

Imagerie médicale, corps des femmes et regard occidental

Une analyse de l'incertitude médicale autour du cancer du sein.

MONIQUE BENOIT

The establishment of diagnoses and appropriate treatments to cure cancer also result from the medical uncertainty experienced by physicians in «need to know» (Fox 1988; Ménoret 2006). The author argues this uncertainty is experienced as mistrust among women who come to question their values, their integrity, and their identity precisely because medical images are presented to them as the rhetorical force of «truth». It is this discourse of truth, associated with medical images, that this paper will analyze through the experiences of women who lived with a diagnosis of breast cancer.

Nous sommes dans une société du voir et du paraître grandement encouragée par les technologies de l'information et des communications de masse. La médecine occidentale n'échappe pas à cette caractéristique de la société contemporaine, bien au contraire puisqu'elle façonne son regard à l'aide de technologies de visualisation puissantes et performantes (Van Dijck; Sicard 1998; Cartwright).¹ Michel Foucault avait déjà montré l'analogie entre le voir et le savoir, révélant les bouleversements amorcés au XVIII^e siècle avec le développement de la médecine moderne et le nouveau type de regard qui en découlât (Foucault 1961). Aujourd'hui, nous assistons à un changement de paradigme où l'analogie s'énonce davantage entre le voir et le croire, notamment en ce qui concerne le regard porté en médecine à l'aide des technologies d'imageries médicales qui investissent particulièrement le corps des femmes.² Aussi, le recours systématique aux imageries médicales pour des fins diagnostics et pronostics apparaît, depuis quelques années, remis en doute notamment dans le champ de la prévention et du dépistage du cancer du sein (Junod, Massé et Quélier; Joensuu, Lehtimäki et al.; Colonna).

Acharnement thérapeutique ou incertitude médicale (Ménoret 2006), il semble que les traitements administrés en cancérologie ne soient pas toujours à la hauteur de ce qu'en révèlent les approches d'investigation diagnostique. Ce qui est en cause vise le traitement de lésions qui n'auraient pas spontanément évoluées vers la maladie ou

la mort. Or, la difficulté à établir des diagnostics et des traitements adéquats pour soigner un cancer découlerait de l'incertitude médicale qu'éprouvent les médecins en mal de savoirs (Fox 1988; Ménoret 2006). Cette incertitude, nous le verrons, se traduit en sentiment de méfiance chez les femmes qui en viennent à remettre en cause leurs valeurs, leur intégrité et même leur identité précisément parce que les images médicales ont force de «vérité». Comment interpréter autrement un tel sentiment de méfiance alors que les moyens pour établir un diagnostic n'ont jamais été aussi performants au plan technologique? Pourtant:

Les progrès de la mammographie améliorent les images nécessaires au dépistage, mais exigent des évaluations et des interprétations de plus en plus sophistiquées, donc de plus en plus de diagnostics incertains, qui requièrent des examens supplémentaires. Ceci ne concerne plus seulement les quelques milliers de femmes qui vont réellement développer un cancer, mais des millions de femmes qui sont sous surveillance. D'où des enjeux financiers colossaux. (Ménoret 2006: 32)

Cette surabondance des images et des diagnostics équivoques qui augmentent la surveillance du corps féminin ne renforce-elle pas l'hypothèse selon laquelle le regard médical occidental sur le corps des femmes répondrait aux critères du biopouvoir décrit par Foucault (1975, 1976, 2001)? Ce biopouvoir fondé sur des valeurs hétéronormatives reposerait, selon nous, sur la distinction entre le corps *sexué* instauré par la médecine qui normalise la transformation du corps sain par la maladie (Vigarello 1999) et le corps *genré* de la patiente fondé sur les changements identitaires provoqués par la maladie (Van Dijck; Shobat; Bourdieu; Laqueur; Le Breton). Sous les critères subjectifs de la beauté, de transparence et de monstrosité, le corps, soumis au *biopouvoir*, devient un objet profondément normatif (Foucault 1975).

