

TRANSFORMATION DES ENJEUX PROFESSIONNELS

La radiologie interventionnelle : enjeux juridiques de l'entrée d'une spécialité dans le soin

Léo MIGNOT

Centre Émile Durkheim, UMR 5116, CNRS, Sciences Po Bordeaux, Université de Bordeaux

Résumé

Née dans les années 1960, la radiologie interventionnelle (RI) recouvre les actes médicaux invasifs réalisés sous guidage d'un moyen d'imagerie. Bien que proposant de nouvelles possibilités de prise en charge et différentes innovations thérapeutiques, celle-ci a peiné à obtenir une reconnaissance auprès du grand public et des agences de santé. En proposant de retracer l'histoire de la spécialité et ses conditions d'émergence, cet article éclaire les facteurs explicatifs de cette lente diffusion. Sont notamment mis en avant les enjeux juridiques et concurrence entre spécialités médicales (radiologie et chirurgie). Le contexte d'implémentation des techniques de RI, marqué par la lutte entre professionnels pour la maîtrise des actes et l'accès aux patients, éclaire ainsi les résistances auxquelles elles ont dû faire face.

Mots-clés : radiologie interventionnelle, médecine, professions, innovation, sociologie

Abstract

Interventional Radiology: the Jurisdictional Issues Surrounding the Entry of a Speciality into Healthcare

Introduced in the 1960s, interventional radiology (IR) refers to invasive medical procedures performed under the guidance of an imaging device. Despite offering new treatment options and a number of therapeutic innovations, it has struggled to gain recognition from the public and health authorities. By tracing the history of the specialty and the conditions of its emergence, this article sheds light on the factors that explain this slow spread. In particular, it highlights jurisdictional issues and competition between medical specialties (radiology and surgery). The context in which IR techniques were introduced, marked by conflicts between professionals over control of techniques and access to patients, sheds light on the resistance they faced.

Keywords : interventional radiology, medicine, professions, innovation, sociology

Ayant vu le jour dans la seconde moitié du XX^e siècle, la radiologie interventionnelle (RI) recouvre les actes médicaux invasifs réalisés sous guidage d'un moyen d'imagerie. Après avoir initialement proposé des solutions de traitement ou de diagnostic des pathologies dans le domaine vasculaire, la spécialité a vu son éventail s'élargir. Elle a ainsi répondu à de nouvelles indications dans le domaine cardiaque dès les années 1970, mais aussi en neurologie ou encore en oncologie depuis le milieu des années 1990.

Réalisées par des médecins radiologues (assistés de manipulateurs en électroradiologie médicale et de personnels d'anesthésie) dans des conditions similaires à celles des blocs opératoires, ces interventions concernent chaque année plus de 500 000 patients¹. Or, si elles offrent de nouvelles possibilités de prise en charge, celles-ci demeurent méconnues. En effet, bien que promettant une moindre invasivité de l'acte au patient et une réduction des temps d'hospitalisation, la RI est peu identifiée par le grand public et peine plus largement à assurer sa place dans les schémas d'organisation des soins. Elle reste à ce titre inégalement répandue sur le territoire et souffre d'un manque de financement et d'encadrement².

Alors même que la spécialité est porteuse de promesses d'innovation thérapeutique, le fait qu'elle ait peiné à se diffuser pousse à s'interroger sur les facteurs permettant d'expliquer son manque de reconnaissance et invite à revenir sur ses conditions d'émergence et de développement. Nous défendons dans cet article³ l'idée selon laquelle ces difficultés sont largement dues à la transgression des frontières dont est porteuse la RI, le franchissement de la démarcation entre sphères diagnostique et thérapeutique ayant entraîné une restructuration des juridictions⁴ et espaces de compétences entre professionnels de santé. Nous proposons donc d'étudier les recompositions et résistances provoquées par l'implémentation progressive de la RI dans les structures de soin et les concurrences entre spécialités s'en étant suivies. Ainsi, après être revenus sur la naissance de la RI et sur les tensions à l'œuvre avec la chirurgie, nous montrerons que les enjeux professionnels liés à la restructuration de la chaîne thérapeutique se sont progressivement déplacés de la question du refus des techniques à celle de la captation des patients.

L'émergence de la radiologie interventionnelle

Si elle est aujourd'hui utilisée pour une variété de pathologies⁵, c'est dans le domaine vasculaire que la RI voit le jour dans les années 1960, avec la création d'une nouvelle technique : l'angioplastie transluminale percutanée. La paternité en revient à Charles Dotter, radiologue américain aujourd'hui considéré comme le père fondateur des thérapies guidées par imagerie.

¹ Si les modalités de structuration de la spécialité rendent difficile un suivi précis et régulier du volume d'activité, on recensait près de 550 000 actes (60% à visée diagnostique, 40% à but thérapeutique) réalisés en 2009. Voir Joffre F. Présentation de la radiologie interventionnelle en France en 2010. *Journal de Radiologie*, 2011, 92, 7-8 : 623-31.

² Les techniques de RI sont faiblement valorisées dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) et l'encadrement de la pratique est longtemps resté parcellaire. Des premiers décrets d'encadrement ont concerné la neuroradiologie interventionnelle en 2007 et la cardiologie interventionnelle 2009, avant que l'ensemble de la spécialité ne fasse l'objet d'un décret plus large en 2022.

³ Ce travail a reçu le soutien financier de l'INCa (INCa_6165) et du SIRIC BRIO (Grant INCa-DGOS-Inserm 6046). L'enquête, combinant entretiens semi-directifs, observations *in situ* et exploitation de données scientométriques, a donné lieu à la réalisation de plus de 110 entretiens et l'observation de plus de 130 actes au sein de services de RI.

⁴ Abbott A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

⁵ Plus de 600 techniques sont recensées par la CPAM.

En 1963, alors qu'il réalise une artériographie sur une patiente afin de diagnostiquer une sténose, ce dernier insère par erreur un cathéter à travers l'obstruction⁶. La voie ainsi ouverte suffit à restaurer le flux sanguin et recanaliser le vaisseau : sans le vouloir, Dotter vient pour la première fois d'effectuer une procédure thérapeutique d'un genre nouveau. Loin d'être échaudé par l'incident, le radiologue y voit l'ouverture d'un nouveau champ de possibilités et souhaite promouvoir l'usage du cathétérisme pour le traitement de pathologies similaires. La même année au mois de juin, lors du congrès tchécoslovaque de radiologie, il encourage ses pairs à transgresser la frontière du diagnostic afin de développer une offre de soin alternative. Ce qui devait à l'origine n'être qu'une présentation de trente minutes se transforme en un exposé d'une heure trente à l'issue duquel Dotter assène que « le cathéter angiographique peut être plus qu'un outil passif d'observation diagnostique ; utilisé avec imagination, il peut devenir un important instrument chirurgical⁷ ».

Dotter propose donc de détourner le cathéter de son usage initial : il ne s'agit plus de cathétériser pour réaliser un cliché diagnostique, mais d'intervenir sur le corps et d'utiliser le cathéter comme un instrument thérapeutique. Le procédé est assimilable à une innovation originelle par catachrèse, qui désigne en sociologie des sciences une situation « où l'on se sert d'un instrument en lui conférant un autre usage que celui auquel il est initialement destiné, ou encore lorsqu'un appareillage sert en dehors des limites normales de son fonctionnement⁸ ». Dans le cas présent, et alors qu'il était en premier lieu employé en angiographie à des fins diagnostiques, le cathétérisme devient un outil chirurgical utilisé pour intervenir sur l'anatomie des vaisseaux.

Rapidement, Dotter cherche à concrétiser ses projets et les mettre en pratique, aidé en cela par Melvin Judkins, l'un de ses internes. En janvier 1964, une première patiente – Laura Shaw – lui est adressée par William Krippaehne, un collègue chirurgien avec lequel il entretient de bonnes relations⁹. Alors que celle-ci refuse l'amputation et souffre de gangrène au pied gauche et d'ischémie du membre inférieur¹⁰, les premiers examens mettent en cause une sténose de l'artère fémorale superficielle, poussant Dotter à tenter une opération. Au cours de celle-ci, le radiologue parvient à dilater la zone rétrécie en utilisant successivement des cathéters de diamètres de plus en plus élevés, cette approche progressive lui permettant de rétablir avec succès la circulation dans le membre. L'opération est un succès : la patiente peut de nouveau marcher suite à la résorption de la gangrène et, malgré les craintes de plusieurs de ses collègues chirurgiens concernant un possible risque de thrombose, l'intervention n'est suivie d'aucune complication. Les résultats sont publiés la même année dans *Circulation*, revue de cardiologie et d'hématologie américaine, les auteurs y présentant et défendant l'utilisation de leur technique¹¹.

Toutefois, alors que cet article actant la création de l'angioplastie transluminale percutanée constitue un princeps fondateur pour la RI, il ne connaît dans un premier temps qu'un succès modéré. Il reste peu cité avant 1979, moment d'un pic d'intérêt suivi depuis lors d'une moyenne annuelle d'environ cinquante citations. Après une période de "sommeil", la publication se voit ici "réveillée" suite à sa mention dans un article¹² d'Andreas Grüntzig¹³, et présente un profil scientométrique correspondant

⁶ Payne MM. Charles Theodore Dotter: The Father of Intervention. *Texas Heart Institute Journal*, 2001, 28, 1: 30-1.

⁷ Dotter C.T. Vascular Catheterization and Angiographic Techniques of the Future. *Czechoslovak Radiological Congress*. Karlovy Vary, 1963 (notre traduction).

⁸ Allamel-Raffin C. Instruments et bricolage en physique des matériaux : l'exemple des catachrèses. *Tracés*, 2005, 9 : 23.

⁹ Payne MM. Charles Theodore Dotter..., *op. cit.* :31.

¹⁰ Rösch J, Keller F, Kaufman J. The Birth, Early Years, and Future of Interventional Radiology. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2003, 14 : 841.

¹¹ Dotter CT, Judkins MP. Transluminal Treatment of Arteriosclerotic Obstruction. Description of a New Technic and a Preliminary Report of Its Application. *Circulation*, 1964, 30 : 654-70.

¹² Grüntzig A, Senning Å, Siegenthaler WE. Nonoperative Dilatation of Coronary-Artery Stenosis: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301, 2 : 61-8.

¹³ Un cardiologue et radiologue allemand ayant contribué au développement de l'angioplastie dans le domaine cardiaque.

celui d'une *sleeping beauty*¹⁴. Loin de se propager rapidement, la technique connaît de fait une diffusion lente, mais néanmoins mouvementée, faisant l'objet de prises de position controversées. Celle-ci a donc subi un sommeil agité, qui s'explique grandement par le contexte de réception de cette innovation thérapeutique.

Conflits de territoire entre spécialités

Le développement de la RI n'est pas allé sans susciter résistances et enjeux de juridictions entre professionnels de santé. En mettant les moyens d'imagerie au service du guidage d'un acte médical invasif, celle-ci a fait sortir la discipline radiologique d'un rôle purement diagnostique afin d'offrir une nouvelle offre thérapeutique. Il s'agissait là d'une rupture et d'un véritable changement de statut pour une spécialité qui, longtemps cantonnée à la "contemplation" du corps, a vu naître la possibilité d'agir sur celui-ci. En s'émancipant de leur rôle de "photographe", les radiologues interventionnels ont investi un espace déjà occupé par d'autres spécialités médicales – celui de l'intervention sur le corps et de l'offre de soin – et sont entrés en concurrence avec celles-ci. Sur un marché tel que celui de la santé, la conquête d'une nouvelle part d'activité se fait bien souvent au détriment des autres acteurs en présence. Dans le cas présent, cette concurrence s'est traduite par un travail des frontières et des « conflits de territoire¹⁵ » entre la RI et les autres spécialités médicales, en particulier la chirurgie.

Il est indéniable que les premières tentatives de Dotter sont défavorablement accueillies dans le domaine médical. Loin de susciter l'enthousiasme, le radiologue se heurte rapidement aux réticences de ses pairs. Les premiers patients recrutés le sont d'ailleurs par le biais des médecins généralistes ou des spécialistes de médecine interne, les chirurgiens se positionnant dans leur immense majorité contre le recours à la technique¹⁶. La percevant comme dangereuse et irresponsable¹⁷ ou craignant qu'elle ne puisse faire de l'ombre à leur spécialité, ils s'avèrent peu enclins à la considérer comme un traitement valide. Loin de demeurer isolées, ces tensions initiales se confirment à plus grande échelle à mesure que d'autres radiologues tentent de développer une activité interventionnelle.

À cet égard, la stratégie de communication adoptée par Dotter s'avère risquée et se retourne partiellement contre son instigateur. Dans le but de faire connaître ses procédures, celui-ci ne manque pas de s'engager dans une offensive médiatique : il fait en sorte d'apparaître dans la presse locale, prend part à des interviews auprès de radios et chaînes TV, *etc.* Grâce à cette activité promotionnelle, Dotter parvient d'ailleurs à attirer de nouveaux patients¹⁸, aidé en cela par la parution dans le magazine d'envergure nationale *Life* d'un reportage dressant son portrait et mettant en avant l'angioplastie¹⁹. Cependant, cette visibilité médiatique a également suscité les critiques et a pu accroître les résistances et rivalités avec d'autres professionnels de santé. L'article de *Life* met à ce titre en lumière l'aspect non conformiste des recherches de Dotter et présente le radiologue sous un jour fantasque. Les photographies sélectionnées pour illustrer le texte ne le montrent par ailleurs pas sous son meilleur jour et le renvoient plutôt à la figure caricaturale du savant fou. Ces clichés contribueront à lui valoir le surnom de « *crazy Charlie* », qu'il lui sera difficile de dissiper. Cette réputation achève de braquer ses correspondants, déjà peu disposés à accorder un fort crédit à ces nouvelles techniques.

¹⁴ Gorry P, Ragouet P. "Sleeping Beauty" and Her Restless Sleep : Charles Dotter and the Birth of Interventional Radiology. *Scientometrics*, 2016, 107, 2: 773-84.

¹⁵ Becker GJ. The Future of Interventional Radiology. *Radiology*, 2001, 220, 2: 281-92.

¹⁶ Rösch J, Keller F, Kaufman J. The Birth, Early Years..., *op. cit.* : 843.

¹⁷ Malgré des premiers résultats prometteurs, la technique restait, à ce stade, expérimentale et n'avait pas fait la démonstration complète de son efficacité.

¹⁸ Rösch J., Keller F., Kaufman J. The Birth, Early Years..., *op. cit.* : 843.

¹⁹ Clearing an Artery. *Life*, 14 août 1964 : 43-6.

Du refus des techniques à la lutte pour la maîtrise de l'activité

Les radiologues interventionnels ont ainsi dû faire face à une remise en cause de leurs compétences par les spécialités « rivales »²⁰. En France, les premiers à avoir développé l'activité indiquent (lors des entretiens réalisés) avoir été accusés de pratiquer des interventions dangereuses et s'être vus qualifiés de « criminels » ou de « fous dangereux ». Il s'agissait le plus souvent d'une contestation de la légitimité des radiologues à intervenir sur les patients, de nombreux chirurgiens affirmant ne voir « aucune indication » pertinente pour ces techniques. Une anecdote fameuse illustre bien le manque de crédibilité accordée aux radiologues interventionnels au cours des premières années de développement, à savoir celle du dossier d'un patient transmis à Dotter frappé de la mention « *visualize but do not try to fix* ». En exigeant du radiologue qu'il se contente de diagnostiquer tout en lui défendant de traiter, on tentait de lui rappeler « sa place » originelle : celle d'un « imageur ». Ces éléments traduisent l'existence d'un processus de « *boundary-work*²¹ », d'un travail aux frontières entre spécialités médicales, les chirurgiens défendant leur territoire face à la tentative d'excursion menée par les radiologues.

Cette opposition initiale des chirurgiens envers le recours aux techniques de RI évoluera néanmoins au fil des ans. Ainsi, alors qu'ils étaient à l'origine centrés sur le refus des actes thérapeutiques guidés par imagerie, les conflits se sont progressivement cristallisés sur la réappropriation et la maîtrise de ces techniques par les différents acteurs en présence²². Ce mouvement doit beaucoup aux progrès des techniques et leurs perfectionnements qui ont contribué à les rendre plus légitimes et acceptables.

Dès les années 1970, de premières améliorations sont apportées aux procédures et matériels mobilisés, des avancées majeures étant notamment réalisées par Andreas Grüntzig²³. Celui-ci perfectionne la technique de Dotter et étend son champ d'application au domaine cardiaque. En 1974, il utilise pour la première fois un cathéter à ballonnet de sa confection sur l'un de ses malades et publie les résultats de 15 premières opérations. Le 16 septembre 1977, il réalise la première angioplastie coronaire percutanée chez un patient. La nouvelle, reprise par la presse zurichoise, fait la une du quotidien *Tages-Anzeiger* et fait l'objet d'une conférence retransmise par la télévision nationale Suisse²⁴. En juillet 1979, il publie un article recouvrant la prise en charge de 50 patients dans le *New England Journal of Medicine*²⁵. Le succès est alors grandissant et cette publication marque un premier tournant dans la perception des techniques de RI.

Si l'action de Grüntzig ne suffit pas à elle seule à assurer le succès de la RI, elle est caractéristique d'un mouvement d'innovation et de progrès instrumental porté par les praticiens dans le but d'améliorer leurs procédures. Cela a par exemple été le cas des cathéters, passés d'une confection artisanale – ils étaient même parfois modifiés selon les besoins au sein du bloc opératoire à l'aide d'une bouilloire – à une production industrielle plus en adéquation avec les normes de contrôle désormais en vigueur. De même, les stents²⁶ mis à disposition sur le marché ont fortement évolué, les premiers prototypes rudimentaires ayant laissé place à une multitude de versions déclinées selon des

²⁰ Cette accusation a longtemps pu être nourrie par l'absence de titre ou de certification officielle de radiologie interventionnelle. Ce n'est qu'en 2017, avec les modifications du 3ème cycle de médecine que le diplôme d'études spécialisées (DES) a vu la création d'une sur-spécialité de radiologie interventionnelle avancée formalisant les attentes de formation.

²¹ Gieryn TF. Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review*, 1983, 48, 6: 781-95.

²² Si nous simplifions le propos par nécessité de clarté, ce mouvement tendanciel ne saurait pour autant être assimilé à un continuum linéaire et automatique. Différentes modalités de réaction coexistent en réalité au cours du temps et au gré de la création de nouvelles techniques.

²³ King SB. The Development of Interventional Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 1998, 31, 4B: 67B.

²⁴ Barton M, Grüntzig J, Husmann M, Rösch J. Balloon Angioplasty – The Legacy of Andreas Grüntzig, M.D. (1939–1985). *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 2014, 1: 16.

²⁵ Grüntzig A, Senning Å, Siegenthaler WE, Nonoperative Dilatation..., *op. cit.*

²⁶ Également qualifiés d'endoprothèses vasculaires. Il s'agit de dispositifs médicaux tubulaires conçus pour être implantés à l'intérieur des vaisseaux afin de traiter certaines affections (maintenir le flux sanguin dans des zones présentant un rétrécissement, etc.).

usages spécifiques. Ces développements instrumentaux et leur perfectionnement ont particulièrement contribué à l'amélioration des techniques et des soins. Les évolutions matérielles ont alors conféré une nouvelle légitimité à la spécialité et les interventions de RI ont progressivement été mieux acceptées.

