



**HAL**  
open science

# La présence du chercheur sur le terrain. Retour sur un travail d'observation dans un service de médecine nucléaire

Romain Lonceint

## ► To cite this version:

Romain Lonceint. La présence du chercheur sur le terrain. Retour sur un travail d'observation dans un service de médecine nucléaire. Les sciences sociales à l'épreuve du terrain, L'Harmattan, 2018, 978-2-343-13464-2. hal-03937096

**HAL Id: hal-03937096**

**<https://hal.science/hal-03937096v1>**

Submitted on 14 Feb 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

## **La présence du chercheur sur le terrain.**

### **Retour sur un travail d'observation dans un service de médecine nucléaire**

#### **Introduction**

Dans ce chapitre, notre propos visera à objectiver différents obstacles liés à la présence du chercheur sur le terrain, dans le but de contribuer à éclairer la complexité des relations du chercheur en sciences sociales à son terrain<sup>1</sup>. En effet, alors que le travail empirique constitue une forme de « passage obligé » pour bon nombre de recherches en sciences sociales, « aller sur le terrain » peut également s'apparenter à une épreuve pour le chercheur. En premier lieu, la présence du chercheur sur le terrain ne va pas toujours de soi pour les acteurs, ces derniers pouvant se montrer réticents à l'idée de s'exposer à un regard extérieur, ce qui pose notamment la question de « l'accès au terrain ». Ensuite, le chercheur doit encore parvenir à « trouver sa place » sur le terrain afin de mener à bien son enquête, tout en perturbant le moins possible les situations observées. Nous verrons alors que cette présence du chercheur sur le terrain peut faire l'objet d'accords plus ou moins tacites avec les acteurs. Nous adopterons ici une posture réflexive par rapport à notre propre expérience de terrain dans la mesure où l'ensemble de ces réflexions s'appuient sur des observations que nous avons menées au sein d'un service de médecine nucléaire.

#### **L'observation en médecine nucléaire**

Nous nous attacherons tout d'abord à présenter notre terrain d'enquête ainsi que les raisons pour lesquelles nous avons privilégié la technique de l'observation. Le terrain qui sous-tend notre propos dans ce chapitre est la médecine nucléaire. Il s'agit d'une spécialité médicale apparue dans la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle et comprenant l'ensemble des applications des médicaments radiopharmaceutiques à visée diagnostique (imagerie médicale) et thérapeutique. Afin que le lecteur puisse appréhender au mieux les particularités de cette spécialité médicale relativement méconnue, nous en préciserons les principes généraux de fonctionnement. Dans le cas du diagnostic en médecine nucléaire, le médicament radiopharmaceutique est administré au patient, généralement par voie orale ou intraveineuse, puis détecté par une caméra externe une fois fixé sur l'organe à examiner. La capture des rayonnements radioactifs émis par le médicament radiopharmaceutique permet alors la réalisation d'images de la partie du corps à explorer (les reins, les os, la thyroïde...). Cette technique d'imagerie médicale, appelée scintigraphie, est utilisée non seulement pour l'exploration, autrement dit la recherche de pathologies (notamment de métastases ou d'autres formes de cancers), mais aussi pour suivre l'évolution de cancers ou pour s'assurer de l'efficacité

---

<sup>1</sup> Ce travail s'inscrit dans le cadre du Labex IRON ANR-11-LABX-0018-01.

d'un traitement. La thérapie en médecine nucléaire repose elle aussi sur l'administration d'un médicament radiopharmaceutique au patient, mais contrairement au diagnostic, sa finalité est ici de détruire des cellules cancéreuses. Cette technique est notamment utilisée dans le traitement des cancers thyroïdiens avec l'injection au patient d'un médicament radiopharmaceutique à base d'iode radioactif. Notons que certains médicaments radiopharmaceutiques à visée thérapeutique permettent également la réalisation d'examens d'imagerie. La finalité d'un même radiopharmaceutique peut donc à la fois être thérapeutique et diagnostique.

