.../... 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. ■