Ainsi, alors qu'ils les avaient initialement rejetées, les chirurgiens – mais également d'autres spécialistes d'organes – ont montré un intérêt croissant pour les techniques issues de la RI²⁷ et s'y sont progressivement formés²⁸. Ces spécialistes ont donc apprivoisé les instruments développés en RI afin de pouvoir réaliser certaines interventions. Par conséquent, des actes originellement développés par des radiologues interventionnels leur ont échappé, laissant entrevoir aux radiologues le risque de la perte d'une partie de leur activité. C'est par exemple le cas des procédures endovasculaires, les techniques d'angioplastie et de stenting faisant désormais partie de la panoplie à disposition des chirurgiens vasculaires ou de la cardiologie. On estime ainsi dès les années 1990 qu'environ la moitié de ces procédures était réalisée par des non-radiologues²⁹. Si les radiologues interventionnels ont abattu les murs qui les enfermaient dans le diagnostic, ils ne sont pas parvenus à en construire de nouveaux qui les auraient protégés des tentatives d'appropriation de « leurs » procédures par d'autres professionnels médicaux. Ce phénomène de déplacement et de réappropriation des objets et des techniques a dès lors rendu plus floues les frontières entre les champs de compétences et d'interventions des différents acteurs en présence. Loin de mettre fin aux rivalités, cela a contribué au renouvellement des jeux de pouvoir entre spécialités médicales cherchant à obtenir le contrôle du « marché des soins ».

Devenir clinicien : la captation des patients comme enjeu professionnel

Ces luttes juridictionnelles³⁰ ont désormais aussi pour enjeu celui de la captation des patients, l'objectif des radiologues interventionnels étant de se positionner comme thérapeutes, tant auprès des malades que des correspondants médicaux. La question à cela de crucial qu'elle détermine bien souvent les modalités de prise en charge et le professionnel qui réalisera les actes. Or, historiquement, le radiologue était perçu comme un « imageur » auquel d'autres spécialistes adressaient des patients afin de poser un diagnostic. C'est pourquoi les radiologues interventionnels n'ont que rarement un accès direct à la patientèle et ne maîtrisent que peu l'orientation des malades. Pour réellement peser dans leur prise en charge, les radiologues cherchent donc à occuper une place plus centrale dans la chaîne thérapeutique, occasionnant de profondes mutations.

Pour les praticiens, l'émergence d'un statut de clinicien suppose en effet un changement de rôle, avec un répertoire plus proactif dans le parcours de soins, tant en amont de l'intervention (consultations, etc.) qu'en aval (suivi du malade, gestion des complications, etc.). Or, d'un point de vue structurel, la prise en charge des patients est beaucoup moins institutionnalisée en RI que dans d'autres spécialités. Les radiologues disposent rarement de lits d'hospitalisation dans leurs propres services et doivent négocier l'accueil de leurs patients auprès d'autres composantes. De plus, ils n'ont que rarement des plages horaires prévues pour les consultations, celles-ci se faisant alors au fil de l'eau.

Leur nouveau statut suppose également une reconfiguration des relations avec les différents correspondants médicaux – *i.e.* une modification et un renforcement des échanges avec l'ensemble

²⁷ Cette réaction face à l'introduction d'une innovation (désintérêt et/ou refus suivis de tentatives de réappropriation) n'est pas inédite dans l'histoire médicale et présente par exemple de fortes similarités avec la lutte ayant opposé chirurgiens et gastroentérologues pour le contrôle du scope. Voir Zetka JR. Occupational divisions of labor and their technology politics : The case of surgical scopes and gastrointestinal medicine. *Social Forces*, 2001, 79, 4 : 1495-520.

²⁸ En expérimentant à leur tour « sur le tas » ou en bénéficiant de l'expertise de collègues radiologues lorsque des collaborations locales permettaient une bonne entente.

²⁹ Sunshine JH, Bansal S, Evens RG. Radiology Performed by Nonradiologists in the United States : Who Does What ? *American Journal of Roentgenology*, 1993, 161, 2 : 419-29.

³⁰ Abbott A. *The System of Professions...*, *op. cit.*

des acteurs de la chaîne du soin. Or ces transformations suscitent des résistances de la part des autres professionnels et certains sont peu disposés à accorder une importance accrue aux radiologues interventionnels. Lors de la discussion d'un dossier ou quand le radiologue souhaite consulter un collègue d'une autre spécialité, sa proposition d'intervention n'est pas toujours entendue, soit parce qu'elle fait concurrence à un autre geste, soit parce que le confrère ne souhaite entrevoir le radiologue qu'au prisme de son rôle de diagnosticien. Comme l'ont souligné Bergeron et Castel, quand « des professionnels captants tentent de travailler avec [...] des professionnels qui le sont tout autant – la compétition sur le suivi, la (re)définition et la maîtrise de la stratégie thérapeutique a généralement des effets délétères sur les relations qu'ils entretiennent³¹ ».

La RI n'en a pas moins tenté de faire accepter sa nouvelle place. Les praticiens œuvrent pour que leur activité soit mieux connue de leurs confrères, notamment des médecins généralistes, et pour qu'elle occupe une position plus importante au cours de la formation médicale, dans le but de sensibiliser aux techniques les actuels et futurs médecins référents pouvant être amenés à adresser des patients. Surtout, ils construisent des collaborations à l'échelle locale, leur expertise pouvant être reconnue par leurs pairs lorsqu'ils font preuve de la qualité de leur prise en charge ou en participant à des staffs multidisciplinaires afin de « trouver un moyen de mieux maîtriser la trajectoire des patients, en nouant des relations privilégiées avec certains collègues.³² » Face aux difficultés rencontrées, la RI peine toutefois à véritablement faire sa mue. Elle se trouve à un tournant, puisque c'est l'enjeu de sa définition comme une spécialité clinique qui se pose. Les praticiens sont ici confrontés à une alternative : soit ils demeurent des exécutants répondant à la demande de médecins prescripteurs (Baerlocher et Asch³³ parlent d'« hired-gun »), soit ils deviennent des cliniciens à part entière assurant une pleine prise en charge des malades.

Conclusion

Peinant à mettre en place des « stratégies de réussite » et des « modes de faire-valoir » efficaces³⁴, les radiologues interventionnels n'ont qu'imparfaitement pu défendre leur territoire suite à l'émergence de leur spécialité. Ces difficultés s'expliquent par les forts enjeux juridiques à l'œuvre et les concurrences entre spécialités médicales ayant pesé sur la diffusion des thérapies guidées par imagerie. Le contexte d'implémentation des techniques de RI a ainsi été marqué par la lutte entre professionnels pour le contrôle des actes et de l'instrumentation, mais aussi par la problématique de la captation des patients.

C'est donc la question de la conquête d'un nouveau statut dans la chaîne thérapeutique qui se pose pour les radiologues interventionnels. Il s'agit pour eux d'établir leur légitimité auprès de leurs correspondants afin que ces derniers ne les réduisent pas à un seul rôle d'imageur et les considèrent à l'inverse comme de potentiels pourvoyeurs de soins. C'est de sa capacité à franchir ce pas décisif que dépendra le devenir de la RI. Avec succès, celle-ci pourrait se hisser au rang de spécialité thérapeutique faisant partie intégrante de la chaîne des soins. En cas d'échec, les radiologues interventionnels risqueraient de voir leurs procédures devenir de simples techniques interstitielles mobilisables par diverses spécialités. Ce choix, qui concerne le futur de la pratique, fait encore à ce jour l'objet de dissensions internes : alors que certains privilégient la cohésion et l'unité de la radiologie, d'autres souhaitent désormais s'émanciper de sa tutelle pour former une spécialité autonome.

³¹ Bergeron H, Castel P. Captation, appariement, réseau : Une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail*, 2010, 52, 4 : 451.

³² Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. *Revue française de sociologie*, 2005, 46, 3 : 455.

³³ Baerlocher MO, Asch MR. The Future Interventional Radiologist : Clinician or Hired Gun. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2004, 15, 12 : 1385-90.

³⁴ Karady V. Stratégies de réussite et modes de faire-valoir de la sociologie chez les durkheimiens. *Revue Française de Sociologie*, 1979, 20, 1 : 49-82.