La surveillance du corps par mammographie du sein,

par exemple, n'échapperait pas à ce regard hétéronormatif de la médecine occidentale qui intensifie notamment dans le «regard fixe» une manière orientée, subjective et sélective de rendre compte de certaines parties du corps au détriment de son ensemble. En érigeant l'image au rang de preuve, voire de vérité, la médecine recourant à ce «regard normatif» réduirait ainsi l'impact de l'interprétation diagnostique, amplifiant par le fait même l'état de stress de ces femmes en attente d'un diagnostic et de traitements contre le cancer du sein. Ceci est sans compter que les radiations ionisantes émises lors de la mammographie peuvent également induire de manière iatrogène un risque de cancer non négligeable (Gravel). Rappelons enfin que ces technologies exigent parfois de devoir produire d'autres tests³ qui ajoutent au fardeau qui mène à l'interprétation de faux positif ou un faux négatif.⁴ Si bien que la nature incertaine des diagnostics et des pronostics finit par contribuer à cette incertitude médicale que l'on transmet aux femmes déclarées malades d'un cancer du sein.

De quelles manières et à quelles fins en recourant à ces «appareils de vision», le discours médical construit-il le regard et oriente la connaissance du corps des femmes vers un espace «d'objectivité»? Comment s'inscrit l'incertitude médicale, dans l'espace clinique, lorsque ces appareils ne parviennent pas à rendre le diagnostic et les thérapeutiques efficaces? De quoi se compose la relation médicale qu'entretiennent les femmes malades du cancer du sein avec leur médecin? Ainsi, et c'est là une hypothèse, dans le cas du cancer du sein, ou de toutes formes de cancers féminins, le regard occidental est d'abord orienté à partir du fait que l'imagerie est devenu non seulement un outil de diagnostic et de pronostic (censé réduire la méfiance) mais aussi *le produit d'un point de vue sur le corps dans son ensemble*.

L'incertitude médicale sera surtout présente dans les différentes manifestations de méfiance que vont exprimer les femmes au moment de l'annonce du diagnostic de la présence d'un cancer au sein. Cette situation fait apparaître de nouvelles difficultés dans le rapport thérapeutique, souvent fondé sur la méfiance, entretenu avec le monde médical.

... les interactions, qui introduisent de nos jours les malades cancéreux à leur nouveau statut de patient, négocient une relation fondée sur un principe d'incertitude, désormais clairement invoqué dans le pacte thérapeutique. (Ménoret 2005: 31)

Ainsi et contre toute attente, le recours systématique à l'imagerie médicale ne réduit pas l'incertitude mais introduit plutôt un sentiment de méfiance à l'égard de son propre corps (corps propre dirait Merleau-Ponty) et des diagnostics posés. À l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein éminent, il se crée un repli sur le «corps propre» (celui que l'on habite) face au «verdict» livré par un «corps

virtualisé» par la technique qui agit comme un corps écran, fixe, neutre et «asexué» sur lequel il faudra s'ajuster.

Le présent texte s'inscrit dans une réflexion sur la confiance dans l'espace clinique créé par l'annonce du diagnostic d'un cancer du sein. Il explore d'abord, les manifestations de l'incertitude médicale dans le contexte des programmes de dépistage du cancer du sein destinés aux femmes qui ont vécu une telle expérience. Il vise ensuite, le discours entourant les imageries médicales à la lumière de certaines représentations *genrées* du corps qui sont renvoyées aux femmes aux prises avec un cancer du sein interrogeant par le fait même leur image corporelle. Il propose enfin, d'analyser l'influence de l'image virtuelle à travers la production du discours de l'incertitude médicale à partir de témoignages écrits de femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein. En somme, ce texte vise à faire de ce questionnement sur le corps des femmes en médecine une initiative permettant de montrer l'influence des technologies sur l'orientation du corps sexué et ses apories en médecine.

