ... Sonnad, S. (2012). Trauma leadership : does perception drive reality ? *Journal of Surgical Education*, *69*, 236-240. doi:10.1016/j.surg.2011.09.004
- Korsremelli Asmar, M., & Wacheux, F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire.
- Laplace, C. (2010). Imagerie à l'admission du polytraumatisé : recommandations. 465-473. Repéré à <http://www.mapar.org/article/pdf/886/>
- Mucchielli, R. (2000). *La dynamique des groupes : processus d'influence et de changements dans la vie affective des groupes*. Issy-les-Moulineaux, France : Editions ESF.

13. Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien pour le TRM.

Annexe 2 : Grille d'entretien pour le médecin *team leader*.

Annexe 1 : Grille d'entretien pour le TRM :

Données sociologiques :

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?
- Combien d'années d'expériences dans la pratique des urgences avez-vous ?
- Est-ce que la prise en charge de patient polytraumatisé est une situation à laquelle vous avez été régulièrement confronté(e) ?
Relance : Avez-vous un ordre de grandeur : combien de fois ? à quelle fréquence annuelle ?

Questions d'ouverture :

- Est-ce que vous vous préparez à la prise en charge d'un patient polytraumatisé ?
Relance : Comment ? A l'aise ou pas ? Pourquoi ? Besoin de formation ? Conseils à donner ?
- Comment qualifieriez-vous la dynamique interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé ?

Questions selon les dimensions :

Communication interprofessionnelle :

- Y a-t-il une concertation entre tous les membres du *trauma team* avant l'arrivée du patient polytraumatisé ?
Relance : Au sein de votre établissement, y a-t-il des séances communes de préparation (et/ou de débriefing) ?
- Durant la prise en charge du patient polytraumatisé, quels sont les éléments qui peuvent favoriser la communication entre les différents professionnels ?
- Durant la prise en charge du patient polytraumatisé, quels sont les éléments qui peuvent altérer la communication entre les différents professionnels ?

Clarification des rôles et compétences :

- Quelles sont les compétences mobilisées pour agir en tant que TRM au sein du *trauma team* ?
Relance : par exemple, en ce qui concerne votre expertise en radioprotection, en ce qui concerne la communication avec des membres de l'équipe interprofessionnelle,...
- Connaissez-vous le rôle de chaque membre du *trauma team* ?
Relance : Est-ce que cette connaissance vous a permis de mieux vous organiser lors de la prise en charge du patient polytraumatisé ?

Travail d'équipe :

- Comment définissez-vous votre pratique au sein de l'équipe interprofessionnelle ?
- Comment percevez-vous la collaboration entre TRM, étant donné que vous travaillez parfois en binôme ?

Relance : Comment vous organisez-vous entre vous ? Y a-t-il une concertation avant la prise en charge du patient polytraumatisé ?

- Comment vous sentez-vous perçu(e) par les autres professionnels, membres du *trauma team* ?
Relance : Avez-vous l'impression de faire partie intégrante de l'équipe ? Ou vous sentez-vous plutôt comme un co-acteur ou exécutant ?

Leadership collaboratif :

- Dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle, prenez-vous des initiatives ? Lesquelles ?
- Avez-vous le sentiment de prendre un rôle de « *leader* » lors de la prise en charge du patient polytraumatisé ? Si oui, à quel(s) moment(s) (Rx, CT) ?

Relance 1 : Comment vous y prenez-vous ?

Relance 2 : Y a-t-il un moment où vous imposez des directives / donnez des instructions aux autres membres du *team* ? Si oui, lesquelles ?

Si non, quelle est votre position dans le *trauma team* lors des examens radiologiques ?

Dynamique de groupe :

- *Processus de production :* Vous réunissez-vous avec les autres membres du *trauma team* pour une séance de débriefing afin de discuter de ce qui a été réalisé lors de la prise en charge ?

Relance : Ce qui s'est bien/mal déroulé ? Parlez-vous des compétences de chacun en vue d'une bonne prise en charge ? De la dynamique générale de l'équipe ? Des améliorations envisageables ?