L'administration d'une dose de radioactivité au patient sous la forme d'un médicament radiopharmaceutique et l'émission de rayonnements radioactifs qu'elle entraîne sont donc au fondement même de la médecine nucléaire. Cependant, l'utilisation des radiopharmaceutiques expose le patient comme les professionnels de santé à de « faibles doses » de radioactivité pour lesquelles les effets demeurent incertains à long terme (Boudia, 2009). En effet, alors que les connaissances dans ce domaine, en particulier les études épidémiologiques portant sur les survivants des bombardements de Hiroshima et Nagasaki, permettent d'affirmer avec certitude l'existence de risques engendrés par les expositions à de fortes doses (excès de leucémies et de cancers notamment), les effets des « faibles doses » n'ont en revanche pas été démontrés. Ainsi, pour des doses inférieures à 100 mSv<sup>2</sup>, la mise en évidence d'une relation de cause à effet entre l'exposition aux rayonnements radioactifs et l'apparition de pathologies n'a pas été établie par les études épidémiologiques. Il s'agit donc d'une situation d'incertitude dans laquelle l'existence de risques pour les personnes exposées n'a pas été prouvée. Néanmoins, l'absence de lien causal ne signifie pas pour autant que le risque n'existe pas à « faibles doses », comme le souligne l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire : « l'absence d'effets décelables lors d'études épidémiologiques menées jusqu'à présent ne permet pas d'exclure l'existence de risques pour les êtres vivants »<sup>3</sup>.

Les sciences sociales ont principalement abordé la problématique des « faibles doses » sous l'angle du risque, en s'intéressant à la fois aux différentes controverses scientifiques sur les risques associés aux « faibles doses » (Chateauraynaud, Debaz, Fintz, 2013), mais également aux expositions d'origine industrielle pour les travailleurs du nucléaire (Thébaud-Mony, 2012) ou encore pour les riverains installés à proximité d'une centrale nucléaire (Estades, Rémy, 2006). Le choix de la médecine nucléaire comme terrain d'enquête devait au contraire nous permettre d'appréhender la question des « faibles doses » autrement qu'à travers le seul prisme des risques, l'exposition à la radioactivité dans le domaine médical étant aussi associée à des bénéfices diagnostiques et thérapeutiques pour le patient. Ce terrain nous permettait donc de questionner la place des incertitudes en milieu médical dans la mesure où, en médecine nucléaire, ce qui est au fondement de l'acte médical, en l'occurrence la radioactivité, constitue aussi une source de risques

<sup>2</sup> Le Sievert (Sv) est l'unité utilisée pour évaluer les effets des rayonnements sur l'homme.

<sup>3</sup> [www.irsn.fr](http://www.irsn.fr)

potentiels pour le patient comme pour les professionnels de santé.

Le recours à l'observation comme technique d'enquête nous semblait alors pertinente au regard des spécificités du terrain et de notre questionnement. D'une part, l'observation était essentielle afin de pouvoir décrire un terrain, la médecine nucléaire, ayant peu fait l'objet de recherches empiriques en sciences sociales. Notre présence prolongée sur le terrain devait ainsi nous permettre de recueillir le maximum d'informations sur ce milieu, à la fois en termes d'organisation, de pratiques professionnelles et de discours, afin d'en dresser un portrait qui soit le plus documenté et le plus précis possible. D'autre part, le choix de l'observation visait aussi à éclairer le rapport des professionnels de santé à l'incertitude, là où leurs propos recueillis lors d'entretiens semi-directifs s'inscrivaient largement dans la banalisation du risque radioactif (« je n'ai pas de crainte de recevoir des doses », « ça n'est pas du tout une préoccupation pour moi la radioprotection »). À travers l'observation, il s'agissait donc de saisir en profondeur les pratiques des acteurs et de les confronter aux données issues des entretiens semi-directifs.

Notre enquête de terrain s'est alors déroulée durant plusieurs semaines au sein d'un service de médecine nucléaire à visée diagnostique et thérapeutique d'un Centre Hospitalier Universitaire d'une ville française. Ce service est composé d'une vingtaine de personnes issues de groupes professionnels relativement diversifiés. En effet, les acteurs travaillant en médecine nucléaire proviennent non seulement du champ médical (médecin), pharmaceutique (radiopharmacien, préparateur en radiopharmacie), paramédical (manipulateur en électroradiologie médicale, infirmière, aide-soignante), mais aussi de la physique (physicien médical) ou encore de la protection radiologique (agent de radioprotection). Pour accéder aux pratiques et aux discours en situation de ces multiples acteurs, nous avons alors cherché à être présent dans les différents espaces de ce service de médecine nucléaire : la salle de commande des examens, les trois salles d'examen dans lesquelles se trouvent les caméras, la salle d'injection dans laquelle sont administrés aux patients les médicaments radiopharmaceutiques, la radiopharmacie où sont préparés les radiopharmaceutiques, les chambres plombées dans lesquelles les manipulatrices se rendent pour administrer les radiopharmaceutiques aux patients dans le cadre de traitements, mais aussi les couloirs et les salles d'attente du service.