Manifestations de l'incertitude en cancérologie

L'extension de la médicalisation du cancer du sein exponentialise la question du traitement et le champ du doute. Mais au-delà de la question du «bon traitement», elle amplifie également celle de la «bonne science.» (Ménoret 2005: 30)

Depuis l'Antiquité, l'incertitude médicale est inséparable de l'espace clinique qui relève davantage de l'art d'établir des diagnostics par observation et palpation, que de la science positive. Or, le développement des techniques d'imagerie est venu prêter main forte à l'établissement des diagnostics censés rendre plus scientifique la démarche clinique. Ces technologies ont largement été développées dans le but d'approfondir le spectre du visible et de cibler mieux ce qui est vu dans le cas notamment des maladies chroniques, dont le cancer. Toutefois, l'expérience du cancer à causé de l'instabilité dans la trajectoire de la maladie (Ménoret 1999; Baszanger 1986; Strauss) et de son déploiement à travers des traitements plus ou moins longs et adéquats. Il a également menée à des périodes de méfiance profondes à l'égard d'une médecine prédictive vacillant entre la rémission et la récurrence (Ménoret 2007a). Aussi, la prise en charge médicale est ponctuée de rencontres et d'observations techniques qui agissent sur les représentations sociales du corps, de la maladie et sur l'identité de la malade transformant la culture même du biopouvoir (Klawiter 2008).

La notion de «consentement éclairé», selon laquelle le médecin se doit d'expliquer clairement au malade, en vue d'un accord écrit, les informations relatives aux traitements qui lui sont proposés, passe au premier plan dans (une) éthique juridicisée. Elle prend naissance,

on l'oublie souvent, sur le terrain du cancer du sein, en Amérique du Nord, comme ont d'ailleurs émergé sur ce même terrain du cancer du sein les premières conférences de consensus, à la faveur d'un mouvement social initié par les patientes elles-mêmes. (Ménoret 2005: 31, citant Ruzek)

Dans ce contexte, il est légitime de se demander ce qui s'avère «éclairé» chez la patiente qui se voit contrainte à l'exclusion de sa vie sociale pour le bénéfice d'une succession de rencontres avec les professionnelles de santé ponctuelles

constamment mis en présence en vue d'une réactualisation ? C'est au moment de l'errance dans l'incertitude que la parole du médecin s'avère toute puissante. Le cheminement thérapeutique et psychologique de la patiente doit s'investir dans un sentiment de confiance dans la relation médecin/patient, mais comment y parvenir quand la caméra semble tenir lieu de vérité sur le corps?

À cette situation individuelle, se greffe depuis quelques années une biopolitique du cancer du sein qui montre un changement dans la culture de la maladie. Celle-ci s'est peu à peu transformée en quête sociale et associative (Klawiter;

À l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein éminent, il se crée un repli sur le «corps propre» (celui que l'on habite) face au «verdict» livré par un «corps virtualisé» par la technique qui agit comme un corps écran, fixe, neutre et «asexué» sur lequel il faudra s'ajuster.

d'une évaluation variable de sa survie. Isabelle Baszanger (2002) évoque à ce sujet les «recompositions» incessantes et négociées auxquelles sont contraints les patients, ici les patientes, face au monde social qu'ils rencontrent avec la maladie chronique.

Si la plupart des commentateurs de l'imagerie médicale prétendent qu'elle ajoute à la performance, à la sécurité des tâches tout en améliorant la qualité des soins, ajoutant au consentement éclairé, on omet parfois de souligner que le recours systématique à l'imagerie médicale a profondément changé et affecté la relation entre la patiente et le médecin réduisant parfois le rapport clinique à son support visuel (Benoit et Dragon). Ce détournement *technovisuel* s'ajouterait à la *perte de confiance qui induit une certaine incertitude médicale* dans l'établissement du diagnostic et des pronostics de santé en oncologie (Fox 2000; Sinding; Ménoret 2007b).

Par ailleurs, les campagnes de prévention du cancer du sein, à l'aide de la mammographie, ont permis d'intervenir sur des situations individuelles avant que se manifestent les symptômes ou que la patiente ne se sente malade. La malade ne perçoit plus la maladie (le cancer) et ce changement de perception et la représentation du cancer que la patiente a de son propre état, de son corps bouleverse son identité. Les nombreux ajustements que doit faire la patiente font apparaître des moments de révolte, d'angoisse face à une maladie qui peut s'avérer mortelle. L'idée possible de la mort qui s'annonce transforme non seulement les habitudes de vie, mais fait en sorte que la malade ne se sent plus la même. Dans ce contexte précis, ne plus être la même suppose que l'on soit qui au juste? Aussi, ne peut-on pas penser que l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein provoque une crise identitaire? Qu'elles sont les stratégies mises en œuvre pour surmonter la situation? Le déni, la quête de sens, l'adaptation, la recherche identitaire, sont

