

dossier

RÉFLEXION

Les enjeux de la visualisation des clichés d'imagerie médicale chez les patients

Image, rapport au corps et rapport à soi

Incarnation de la médecine moderne, l'imagerie médicale accompagne désormais la vie de millions de personnes dans leur quotidien, et ce parfois avant même leur naissance. Outre son utilisation en tant qu'examen complémentaire, elle sert à dépister et à suivre l'évolution des pathologies et des états de santé. La rencontre des patients – voire de la population générale – avec des images représentant l'intérieur de leur corps se fait ainsi de plus en plus fréquente. Quelles conséquences sur l'image de soi? Comment les patients intègrent-ils ces images dans la représentation qu'ils se font d'eux-mêmes? L'étude de Déborah Gasnot documente la réception et la compréhension de ces examens en radiologie diagnostique à l'appui d'un terrain ethnographique.

Les résultats présentés ici sont issus d'une enquête de terrain réalisée hebdomadairement dans un service de radiologie parisien entre février et mai 2022. Le terrain, immersif et non participant, s'attachait à observer le travail des professionnels du service au quotidien, à la fois en salle d'examen, de contrôle et d'interprétation. Des observations ont également été réalisées au cours d'une vingtaine de consultations en échographie (ostéoarticulaire et viscérale, le service ne faisant pas d'obstétrique). Quatre entretiens qualitatifs ont par ailleurs été conduits pour enrichir ces données ethnographiques⁽¹⁾. Encore exploratoires, ces résultats font l'objet d'un mémoire de master 2 à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) dont la soutenance est prévue en juin 2023.

L'imagerie: un examen avec ou sans effet sur le patient?

Selon l'Institut français de l'expérience patient (Ifep), chaque Français ou Française passera au moins un examen d'imagerie médicale dans sa vie⁽²⁾. Pour certains, cela a commencé avant la naissance avec l'échographie obstétricale; pour d'autres, plus âgés et n'ayant pas été confrontés dans

l'enfance à des techniques d'imagerie, la fréquentation de ces technologies imageantes survient avec l'avancée en âge, la survenue de vulnérabilités ou l'entrée dans des pathologies chroniques. La rencontre avec les examens d'imagerie médicale ponctue ainsi désormais notre parcours de patient. À chaque nouvel examen, c'est une image de soi qui s'ajoute, comme une photo de plus dans un album ou dans la galerie de notre téléphone. Comme une photo: *a priori* sans effet, sans conséquence, sans réelle incidence: cela ne reste après tout «qu'une radio ou qu'un scanner».

On se rend compte pourtant, si on tend bien l'oreille, que ces images sont parfois l'objet de conflits ou de discussions. «J'ai vu le médecin, il a dit qu'il ne voit rien sur la radio! Tu te rends compte? pourtant j'ai mal...» Ces remarques fourmillent dans nos échanges au quotidien avec notre entourage, mais aussi avec le milieu médical. Elles mettent en lumière une discordance, c'est-à-dire un écart notable entre ce qui est vu (ou non) et ce qui est vécu par le patient. Ces discordances peuvent advenir dans un sens ou dans l'autre: se faire diagnostiquer une tumeur au cerveau que l'on ne ressent pas, ou à l'inverse ressentir une douleur ou une gêne dont la cause n'est pas trouvée pendant l'examen.

Déborah GASNOT

Étudiante master 2
Santé, médecine
et questions sociales (SMQS)
École des hautes études
en sciences sociales (EHESS)
Assistante de gestion à la Chaire
de Philosophie à l'hôpital

Ces situations de conflit, interne (psychologique) ou externe (avec le personnel soignant), ont questionné plusieurs champs de recherche. Des travaux mettent en avant le potentiel sensible des images en médecine. Bien loin d'être de simples représentations passivement regardées, les clichés radiologiques s'incorporent. L'anthropologue Margitta Zimmermann a démontré dans sa thèse⁽³⁾ l'existence d'une « sensibilité somatique⁽⁴⁾ » éveillée chez les patients par la confrontation avec leur image de l'examen. Elle appelle à considérer l'esthétique des images au sens étymologique du terme αἰσθητικός, *aisthêtikós* « qui a la faculté de sentir; sensible, perceptible ». Pour elle, la confrontation avec les clichés d'imagerie ne se résume pas à une visualisation, mais implique une expérience sensible internalisée, corporalisée. Ces résultats sont étayés par ceux d'une autre anthropologue, Cécile Estival (2008)⁽⁵⁾, dont les recherches montrent que la visualisation des clichés en oncologie permet de matérialiser, comprendre, localiser et prendre conscience de la maladie chez les patients. Elle relève un intérêt plus prégnant chez les femmes, les jeunes et les classes hautes ou moyennes de la population vis-à-vis des images. À l'inverse, les hommes, les personnes âgées et les personnes peu éduquées sont plus prompts à se détacher de leur examen, soit par dégoût de la matière anatomique, soit parce qu'ils estiment qu'ils n'y entendront rien et qu'ils considèrent, en tant que patients, ne pas avoir à y entendre quoi que ce soit.