### **Accéder au terrain**

Si notre présence sur le terrain s'imposait donc sur le plan de l'enquête, elle n'était sans doute pas aussi évidente pour le personnel du service de médecine nucléaire. L'observation conduit les acteurs à dévoiler leurs pratiques, même quand celles-ci ne sont pas totalement légitimes. En effet, comme l'ont noté plusieurs auteurs, modifier son comportement en présence du chercheur dans le but de masquer certaines pratiques n'est pas tenable longtemps pour les acteurs (Arborio, Fournier,

2010). Le fait d'être observé revient donc à se montrer en s'exposant à un regard extérieur et potentiellement critique. Les acteurs peuvent donc se montrer réticents à la présence du chercheur dans leur « monde », surtout s'ils ne parviennent pas à identifier clairement les finalités de cette présence ainsi que les motivations du chercheur. Cette réticence des acteurs peut alors rendre délicate l'accès du chercheur au terrain.

La question de la présence du chercheur sur le terrain ne se pose bien évidemment pas dans les mêmes termes selon que le chercheur soit, ou non, clairement identifié comme tel par les acteurs. Certains chercheurs en sciences sociales distinguent alors l'observation « incognito » dans laquelle le statut de chercheur n'est pas dévoilé aux acteurs, de l'observation « à découvert » dans laquelle la présence du chercheur sur le terrain est connue des acteurs (Arborio, Fournier, 2010). L'observation « incognito » permet souvent au chercheur de contourner les réticences des acteurs, voire même leur refus sur certains terrains. C'est ainsi que Pierre Fournier a pu, par exemple, observer l'organisation du travail au sein d'une centrale nucléaire française en y travaillant plusieurs mois comme stagiaire (Fournier, 2012). L'observation « incognito » constituait sans doute ici la seule parade pour mener une enquête dans ce milieu confiné qu'est l'industrie nucléaire et ceci sur une période relativement longue. En médecine nucléaire, nous avons au contraire mené une observation « à découvert », pour reprendre la terminologie utilisée par Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier. Par certains aspects, cette démarche facilite sans doute le travail de l'observateur, notamment parce qu'elle autorise davantage la prise de notes et qu'elle permet aux acteurs de connaître les attentes du chercheur. Mais elle expose aussi le chercheur aux interrogations des acteurs concernant la nature même du travail d'observation (« en quoi consiste votre observation ? », « qu'est-ce que vous notez ? ») et même à des réserves émises par les acteurs (« c'est réellement pertinent pour vous d'être dans le service ? »). Notre présence en médecine nucléaire posait alors deux séries de questions.

D'une part, l'observation nous donnait accès à ce qui relève traditionnellement du domaine de l'intime : le corps humain, en l'occurrence celui des patients. Cette situation était d'autant plus délicate que le corps qui se donnait à voir était ici un corps souvent malade, abîmé et fragile. La présence du chercheur a donc pu être interprétée comme une forme d'intrusion aux yeux des professionnels de santé, expliquant ainsi certaines de leurs hésitations à nous laisser accéder aux salles d'examen dans lesquelles se trouvent les patients, au moins dans les premiers temps de l'observation. Nous n'avons cependant rencontré aucune réticence de la part des patients (qui sont pourtant les premiers concernés par le dévoilement de leur corps) pour la simple raison que le port de la blouse blanche, qui était une condition posée par les professionnels de santé à notre présence dans le service, nous assimilait au personnel médical. Mais bien que le port de la blouse blanche permettait de contourner les éventuelles réticences que les patients auraient pu exprimer à voir une personne étrangère au service assister à leur prise en charge médicale, cette situation était elle aussi

problématique car elle nous mettait *de facto* dans une relation de « duperie » vis-à-vis des patients (Fainzang, 2009). En effet, alors que les professionnels de santé connaissaient notre statut de chercheur, le patient nous identifiait inévitablement au personnel hospitalier.

D'autre part, comme dans toute activité exposant à la radioactivité, la médecine nucléaire est soumise à un certain nombre de mesures de radioprotection que le personnel est tenu d'appliquer : le port de dosimètres destinés à mesurer les doses reçues pour s'assurer du respect des seuils réglementaires d'exposition, l'utilisation de diverses protections plombées (notamment le port de tabliers plombés destinés à limiter l'exposition des professionnels de santé à la radioactivité), l'éloignement aux sources radioactives ou encore le fait de limiter autant que possible la durée d'exposition. Le chercheur doit alors prendre explicitement ses distances avec une logique de contrôle relative à l'application de ces règles, à laquelle les acteurs pourraient être tentés de l'associer, tout en rappelant la neutralité de son travail d'observation par rapport aux différents intérêts sociaux en présence. Malgré ces précautions, il peut néanmoins subsister un jeu de cache-cache à l'égard du chercheur, dans lequel les professionnels de santé cherchent à masquer certaines de leurs pratiques, sans doute de peur qu'elle ne soient considérées par l'observateur comme une forme de transgression vis-à-vis des règles de radioprotection.