Ménoret 2006; Kaufert). Cette réponse à l'incertitude médicale n'est plus rare de nos jours. En effet, plusieurs femmes se sont regroupées, depuis plusieurs années, en vue d'organiser des manifestations et des levées de fonds pour sensibiliser la population aux ravages que fait le cancer du sein dans nos sociétés (Klawiter; Ménoret 2006; Kaufert). Toutes ces démarches et interventions dans le domaine du cancer du sein démontrent largement ce que Marie Ménoret énonce dans son livre soulignant que, dans sa quête ambitieuse de vaincre le cancer, la médecine contemporaine est passée de l'incertitude à la probabilité (Ménoret 2007c). À cet égard, il faut souligner avec Ménoret que le recours aux méthodes probabilistes en médecine, transforme en partie l'incertitude en «risque». Nous choisissons de raisonner en terme de risque puisqu'il suppose la possibilité d'ajuster ses décisions et autorise à user de stratégie. Il est d'ailleurs possible, selon le vieil adage, de calculer le risque mais non l'incertitude. La médecine rationalise donc, par les méthodes probabilistes, cette indétermination que l'on nomme aujourd'hui le risque.

L'incertitude, quant à elle, entrave la décision tout autant que l'action. Elle est qualitative car il faut la traiter au cas par cas et s'appuie sur des considérations significatives tant elle doit gérer l'ambiguïté. Cette quête ambitieuse de la médecine s'étant heurtée à de nombreuses embûches aura fait de l'imagerie en médecine une caution épistémologique, car elle composait avec la probabilité (Ménoret 2006) tout en fondant le regard médical sur les assises de l'objectivité scientifique (Benoit et Dragon; Sicard)

Contexte des programmes de dépistage du cancer du sein

Ces dernières années, plusieurs chercheurs se sont penchés sur l'incertitude médicale dans le champ des cancers

féminins (Ménoret 2006; Junod, Massé & Quélier; Fox 1988). Peu d'entre-eux ont cependant associé cette incertitude au regard occidentale en médecine. Récemment, un débat s'est ouvert en France et aux États-Unis sur la fiabilité des programmes de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes âgées de 50 ans et plus. Certains arguments en faveur du dépistage ont été contestés (Welch & Black; Duperray et Junod ; Ancelle-Park & Lochouarn) notamment à l'effet que le dépistage, dans certains cas, risquait de traiter et ce de manière agressive, «un pourcentage élevé de cancers qui n'auraient pas spontanément évolué vers la mort» (Junod; Colonna; Junod, Massé et Quélier; Joensuu, Lehtimäki, Holli et al.) d'où l'idée plausible d'un certain acharnement thérapeutique et de la nature aléatoire des traitements administrés dans ce champ de la cancérologie. Cette situation met en doute la confiance envers les médecins traitants et certaines technologies qui entourent la pratique médicale, dont principalement l'imagerie médicale.

L'analyse des imageries médicales ne permet pas de comprendre le sentiment de méfiance qui se dégage des représentations de l'image corporelle. Ne plus être la même, changer d'apparence résultent de l'atteinte à l'image corporelle dont les imageries médicales ne tiennent malheureusement pas compte. Si les imageries suscitent autant de confiance dans la population, comment alors expliquer que le témoignage des femmes exprime qu'elles ont tant à dire à la suite de l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein ? Certaines réponses à cette question peuvent être déjà avancées quant au fait, d'une part, que ces images sont passibles de multiples lectures et nécessitent d'autres investigations et, d'autre part, parce que ces images ne sont pas représentatives de l'état de santé de la patiente au moment de l'annonce du diagnostic. Selon nous, les technologies de l'imagerie médicale et les représentations du corps des femmes qu'elles suggèrent (image corporelle meurtrie...), nous apparaissent être la source importante de l'incertitude nourrie à l'égard des diagnostics.