La psychanalyse s'est aussi questionnée sur l'influence de ces images sur notre inconscient, en écoutant les plaintes des patients en consultation. On peut citer, par exemple, les travaux de Paul-Laurent Assoun⁽⁶⁾, Céline Masson⁽⁷⁾ ou Rémy Potier⁽⁸⁾. Certains psychanalystes estiment que les patients ne devraient pas recevoir leur examen d'imagerie de peur que cela ne provoque un bouleversement psychique trop important, rappelant que leur aspect « fantomal » peut évoquer la mort⁽⁹⁾. D'autres insistent simplement sur l'influence que peuvent exercer ces images dans et sur la vie des patients, qu'elle soit positive ou négative: « Il s'agit d'entendre ce que l'inconscient a pu y former à partir d'expériences personnelles vécues dans un corps à corps avec ces techniques, le plus souvent à partir d'une ignorance totale du fonctionnement et des implications de celles-ci.⁽¹⁰⁾ »

Récupérer, voir et comprendre l'examen imagé

Car si l'imagerie ne choque pas, ou plus, elle n'est pas pour autant nécessairement comprise. Le fonctionnement des diverses modalités (radio, IRM, scanner...) et leur production sont parfois dévoyés dans les articles ou émissions de vulgarisation scientifique. Forçant la publicité sur les progrès de la médecine, certains discours font porter aux examens d'imagerie le poids de voir à travers le corps, en induisant qu'avec eux nous pouvons désormais tout voir, qu'ils vont tout montrer. Prolongeant une longue tradition occidentale donnant primeur à la vue sur les autres sens, ils alimentent ainsi une confiance exacerbée envers la représentation visuelle, une « preuve » difficilement contestable. Cet argument se niche dans l'inconscient collectif. Il explique en

Bien loin d'être de simples représentations passivement regardées, les clichés radiologiques s'incorporent.

partie l'exigence des patients pour passer ces examens complémentaires. Il explique aussi leur possible déception lorsqu'ils ne sont pas prescrits. On en oublie, dans ce type de discours, l'ensemble du travail d'interprétation des images, le rôle déterminant de la question clinique dans le paramétrage de la machine, celui des radiologues, des manipulateurs et des manipulatrices en électroradiologie médicale, le choix même de la modalité (IRM, écho, scanner) ou de l'incidence qui aboutissent, *in fine*, à l'image et au compte-rendu. Lorsque le fonctionnement de la machine est trop complexe pour permettre aux patients de savoir comment sont produites les IRM ou les images issues de scanner, ceux-ci peuvent soit admettre, soit tenter de donner du sens en comblant les « vides » de

NOTES

(1) Trente-deux personnes se sont initialement portées volontaires, seuls quatre entretiens ont pu être *in fine* menés avec trois hommes et une femme, âgés de 36 à 71 ans.

Le questionnaire intégrait trois thématiques: image dans le parcours de soin/image et rapport à la maladie/image, rapport au corps, rapport à soi.

(2) Institut français de l'expérience patient, « Comment améliorer l'expérience patient en imagerie? », mai 2021 - experiencepatient.fr

(3) M. Zimmermann, « Le jeu avec les ombres: médecine, maladie et expérience esthétique », thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2004.

(4) M. Zimmermann, « Expérience esthétique et guérison: le secret des images qui "soignent" », *Ethnologie française*, 2007, vol.37, n°1, p.132.

(5) C. Estival, « Imagerie médicale et perception du corps dans la relation patient-soignant en cancérologie », thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2008.

(6) P.-L. Assoun, « L'imagerie médicale à l'épreuve de la psychanalyse. Le fantasme iconographique », *Recherches en psychanalyse*, 2008, vol. 2, n°8, p.182-189.