Ce que l'on nomme généralement « l'accès au terrain », et qui n'est donc pas sans poser de problèmes au chercheur, ne se règle cependant pas en une fois, comme pourrait le laisser entendre cette expression. En effet, la question de « l'accès au terrain » ne se réduit pas, pour le chercheur, à se voir ouvrir la porte d'une organisation, en l'occurrence un service de médecine hospitalière, par son responsable hiérarchique. Il ne s'agit là que d'une première étape qui, dans notre cas, à consister à présenter à la fois l'objet de notre recherche ainsi que l'intérêt de l'observation au chef du service de médecine nucléaire. Bien qu'essentiel, ce moment ne se révèle toutefois pas suffisant pour saisir ce qui se joue véritablement sur le terrain. Pour cela, il faut encore que la présence du chercheur soit acceptée par l'ensemble des acteurs travaillant dans le service (les médecins, les radiopharmaciens, les manipulateurs en électroradiologie médicale, les infirmières...), sans quoi de nombreuses pratiques risqueraient d'échapper à l'observateur. « Accéder au terrain », c'est donc aussi être autorisé par ces différents acteurs à assister aux consultations médicales, à l'élaboration des médicaments radiopharmaceutiques, à leur injection aux patients ou encore aux examens d'imagerie médicale à proprement parler. Il n'y aurait finalement pas « un » mais une multitude d'accès au terrain que le chercheur doit obtenir pour espérer mener à bien son travail empirique.

### **Trouver sa place**

Le travail d'observation ne consiste pas uniquement à « accéder au terrain », mais il implique également que le chercheur soit en mesure de « trouver sa place » dans le milieu concerné

par l'enquête ce qui, là encore, ne va pas toujours de soi. Dans notre cas, cette question pouvait sembler d'autant plus problématique que nous n'étions pas forcément familiers de la médecine nucléaire et qu'aucune fonction ne nous était attribuée sur le terrain. En effet, « trouver sa place » peut sans doute être facilité par le fait d'occuper une fonction particulière au sein de l'organisation étudiée, à l'image de Jean Peneff qui, pour observer le service des urgences d'un centre hospitalier, a travaillé comme brancardier à temps partiel pendant une année (Peneff, 1992). Nous n'occupons donc aucune fonction particulière dans ce service de médecine nucléaire, si ce n'est celle de l'observateur. Dans ces conditions, comment parvenir à « trouver sa place » sur le terrain ?

En premier lieu, « trouver sa place » impliquait de mener notre travail d'observation tout en perturbant le moins possible les situations que nous observions. La conciliation de ces deux exigences, qui s'avèrent être potentiellement contradictoires, prenait la forme d'un équilibre délicat. En effet, il y a toujours le risque que la présence du chercheur modifie les comportements et les propos des acteurs. Le chercheur n'est jamais totalement extérieur à ce qu'il observe dans la mesure où il participe aux actions qu'il entend décrire. Notre présence sur le terrain ne devait pas non plus gêner le travail du personnel du service. Cependant, le travail d'observation tel que nous le concevions ne consistait pas seulement à observer les acteurs, mais aussi à interagir avec eux. Ainsi, les demandes de précisions faites aux acteurs sur l'organisation du service, le déroulement des examens, le fonctionnement des appareils d'imagerie médicale ou encore sur les pathologies des patients nous paraissaient essentielles à la compréhension du terrain. Ces demandes adressées aux professionnels de santé confortaient d'ailleurs leur statut de « sachant », à travers lequel ils cherchaient sans doute aussi à convertir le chercheur à leur en cause, avec un travail de légitimation de la médecine nucléaire, considérée par un certain nombre d'entre-eux comme une spécialité médicale relativement méconnue et restant associée à l'imaginaire négatif du nucléaire.

Ce travail d'enquête nécessitait aussi de changer de lieu d'observation, en investissant les différents espaces du service de médecine nucléaire (la salle de commande des examens, les salles d'examen, la radiopharmacie...). Cependant, la place de l'observateur ne peut être identique dans des espaces où les acteurs et les codes ne sont pas les mêmes. Ainsi, l'interaction du chercheur avec le personnel n'est pas la même selon que l'on soit en salle d'examen, dans laquelle la présence du patient met inévitablement le chercheur en retrait par rapport à l'action, ou en radiopharmacie, dans laquelle la présence des patients est interdite, ce qui favorisait notamment les échanges avec les radiopharmaciens et les préparateurs en radiopharmacie qui y travaillent. Changer de lieu d'observation entraîne donc aussi une forme d'apprentissage afin de « trouver sa place » dans chaque espace.