Ainsi, ces dernières trente années, si l'apport des technologies de l'imagerie médicale a grandement influencé le monde médical, c'est aussi parce qu'elles ont agi comme un discours de vérité et de certitude quand aux diagnostics posés notamment dans le domaine des cancers. Ces images «réconfortantes» pour le modèle médical constituent en quelque sorte un rempart à l'erreur dans la gestion des diagnostics et des pronostics. Or, la représentation du corps des femmes produite par imageries médicales s'inscrit précisément, selon nous, dans le débat entourant l'incertitude produite par ces représentations corporelles et virtuelles, précisément parce qu'elles relèvent d'un imaginaire «genré». À cause de la fiabilité du «regard» les images ainsi produites, passibles d'une multiplicité de lectures, renvoient à d'autres registres, bien au-delà des informations usuelles ou utiles qu'elles transmettent (Benoit et Dragon; Van Dijk; Treichler, Cartwright et

Penley). En effet, à partir de quelle prémisse du corps des femmes ce regard peut-il influencer? La corporéité que ces images traduisent sur l'état psychologique et la «socialité du corps» (ou la façon de vivre avec son corps), rencontre les difficultés du monde médical qui compose mal encore avec les maladies féminines tel que le cancer du sein. Dans ce contexte où, d'une part, l'annonce du diagnostic passe irrémédiablement par la lecture des images qui nécessite assistance et connaissances, le monde médical semble malheureusement constituer son savoir comme un «biopouvoir» (Foucault 1976) et cela particulièrement lorsqu'il s'agit des femmes qui sont plus souvent soumises à des évaluations, ciblées par des campagnes de prévention au dépistage et d'interventions diagnostics. D'autre part, la représentation du corps des femmes qu'elle permet (images corporelles), s'harmonise mal avec l'image d'un corps sur écran; un corps virtuel, neutre et «asexué», qui paraît étranger à la réalité de la maladie. Ces images écrans nous apparaissent être à la source d'un sentiment de méfiance chez les femmes quand à l'établissement des diagnostics et pronostics du cancer du sein.

Perspective analytique

Parce que le cancer du sein est pris en charge par des programmes de prévention et de dépistage en Occident, il est l'exemple même du cancer qui cristallise l'incertitude médicale souligne Ménoret (2007b). Or, si le cancer du sein, en tant que maladie, les savoirs qui l'entourent et les récentes pratiques médicales se sont littéralement métamorphosées depuis les années 80 et 90; les malades ont également réalisées de profonds changements notamment dans l'expression des incertitudes à l'égard de la production des connaissances en oncologie du sein à l'aide des programmes de dépistage par mammographie. Nous proposons de faire l'analyse de l'impact des imageries médicales en tenant compte de ces changements. Notre approche analytique vise le témoignage écrit des femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein. Nous passons en revue les principaux moments du développement de la maladie depuis l'annonce du diagnostic, à l'aide de l'imagerie médicale et cela principalement dans la relation avec le médecin.

Nous savions qu'il pouvait s'avérer infructueux de questionner les femmes sur le bien fondé des technologies d'imagerie médicale. Il s'est avéré également difficile, voir trop limitatif, d'interroger les femmes directement sur l'expérience qu'elles ont tirée de la mammographie. Aussi, pour appréhender l'expérience tirée du diagnostic du cancer du sein par imagerie médicale et principalement du discours qui en est tenu, nous étions mieux à même de dégager de ce discours la façon dont se vit la méfiance des femmes à l'égard de l'incertitude médicale occidentale face à la normativité créée par une telle maladie et face à laquelle le corps des femmes en vient à l'abriter. Notre choix s'est porté sur l'*analyse de contenu* de la méfiance à partir de dix-neuf témoignages de femmes qui ont acceptées de décrire,

par écrit, leur expérience avec un diagnostic de cancer du sein; contribuant ainsi plus largement à témoigner de leur impression de la médecine occidentale.⁵

Le témoignage de ces dix-neuf québécoises, qui sont pour la plupart des femmes publiquement connues (journaliste, femmes d'affaire, médecin, éthicienne...), appréciées dans leur milieu de vie et de travail, est le fruit de réflexions qui n'ont, à notre avis, pas fait l'objet d'explorations en profondeur; d'où le fait pour nous, de les avoir analysés sous l'angle de récits de vie soudés aux rapports sociaux de sexe au cœur même des pratiques médicales. C'est également pourquoi *l'analyse de contenu* du «récits de vie» (Bertaux) de ces femmes nous est apparue l'approche la plus susceptible de fournir une analyse fine et nuancée de l'incertitude médicale à la frontière de la méfiance et de la confiance dont témoignent ces dix-neuf femmes qui ont été atteintes d'un cancer du sein à un moment de leur vie.