(7) C. Masson, « L'image en médecine: us et abus. L'image n'est pas la réalité », *Cliniques méditerranéennes*, 2007, vol. 2, n°76, p. 61-75. « L'image en médecine, quels sont les enjeux de l'utilisation des différentes techniques d'imagerie médicale? », *Recherches en psychanalyse*, 2009, vol.2, n°8, p.158-163.

(8) R. Potier, « Enjeux cliniques et psychopathologiques de l'imagerie médicale: le regard à l'épreuve de la construction du corps contemporain », thèse de doctorat en psychopathologie et psychanalyse, université Paris 7, 2007.

« L'image du corps à l'épreuve de l'imagerie médicale », *Champ psychosomatique*, 2008, vol.52, n°4, p.17-29.

« L'imagerie médicale dans la relation de soin, enjeux psychiques et éthiques », *Laennec*, 2012, vol.60, n°4, p.40-46.

(9) « Le sujet qui engage ses images dans l'espace commun projette ses propres images de mort, sa mort à venir dans le temps et à partir de là, sa propre finitude », C. Masson, « L'image en médecine. Quels sont les enjeux de l'utilisation des différentes techniques d'imageries médicales? », *Association de recherche en psychanalyse*, 2009, vol. 9, n°8, p. 160.

(10) R. Potier, « L'image du corps à l'épreuve de l'imagerie médicale », *op. cit.*, p. 18.

connaissance par ce qui va faire le plus de sens pour elles et eux. Certains vont chercher sur Internet, retapant les mots clés mal compris de leur radiodiagnostic⁽¹¹⁾. D'autres vont solliciter des proches travaillant dans le milieu médical. D'autres encore se font une interprétation qui peut être bien loin de la réalité décrite. Ce qui est sûr, c'est que se saisir de son examen n'est pas si facile que cela semble l'être. Ces tentatives de renseignement, fructueuses ou non, démontrent que la confrontation avec l'image ne reste pas sans effet.

Se reconnaître dans l'image

Dans la première confrontation entre le patient et son image se joue, en quelques secondes, une recombinaison des représentations de soi. Dans la mesure où les clichés d'imagerie dévoilent des corps qui se ressemblent, en série, sans identité, les patients doivent eux-mêmes se détacher de leur identité au moment de voir leur cliché pour accepter de devenir « juste » des corps photographiés, scannés⁽¹²⁾. Ils tentent ensuite de se réapproprier leur corps en dehors de leurs marqueurs habituels (la couleur des cheveux, une cicatrice au bras, etc.). Il y a dissociation entre le corps physique, réel, vécu, avec ses marques et ses cicatrices, et le corps imagé par l'imagerie médicale, un « corps dénué de toute subjectivité qui nécessite un savoir spécifique que les patients n'ont pas⁽¹³⁾ » toujours. Tout l'enjeu va donc être de trouver des repères auxquels s'accrocher pour s'approprier cette représentation anonyme de soi et se réidentifier à travers elle. Certains patients vont médicaliser leur regard pour y arriver : leur expérience développe chez eux une habitude des examens, des images et du vocabulaire médical. Certains signes pathologiques ou anatomiques peuvent aussi faciliter cette réidentification à travers de nouveaux marqueurs (« là, il manque un rein sur l'image parce qu'on me l'a retiré en... », « ah là c'est mon kyste »). Certains dispositifs médicaux implantés aident à faire le lien entre le corps physique et le corps imagé (« ah, voilà mon pacemaker/le prolongement de mon cathéter », etc.).

La réidentification qui suit s'avère plus ou moins facile en fonction de la technique d'imagerie mobilisée et des vues utilisées. Elle demande au préalable un minimum de connaissances en anatomie. Plus l'examen se rapproche d'une représentation anatomique avec des bases relativement connues de tous (le cerveau, l'os), plus l'identification est facile. C'est pourquoi certaines radios et certaines IRM/scanners sont plus aisément interprétables par les patients que d'autres. À l'inverse, plus l'examen est éloigné des représentations traditionnelles du corps humain, plus cette réidentification demande au patient de se distancier de lui-même et de mobiliser sa réflexion pour se voir et se comprendre.

Des secondes inutiles, des secondes où tout se joue : impact de la visualisation sur l'« image de soi »

La visualisation du cliché, même rapide ou expéditive, constitue un moment intense de déconnexion et de reconnexion à soi, de sollicitation du savoir, dans lequel nous greffons de nouvelles informations très rapidement. Dès la première visualisation, les patients doivent sortir d'eux-mêmes pour se voir et se comprendre anatomiquement. Ils doivent ensuite comprendre que ce cliché est le leur⁽¹⁴⁾, qu'il les représente, ce que ne manquera pas de leur faire comprendre le personnel soignant avec des expressions telles que « sur votre échographie/votre IRM/votre examen ». S'annonce ensuite ce qu'« il y a » ou « ce qu'il n'y a pas », deuxième temps de la confrontation avec l'image. Son commentaire vient remanier l'image du corps du patient et donc, en bout de file, l'image qu'il se fait de lui-même comme personne. En psychologie, l'image du corps et l'image de soi sont deux concepts fondamentaux extrêmement liés⁽¹⁵⁾. Entendu au début du 20^e siècle comme une sorte de proprioception ou de kinesthésie, le concept d'image du corps s'affine progressivement avec Paul Schiller dans les années 1970⁽¹⁶⁾ pour renvoyer à un entendement du corps comme siège des sensations, des expériences, abritant le vécu singulier de chacun. Cette image du corps vient alimenter directement l'image de soi, c'est-à-dire l'idée que nous nous faisons de nous-même, tant physiquement que psychologiquement (qui je suis).

L'examen, en infirmant ou confirmant un ressenti corporel souvent motif de la visite, met l'image du corps du patient à l'épreuve. En radiologie diagnostique, l'examen peut révéler l'existence de tumeur, d'arthrose, d'anomalies et malformations congénitales non ressenties par le patient, ce qui peut créer un conflit avec l'image de soi d'un patient qui se vivrait comme totalement sain, ou à l'inverse ne trouver aucune explication à une gêne ou un ressenti désagréable. Si l'annonce reste ce qui bouleverse le patient, l'image vient lui donner les informations clés pour conscientiser à l'intérieur de lui-même cette annonce. Comme évoqué précédemment, l'examen imagé va permettre de localiser, de donner une forme, de conscientiser somatiquement et intellectuellement l'information. C'est là que se situe toute une tension sous-jacente expliquant qu'un patient ne soit pas d'accord avec son résultat d'examen : l'image de lui faite par la machine et qu'on lui impose n'est pas en accord avec l'image qu'il se fait

NOTES

(11) C. Estival « La visualisation des clichés d'imagerie médicale par les patients atteints d'un cancer. Analyse en début de trajectoire », *Sociétés*, 2009/3, n° 105, p. 9-20.

(12) C. Estival, « Imagerie médicale et perception du corps dans la relation patient-soignant en cancérologie », *op. cit.*

R. Horio Monteiro, « Images médicales entre art et science », *Sociétés*, vol.1, n°95, 2007, p. 97-108.

Le projet « Tomos » de l'artiste et plasticienne Monica Mansur ou les œuvres de Marilène Oliver mettent en avant le caractère anonyme, répétitif et dépersonnalisé de l'imagerie médicale.

(13) C. Estival, « Imagerie médicale et perception du corps dans la relation patient-soignant en cancérologie », *op. cit.* p. 317.

(14) Il y a ici un lien à faire avec le stade du miroir de Lacan, moment de développement psychique important chez l'enfant dans lequel ce dernier, en se regardant dans le miroir, conscientise pour la première fois que c'est son corps qu'il observe et non pas celui d'un autre. Cf. J. Lacan, *Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je: telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*, PUF, 1949.

(15) M. Jeannerod, « De l'image du corps à l'image de soi », *Revue de neuropsychologie*, 2010, vol.2, n°3, p. 185-194.

(16) P. Schiller, *L'Image du corps*, Gallimard, 1968.