- *Processus de solidarité :* Comment qualifieriez-vous les relations entre les membres du *trauma team* ?

Relance : Ont-elles une influence sur la prise en charge ? Quelle influence ? Plutôt favorable / défavorable ?

- *Processus d'entretien :* Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé ?

Relance : De quel ordre : organisationnelles, interactionnelles ou relationnelles ?

- *Processus d'entretien :* Utilisez-vous des astuces pour que la prise en charge se déroule de manière adéquate ?

Relance : Avez-vous des propositions d'amélioration ?

Et plus précisément en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle ?

Annexe 2 : Grille d'entretien pour le médecin *team leader* :

Données sociologiques :

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?
- Combien d'années d'expériences dans la pratique des urgences avez-vous ?
- Est-ce que la prise en charge de patient polytraumatisé est une situation à laquelle vous avez été régulièrement confronté(e) ?
Relance : Avez-vous un ordre de grandeur : combien de fois ? à quelle fréquence annuelle ?

Questions d'ouverture :

- Est-ce que vous vous préparez à la prise en charge d'un patient polytraumatisé ?
Relance : Comment ? A l'aise ou pas ? Pourquoi ?
- Comment qualifieriez-vous la dynamique interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé ?

Questions selon les dimensions :

Communication interprofessionnelle :

- Y a-t-il une concertation entre tous les membres du *trauma team* avant l'arrivée du patient polytraumatisé ?
Relance : Au sein de votre établissement, y a-t-il des séances communes de préparation (et/ou de débriefing) ?
- Durant la prise en charge du patient polytraumatisé, quels sont les éléments qui peuvent favoriser la communication entre les différents professionnels ?
- Durant la prise en charge du patient polytraumatisé, quels sont les éléments qui peuvent altérer la communication entre les différents professionnels ?

Clarification des rôles et compétences :

- Est-ce que chaque membre de l'équipe a connaissance du rôle des autres ?
- Est-ce que vous avez l'impression que le TRM connaît le rôle de chaque intervenant du *trauma team* ?
Relance : Cela vous permet-il de mieux organiser la prise en charge du patient polytraumatisé ?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la pratique collaborative du TRM au sein de l'équipe ?
Relance : Attitudes, compétences professionnelles ?

Travail d'équipe :

- Quelle position a le TRM au sein du *trauma team*, selon vous ?

Relance : Avez-vous l'impression qu'il fait partie intégrante de l'équipe ou est-il un exécutant passif ?

Leadership collaboratif :

- Avez-vous le sentiment que le TRM prend une posture active de « *leader* » lors de la prise en charge radiologique du patient polytraumatisé ? Si oui, de quelle façon ?

Relance 1 : Donne-t-il des instructions aux autres membres du *team* pour coordonner / faciliter la réalisation des examens radiologiques ?

Relance 2 : Si non, quelle est sa posture / son attitude dans le *trauma team* lors des examens radiologiques (Rx, CT) ?

Dynamique de groupe :

- *Processus de production* : Vous réunissez-vous avec les autres membres du *trauma team* pour une séance de débriefing afin de discuter de ce qui a été réalisé lors de la prise en charge ?

Relance : Ce qui s'est bien/mal déroulé ? Parlez-vous des compétences de chacun en vue d'une bonne prise en charge ? De la dynamique générale de l'équipe ? Des améliorations envisageables ?

- *Processus de solidarité* : Comment qualifieriez-vous les relations entre les membres du *trauma team* ?

Relance : Ont-elles une influence sur la prise en charge ? Quelle influence ? Plutôt favorable / défavorable ?

- *Processus d'entretien* : Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés lors de la prise en charge d'un patient polytraumatisé ?

Relance : De quel ordre : organisationnelles, interactionnelles ou relationnelles ?

- *Processus d'entretien* : Utilisez-vous des astuces pour que la prise en charge se déroule de manière adéquate ?

Relance : Avez-vous des propositions d'amélioration ?

Et plus précisément en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle ?