

« La tache aveugle »

■ **Jean-François Werner**, anthropologue, chercheur à l'Institut de Recherche et Développement, spécialiste de photographie et d'imagerie médicale, UMR 912 (IRD, INSERM, Université de Provence)

Les images produites par les technologies visuelles à usage médical voient leur pouvoir d'élucidation sans cesse amélioré par les avancées technologiques. En quelques décennies, on est passé de l'exploration d'un organe à celui des tissus qui le composent, de l'observation des structures anatomiques à celle de leur fonctionnement intime. Si les retombées sont immenses sur les plans diagnostique, thérapeutique (imagerie interventionnelle) et scientifique (imagerie fonctionnelle du cerveau, par exemple), en revanche nous ignorons presque tout des conditions de production de ces images, de leurs modalités de réception et de consommation ou encore de leurs effets dans la sphère sociale. Comme si la clarté que ces images projettent dans l'intérieur du corps humain aveuglait ceux qui s'en approchent – radiologues, techniciens, cliniciens, patients, chercheurs – au point de rendre impensable toute mise en question du dogme d'une imagerie médicale bienfaitrice de l'humanité. Comme si, au sein de ces dispositifs de vision sophistiqués, se trouvait une tache aveugle similaire à celle qui existe au sein de l'appareil de vision humain. C'est aux limites de cette zone opaque que nous travaillons depuis plusieurs années avec pour objectif de faire reculer notre ignorance en la matière. Comment ? En appliquant à l'imagerie médicale une méthodologie de nature ethnographique qui privilégie le travail de terrain et l'observation directe, et dont le principal mérite est de mettre en relation les discours et pratiques relevant de domaines habituellement disjoints : la technique et le médical, le social et l'imaginaire, le politique et le financier, etc. Dans cette optique, dite globale ou holiste, l'imagerie médicale est définie comme (1) l'ensemble des dispositifs techniques et scientifiques permettant de créer des images du corps humain ; (2) les images produites par ces dispositifs ; (3) les savoirs et les acteurs mobilisés par la fabrication et la mise en œuvre de ces dispositifs, et (4) par l'interprétation et l'utilisation des images ainsi produites.

Où ? Le travail de terrain est conduit non pas dans les sociétés industrialisées du Nord où ces technologies sont produites et mises en œuvre, mais au Sud, dans des pays en voie de développement situés en Afrique, un continent dans lequel elles diffusent de plus en plus rapidement.

Quoi ? Non pas l'imagerie médicale en général, mais deux « modalités » (pour reprendre la terminolo-

gie des radiologues) situées aux deux extrémités de la gamme des technologies. Soit la radiologie, la première historiquement parlant, et l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), la dernière en date des inventions dans ce domaine.

Du pouvoir de vérité de la radiographie

Nous commencerons par la radiographie et le rôle qu'elle joue, ou plutôt qu'on lui fait jouer, dans le dépistage de la tuberculose, une pathologie courante et en nette augmentation parmi les populations les plus pauvres des pays pauvres. Nos observations ont été effectuées dans une structure sanitaire (un centre de santé) située à la base de l'appareil de soins biomédical et dotée d'un appareil de radiologie simple servi par un manipulateur qui faisait office de radiologue.

Premier constat, l'utilisation de la radiologie dans de telles structures repose sur les compétences de techniciens en radiologie qui n'ont pas été formés pour interpréter les images qu'ils réalisent, une tâche réservée en principe aux seuls radiologues. C'est de manière empirique que les manipulateurs apprennent donc à le faire, dans un contexte où la radiographie est créditée d'un fort pouvoir d'élucidation par l'ensemble des acteurs concernés, y compris les radiologues. Avec pour conséquence une tendance à porter en excès des diagnostics positifs de tuberculose, alors que l'on sait que la radiographie, en théorie, n'en est pas capable à elle seule.