La présence du chercheur sur le terrain peut aussi être appréhendée à travers la logique du don et du contre-don, prenant la forme d'accords plus ou moins tacites entre le chercheur et les professionnels de santé. Notre présence en médecine nucléaire impliquait tout d'abord le respect

d'un certain nombre de codes et de règles spécifiques au milieu. Dans notre cas, il s'agissait notamment du port de la blouse blanche et du respect des règles de radioprotection, en particulier de l'utilisation de la dosimétrie. Cette logique du don et du contre-don s'est aussi traduite par diverses demandes que les professionnels de santé formulaient à notre égard. En effet, même « à découvert », nous avons été sollicités à différentes reprises, notamment pour fermer une porte, porter un appareil ou encore répondre au téléphone, sans pour autant qu'il s'agisse d'une observation participante au sens où l'entend Jean Peneff. À la demande des acteurs, nous avons aussi été amenés à expliciter notre recherche, à la fois son objet, ses méthodes ou encore l'utilisation des résultats. Il ne s'agissait pas seulement de présenter notre recherche au chef de service comme nous l'avions fait initialement, mais également de le faire de manière plus informelle aux différents acteurs dont nous observions le travail et ceci tout au long du travail d'enquête en médecine nucléaire. Dans un milieu dominé par la médecine, la pharmacie et la physique et au sein duquel les acteurs n'étaient pas nécessairement familiers de la recherche en sciences sociales, notre présence dans le service a pu susciter quelques interrogations (mais que peut bien faire un sociologue dans un service de médecine nucléaire ?) auxquelles nous avons répondu. En définitive, la capacité du chercheur à répondre favorablement à l'ensemble de ces demandes, dans la mesure où elles n'entrent pas en contradiction avec la réalisation du travail d'enquête, apparaît comme une condition essentielle pour espérer « trouver sa place » sur le terrain.

## **Conclusion**

Dans ce chapitre, nous avons donc cherché à objectiver un certain nombre d'obstacles liés à la présence du chercheur en sciences sociales sur le terrain, en nous appuyant sur notre propre expérience d'observation en médecine nucléaire. En effet, la présence du chercheur sur le terrain pose un certain nombre de questions, aussi bien pour « accéder au terrain » que pour y « trouver sa place » en tant que chercheur. Au regard du travail d'observation réalisé en médecine nucléaire, il apparaît que l'élaboration de relations de confiance entre le chercheur et les acteurs peut contribuer à atténuer ces difficultés. Mais si cette relation de confiance, voire même de complicité dans certains cas, peut apparaître comme une condition indispensable au bon déroulement de l'observation, la difficulté pour le chercheur peut alors consister à rester dans une démarche d'objectivation et de prise de distance vis-à-vis des liens tissés avec le terrain. Il s'agit sans doute d'une autre tension qui témoigne, de nouveau, de la complexité de la relation du chercheur à son terrain.

## **Bibliographie**

Arborio A.M., Fournier P. (2010), *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Paris, Armand



Colin.

Boudia S. (2009), « Les problèmes de santé publique de longue durée. Les effets des faibles doses de radioactivité », in Gilbert C., Henry E. (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 35-53.

Chateauraynaud F., Debaz J., Fintz M. (2013), « Aux frontières de la sécurité sanitaire. Les controverses métrologiques sur les faibles doses et les perturbateurs endocriniens », *Natures Sciences Sociétés*, Vol. 21, n°3, 271-281.

Estades J., Rémy E. (2006), « Déconfiner l'expertise sur les faibles doses de rayonnements ionisants », *Hydroécologie appliquée*, Vol. 15, 123-137.

Fainzang S. (2009), « La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Une approche anthropologique », *Questions de communication*, 15, 279-295.

Fournier P. (2012), *Travailler dans le nucléaire. Enquête au cœur d'un site à risques*, Paris, Armand Colin.

Peneff J. (1992), *L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Paris, Métailié.

Thébaud-Mony A. (2012), « Risques industriels, effets différés et probabilistes : quels critères pour quelle preuve ? », in Thébaud-Mony A., Daubas-Letourneux V., Frigul N., Jobin P. (dir.), *Santé au travail. Approches critiques*, Paris, La Découverte, 21-39.