de lui-même. Ce conflit intérieur, cette discordance, peut ensuite être verbalisé auprès de son médecin ou de sa famille. Il est donc important de ménager la réception des examens radiologiques. En fonction du genre, du parcours de soin ou du parcours de vie, certains examens demandent une réception aménagée, anticipée par le corps médical pour ne pas être trop déstabilisante. La consultation de radiodiagnostic en est une forme. Le radiologue fait la médiation entre le patient et son image et doit venir prendre le temps de répondre à toutes les questions que le patient peut se poser vis-à-vis de cette image qu'on lui impose de l'extérieur. Cela peut déjouer certains phénomènes de discordances. Ainsi, en consultation d'échographie ou salle de radiographie (seuls endroits où patients et soignants partagent la même salle durant l'examen), nous avons pu observer des patients dans une démarche active de questionnement du radiologue ou du manipulateur radio (« est-ce qu'il y a quelque chose? Qu'est-ce que vous voyez? »). En échographie, puisque le patient est en face de l'écran en temps réel, il peut interpeller directement le radiologue. Dans une démarche pédagogique, le radiologue explique: « Ici, c'est le tendon, vu en coupe. Et là, c'est le petit nodule, on va le mesurer. » Médecins comme patients réussissent par l'image à entrer en interaction et se mettent d'accord: pointer du doigt un phénomène sur l'échographe, le palper sur le corps pour retrouver ce phénomène cliniquement, en interroger la signification, potentiellement corriger l'interprétation, etc. L'extrait d'observation suivant en témoigne: « En consultation d'échographie ostéoarticulaire, une femme d'une cinquantaine d'années, professeuse de théâtre, consultant pour une douleur à l'épaule, questionne la radiologue car elle est surprise de la voir se concentrer sur la face antérieure de son épaule (côté buste) plutôt que la face postérieure (dans le dos) où elle a mal. Elle demande: "Donc ce n'est pas derrière [le problème]?", ce à quoi la radiologue répond: "Alors, le propre des lésions à l'épaule, c'est que la lésion est quelque part mais on a mal ailleurs." »

Tous les patients qui reçoivent leur examen n'entrent toutefois pas nécessairement en conflit ouvert avec leur praticien. Dès lors, comment expliquer la diversité des réactions des patients? De mon terrain comme des précédents travaux se dégage un impact différencié de la visualisation des clichés d'imagerie selon cinq critères:

- **le degré de gravité de la pathologie**, qui oblige le patient à s'en souvenir, parfois à ressortir ce résultat dans un parcours thérapeutique long. Par exemple, il est aisé de se remémorer une fracture particulièrement sévère, même sans support;
- **le résultat**: on se souviendra plus facilement d'un résultat « négatif » (il y a quelque chose) que « positif » (il n'y a rien);
- **la partie du corps atteinte**: les examens des organes forts en symbolique (organes sexuels associés à la féminité et/ou à la masculinité; le cerveau, siège de l'intelligence) risquent de venir miner nos représentations et de déranger l'image de soi⁽¹⁷⁾;
- **la fréquence**: plus on passe d'examens, moins ils nous marquent car ils finissent généralement par tous se ressembler;
- **les contrastes importants/choquants**, par exemple des prothèses de hanche.

De l'image du corps au schéma corporel

En psychanalyse et en psychologie, le schéma corporel renvoie à une « représentation non consciente du corps, représentation qui permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial⁽¹⁸⁾ ». Si l'image du corps a à voir avec la façon dont nous habitons notre corps en première personne, le schéma corporel renvoie à notre manière de nous mouvoir dans notre environnement. Or, il semble qu'une modification de l'image de soi et de l'image du corps peut entraîner une modification dans la manière de se sentir et de se mouvoir, donc du schéma corporel. Par exemple, une patiente de 49 ans, agente SNCF, opérée pour une prothèse de hanche m'expliquait en entretien que depuis son opération, elle sentait comme une « gêne » au niveau de sa hanche:

- **[Enquêtrice]** *Et vos membres de la famille, ils sont étonnés quand ils voient ça (la radio)?*
- **[Enquêtée]** *Oui. Ça fait... ça fait vraiment une image... comme une quille en fait, une espèce de bout rond qui est dans l'articulation de la hanche [...] C'est assez incroyable de voir ça, de se dire qu'on arrive à faire des choses comme ça aujourd'hui [...]. En fait depuis que j'ai cette prothèse... je sens une gêne dans ma cuisse, en fait. [silence] Je sais où est la prothèse exactement parce que quand j'appuie là, sur la cuisse, j'ai comme une gêne. Ça me fait une espèce de bleu. Le chirurgien ne s'inquiète pas de ça, moi..., moi, par moments, j'ai une gêne. Voilà. La prothèse me gêne. Je n'ai pas de mal pour marcher parce qu'avant je ne pouvais pratiquement plus marcher, mais je sais qu'il y a quelque chose dans le corps et c'est pas quelque chose de fluide.*

Ici, la description que donne cette patiente ramène cette gêne à une réalité qu'elle peut palper, très claire et identifiée. La radiographie – support auquel elle tient puisqu'elle a confié plus tard dans l'entretien avoir pris à la

NOTES

(17) Je renvoie ici particulièrement à l'article de M. Zimmermann sur l'accompagnement d'une patiente dans la découverte de son hystérogographie: « Expérience esthétique et guérison: le secret des images qui "soignent" », *op. cit.*

(18) C. Morin, *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire. Neurologie et psychanalyse*, Érès, 2013, p.19. Cf. aussi K. Gleeson, H. Frith, "(De)Constructing Body Image", *Journal of Health Psychology*, vol. 1, n°11, 2006, p. 79-90.