Deuxième constat, la prescription d'examen radiographiques par les soignants en charge de la consultation de « tri » n'est pas conforme aux directives internationales édictées par l'OMS, qui stipulent d'utiliser, en premier lieu, uniquement les examens de laboratoire. Or, il s'avère que les soignants concernés (il s'agit d'infirmiers et d'infirmières) ont l'habitude de prescrire une radiographie en première intention devant une symptomatologie clinique évoquant une atteinte tuberculeuse. Au-delà du souci légitime de se prémunir contre une défaillance toujours possible du laboratoire, ces pratiques s'inscrivent dans une culture médicale héritée des colonisateurs français qui privilégie une approche individuelle du patient fon-

« Une croyance profondément ancrée selon laquelle l'image radiographique, à l'instar d'une image photographique, "ne ment pas". »

§Accès aux soins
§Comparaison internationale
§Pays en voie de développement,
Sous développement,
Relations Nord-Sud
§Inégalités, Exclusion sociale

.../...

.../...
 dée sur l'usage de la radiographie, en opposition à une tradition anglo-saxonne, davantage orientée vers une approche collective du problème et faisant un usage massif de la microscopie (examen des crachats), qui a fini par l'emporter au plan international. Cette spécificité française s'enracine dans une histoire, remontant au début de la radiologie (1895), au cours de laquelle tuberculose et radiologie ont été intimement liées au point que l'on a pu dire que la tuberculose a été autant constituée par la radiologie que celle-ci l'a été par la tuberculose¹.

Troisième constat, le recours excessif à la radiographie est déterminé également par l'existence d'une forte demande de la part des patients qui la préfèrent aux analyses de laboratoire. Une préférence qui repose sur la croyance profondément ancrée dans leur esprit selon laquelle l'image radiographique, à l'instar d'une image photographique, « ne ment pas ». Au point que cette « photographie de l'intérieur du corps humain » qu'est une radiographie constitue, pour nombre de patients, une preuve indubitable de l'existence ou de l'inexistence d'une pathologie. C'est la raison pour laquelle ils disent qu'elle les « rassure » davantage que les explications orales fournies par les soignants à partir des résultats de l'examen clinique ou de l'analyse des crachats. En effet, contrairement à la radiographie où l'opération technique se fait sous les yeux mêmes du patient et avec sa participation active, dans le laboratoire, elle s'effectue en dehors de son contrôle visuel, selon des modalités dont il ignore tout. Dans ces conditions, le pouvoir de vérité du laboratoire est bien moindre que celui de la radiographie pour des patients qui accordent une plus grande confiance à ce qu'ils voient qu'aux discours de leurs semblables. Or, les microbes, les patients ne les voient pas, tandis qu'une radiographie, non seulement ils la voient, mais ils la touchent et ils peuvent même partir avec.

Cette matérialité de l'objet radiographique explique en partie le pouvoir d'attraction exercé par la radiologie, dans la mesure où les patients emportent la preuve visuelle de leur maladie ou de l'absence de maladie, sous la forme de quelque chose de tangible, qu'ils pourront conserver pendant des années, montrer à leurs proches et, éventuellement, à d'autres soignants. Et puis une radiographie argentique, en raison de ses dimensions importantes, de la matière à la fois souple et résistante dont elle est faite, de sa durabilité, constitue un marqueur bien plus valorisant du statut social que le bout de papier récupéré au laboratoire sur lequel sont inscrits des signes incompréhensibles. D'un point de vue social, la possession d'une image médicale est donc à replacer dans le cadre de la consommation généralisée et ostentatoire des images de toutes sortes que les technologies de l'information et de la communication (télévision,

Internet, téléphones portables, affiches publicitaires) déversent à flot continu dans les sociétés du Sud.

L'imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Le cas de l'IRM « haut champ » dont il va être question à présent² est particulièrement intéressant parce qu'il s'agit d'une innovation technologique en cours d'introduction en Afrique subsaharienne et que l'on peut donc en observer directement les modalités d'appropriation. A ce propos, il faut mentionner que, de manière générale, la diffusion des techniques d'imagerie médicale dans les pays du Sud est un phénomène stimulé par une offre sans cesse renouvelée de la part des industriels du Nord qui les fabriquent, et par une demande soutenue émanant de tous les acteurs du champ de la santé au Sud. Au premier plan, les radiologues qui veulent utiliser les mêmes outils que leurs collègues du Nord, puis les cliniciens qui en attendent des diag-

« Les politiques qui, dans les pays du Sud, voient dans l'innovation technique un moyen de stimuler le développement économique tout en confortant leur pouvoir. »

nostics plus précis, et enfin les patients qui, ayant eu connaissance de ces technologies à travers des fictions télévisées (*Dr House*, par exemple) et/ou des émissions de vulgarisation médicale, aimeraient pouvoir en profiter eux aussi. Au second plan, des technocrates (ceux des ministères de la Santé locaux, ceux de la Banque mondiale) qui ont en commun une même croyance dans la toute puissance de l'imagerie médicale capable d'améliorer la qualité des soins et de réduire les dépenses de santé, voire de faire gagner de l'argent. Des assertions, diffusées à l'échelle planétaire par des groupes de pression associant radio-

logues et industriels, que les scientifiques peinent à questionner, notamment parce que les financements pour développer une approche critique du phénomène sont rares. Et s'il n'y a pas de financement, c'est parce qu'il n'y a pas de volonté politique, au Nord comme au Sud, pour en découdre avec le mythe d'une technique censée régler tous les problèmes.

L'IRM haut champ : fille du mythe, servante du pouvoir

Au contraire, la persistance de ce mythe arrange tout le monde, y compris et surtout les politiques qui, dans les pays du Sud, voient dans l'innovation technique un moyen de stimuler le développement économique tout en confortant leur pouvoir. De ce point de vue, l'introduction de l'IRM haut champ (la version la plus sophistiquée et aussi la plus

coûteuse de l'IRM) dans des pays appartenant au groupe des PMA (Pays les Moins Avancés) est exemplaire de la manière dont une technique d'imagerie peut être instrumentalisée à des fins autres que médicales. Dans le cas que nous avons étudié, la décision d'acquérir cette technique a été prise par le chef de l'Etat en personne, dans le cadre d'une politique d'inspiration néolibérale qui fait de l'apport des capitaux extérieurs la pierre de touche du développement économique du pays. Pour cela, toute une série de chantiers ont été lancés afin de doter le pays d'infrastructures modernes censés attirer les investisseurs et les touristes fortunés. Entre autres réalisations (un nouvel aéroport, des autoroutes urbaines, des hôtels de luxe, des centres commerciaux climatisés), on compte aussi la modernisation des principaux hôpitaux publics de la capitale dans le but de les doter de plateaux techniques (imagerie médicale, réanimation, blocs chirurgicaux) équivalents à ceux que l'on peut trouver dans des pays développés du Nord.

Outre le fait de proposer à une clientèle internationale fortunée des prestations médicales de meilleure qualité, l'introduction de technologies perfectionnées, comme l'IRM haut champ ou les

scanners multi barrettes, présente un autre avantage, celui d'assurer localement une grande visibilité médiatique à ceux qui prennent en charge le financement de ces opérations. Car, investir dans l'imagerie médicale est bien plus rentable en termes de communication qu'un investissement réalisé, par exemple, dans la lutte contre la tuberculose, cette maladie des pauvres un peu sale et honteuse, à laquelle personne n'a envie de voir associer son nom. Des opérateurs privés – entreprises et groupes confessionnels – l'ont bien compris qui ont entrepris d'installer dans ce pays des équipements d'imagerie médicale sophistiqués destinés à améliorer leur image de marque et accroître le nombre de leurs clients ou de leurs fidèles.

La haute technologie : diviser pour mieux régner ?

Un fois surmontées les difficultés de tous ordres (financier et technique surtout) inhérentes à l'appropriation d'une technologie aussi complexe par un pays pauvre du Sud, on observe l'apparition d'un clivage, dans la population, entre une minorité qui peut y accéder et une majorité qui ne le peut pas. Cette inégalité étant à mettre essentiellement sur

.../...



.../... le compte du coût relativement élevé d'un examen. En effet, alors que le coût d'une radiographie pulmonaire était environ de 5 € dans la structure mentionnée plus haut, celui d'un examen IRM varie de 164 € (pour les agents de l'Etat) à 255 € pour le reste de la population. Soit des montants importants dans un pays où le PIB annuel par habitant tournait autour de 1 500 € en 2008-2009, et où la part du budget des ménages consacrée aux dépenses de santé ne dépasse pas, en moyenne, 3 %.