Quand nous parlons d'imagerie médicale [...] se niche toujours la question du rapport au corps et du rapport à soi.

volée une photo de l'écran de l'ordinateur du chirurgien – lui permet de bien situer tout ce qui s'est passé pendant qu'elle était anesthésiée. Dans cette visualisation qui lui sert de suivi, le contraste entre sa prothèse et le reste de son corps semble la perturber. La patiente sait qu'on est intervenu sur elle et qu'on a modifié quelque chose à l'intérieur d'elle, ce qui a perturbé l'image qu'elle avait d'elle-même. Dans cette perturbation, le cliché d'imagerie lui donne à voir la modification qui a été faite. Elle lui permet de reconstituer son intervention. Elle peut voir sur l'image le remplacement du haut de son fémur par une prothèse métallique en forme de boule. De là, il semblerait que ce support imagé lui ait permis de si bien localiser et conscientiser son intervention, que cela a aussi entraîné des conséquences sur son schéma corporel à un endroit précis, ainsi que sur sa manière de se mouvoir. Elle pourrait avoir une gêne globale dans

la hanche. Mais son vécu est plus précis. Comme elle le dit: «Je sais où est la prothèse exactement parce que quand j'appuie là, sur la cuisse, j'ai comme une gêne.» Elle «sait qu'il y a quelque chose dans [son] corps», et ce qu'elle sait prend appui sur l'«espèce de bout rond qui est dans l'articulation de la hanche» qu'elle constate sur la radio. La visualisation du cliché après son opération est donc venue modifier la façon dont désormais elle perçoit son image du corps et donc son image de soi, mais aussi la façon dont elle se meut (son schéma corporel). Il y a un avant et un après dans lequel la chirurgie, autant que l'image, joue un rôle.

Conclusion

La réception d'un examen d'imagerie médicale vient mettre en jeu toute une recomposition des identités chez le patient. Si cette recomposition peut se faire facilement, dans le cas où l'interprétation de l'examen et de ce qu'il révèle se comprend plutôt bien, il arrive cependant qu'elle rencontre des obstacles. D'un côté, un manque de connaissance de la part du patient, qu'il va combler avec ses moyens, aboutit à des interprétations allant parfois à l'encontre de ce qui est réellement perçu par le médecin. C'est ce qui arrive notamment quand des recherches complémentaires sont faites sur Internet et qu'un kyste bénin se transforme en cancer. De l'autre côté, il y a un obstacle dans la prise en charge, dû à la banalisation de l'examen d'imagerie lui-même. La quantité d'examens réalisés banalise une rencontre entre le patient, son image et son médecin, dans laquelle la psychologie joue pourtant son rôle et ne peut être ignorée. L'examen imagé n'est pas simplement un moyen pour le médecin de prouver ses dires. Pour le patient, elle peut aussi être le support d'une nouvelle identification. Quand nous parlons d'imagerie médicale, dans les conversations avec nos proches comme dans les interactions entre un patient et son médecin (ou tout autre personnel soignant), se niche toujours, en filigrane, la question du rapport au corps et du rapport à soi. La réception des examens d'imagerie ne peut donc se penser de façon passive. Puisque les informations qui en sont tirées vont nous accompagner toute notre vie et modifier parfois jusqu'à notre manière de nous mouvoir, il importe de veiller à leur réception pour qu'elles ne soient jamais laissées à la libre interprétation angoissée du patient. ●



ZOOM

La Chaire de Philosophie à l'hôpital

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé. Ses thématiques de recherche s'articulent autour de cinq pôles: Philosophie clinique et savoirs expérientiels/Santé connectée et intelligence artificielle/Design capacitaire/Résilience et clinique du développement/Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un espace doctoral composé de douze doctorants.

www.chaire-philos.fr