En pratique, l'accès à cette technique est donc réservée avant tout aux patients qui bénéficient d'une couverture sociale, qu'elle soit procurée par l'Etat (fonctionnaires, étudiants) ou par des assurances privées (salariés du secteur privé). Ainsi, alors que le pourcentage de la population générale disposant d'une couverture sociale est de 20 % (un taux que l'on retrouve dans la plupart des pays africains), les patients issus de cette catégorie représentent 75 % de la clientèle de l'IRM. Quant aux 80 % de la population dépourvus de couverture sociale, leur accès à l'IRM est déterminé par leur capacité à payer un examen dont le montant (255 €) représente entre 15 et 20 % du PIB annuel par habitant. Dans ces conditions, seule une minorité aisée (membres des professions libérales, commerçants et artisans) est en mesure de régler le coût d'un examen qui, il faut le souligner, a été calculé au plus juste et ne permet pas de parvenir à l'équilibre budgétaire compte tenu de l'importance de l'investissement initial (1,5 million d'euros).

De plus, outre le fait d'aggraver les inégalités dans l'accès aux soins, l'introduction de technologies d'imagerie de plus en plus sophistiquées et de plus en plus coûteuses a pour effet de modifier le fonctionnement même de l'appareil des soins. En effet, l'acquisition d'un équipement IRM haut champ représente un investissement important qu'il importe d'amortir et encore

mieux de rentabiliser. Par là, il faut entendre faire du profit, y compris dans le secteur public où les établissements hospitaliers attendent des services d'imagerie médicale qu'ils « rapportent ». Ce n'est pas nouveau, mais le phénomène s'accroît avec la montée en puissance des machines et leur coût de plus en plus important. Sur le terrain, on constate que cette évolution entraîne une augmentation de la consommation d'imagerie médicale selon le schéma suivant. Les radiologues sont incités par les gestionnaires des établissements concernés à augmenter leur productivité. Pour cela, ils ont tendance à accepter quasiment toutes les demandes, y compris lorsque l'indication est mal posée ou la prescription non conforme. Cette attitude entraîne un accroissement de la prescription d'examens par des cliniciens qui attendent de l'IRM qu'elle résolve leurs problèmes diagnostiques d'un coup de baguette magique, tout en servant de substitut à une relation médecin-malade dont la qualité laisse souvent à désirer en Afrique³. Des cliniciens eux-mêmes soumis à des pressions de la part de patients qui veulent consommer des images d'autant plus désirables qu'elles sont rares.

En guise de conclusion, nous dirons que l'image médicale n'est pas seulement l'aboutissement d'un processus technico-scientifique, elle est aussi le produit d'une construction sociale et historique dont il importe de connaître les tenants et aboutissants. Dans cette perspective, en raison de sa nature ambivalente, à la fois outil diagnostique et objet de consommation, produit industriel et support de communication, l'image médicale constitue un lieu privilégié pour étudier comment les systèmes de santé, au Nord comme au Sud, vont résoudre l'aporie qui consiste à articuler deux conceptions radicalement différentes du soin : le soin en tant que service et le soin en tant que marchandise. ■

-
- 1. Pasveer, 1995, « Images et objets : la tuberculose et les rayons X », in *Techniques et culture*; 25-26 : 1-18.
- 2. En fonction de la puissance du champ magnétique, on distingue l'IRM bas champ et l'IRM haut champ. Cette dernière étant beaucoup plus coûteuse tant au niveau de l'achat que de la maintenance.
- 3. Jaffré Y., Olivier de Sardan J.-P. & (Eds), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

De cette image

■ Noëlle Lasne, médecin du travail

L'image est là. On la voit au scanner. Elle persiste à l'appeler « une tache » au poumon. Ce sera son nom de code en quelque sorte, surgi tout droit des anciens sanatoriums, des chaises longues alignées devant un paysage de montagnes, dans lesquelles reposaient tous ceux auxquels, subitement, le souffle avait manqué... Mais pour elle, il n'y a pas eu de signes annonciateurs, pas de crachats sanglants, pas de fatigue, pas de perte d'appétit, pas de toux inexplicable, rien qui annonce la tache.

De cette image que tous les médecins scrutent à pré-

sent avec tant de soin, de cette image qui parle à la place de son corps, qui trône en lieu et place de sa personne, de son sang qui circule, de son cœur qui bat, de ses jambes qui courent, de cette image qui suscite tant de compassion dans leur voix lorsqu'elle leur dit son âge, de cette image improbable comme un corps étranger au sien qui fait sa propre loi.

De cette image qui surgit de nulle part, et d'un seul coup la vie ne se compte plus que sur les doigts d'une seule main. ■