L'analyse de contenu de l'incertitude médicale que nous désirons montrer repose d'abord sur une analyse *synchronique* des témoignages. Celle-ci permet de saisir les témoignages illustrant l'influence des technologies de l'imagerie relative au corps des femmes sous surveillance; ensuite nous abordons le discours normatif de la science et de la technologie; puis l'aveu d'incertitude médicale face au choix de traitements; et enfin, le regard hétéronormatif de la médecine sur le corps des femmes et la crise d'identité qui s'ensuit. Cette analyse donnera également à voir les conditions de production des témoignages de l'incertitude médicale qui rejoint à la fois les médecins et les patientes. Il semblait également important de dégager une analyse *diachronique* des témoignages à partir de certaines prémisses telles que : les aspects polysémiques lors de l'annonce du diagnostic et la hiérarchie dans le dialogue entre le médecin et la patiente fondée sur des niveaux de langue divers employés lors de l'annonce du diagnostic.

Le travail d'analyse que nous proposons donc vise à donner sens aux nombreux témoignages écrits, ces dernières années, par des femmes atteintes d'un cancer du sein à un moment donné de leur vie. Discours d'espoir, ils sont également des interrogations profondes du désespoir parfois devant l'absence de certitude relativement au plan de guérison proposé par le médecin.

Analyse

Le corps des femmes sous surveillance

Le recours aux technologies de visualisation devient parfois une grande source d'angoisse et d'anxiété quand vient le moment de déterminer les résultats; des résultats qui eux-mêmes ne sont pas toujours complètement fiables.

...une mammographie suivie d'une échographie donnent *un résultat équivoque*. Un choix m'est offert par le médecin radiologue : soit j'attends six mois pour

en connaître l'évolution, soit je pousse plus loin les investigations et j'accepte de subir des microbiopsies. La microbiopsie révèle que les résultats, cette fois, sont sans équivoque : il faut pratiquer une mammectomie. (M. J. p. 79, souligné par nous)

L'apport des technologies apparaît d'autant plus ambigu, lorsque les résultats sont relatifs et ne correspondent pas à l'état de santé réel pris sur le moment. Certaines surmonteront cet impératif en allant demander un second diagnostic. «J'ai consulté deux autres oncologues afin de connaître les protocoles qu'ils employaient» (D. B. p. 12). C'est ainsi que le corps des femmes est mis «sous surveillance» et éventuellement sous contrôle avec les traitements.

L'annonce d'un diagnostic de cancer du sein à l'aide des technologies médicales n'est pas exempt également d'une certaine confusion voir d'ambiguïtés qui s'ajoutent à l'incertitude médicale, tel que souligné dans un des témoignages : «J'ai reçu les résultats de votre biopsie. *C'est positif. Positif? Plus négatif que ça, tu meurs*. Positif, négatif et vice-versa, je m'embrouillerais dorénavant à tout coup si j'entendais l'un ou l'autre verdict, ne sachant jamais ce que je dois en conclure. Est-ce que ça va mal, pire, ou... pas mal, bien, mieux?» (F. S. p. 176; souligné par nous). Ici, le discours est polysémique et soulève la perplexité, car si le résultat s'avère *positif* il renvoie à une *mauvaise nouvelle*, ou plus exactement à la présence d'un cancer, alors que s'il est *négatif* il renvoie à une *bonne nouvelle*, ou à l'absence de cancer.

L'annonce du diagnostic d'un cancer du sein ne se fait pas sans révéler l'incertitude médicale dans le choix des mots qui va avec l'appréhension d'une telle maladie. Ainsi, lorsque le diagnostic se fait plus précis nous relevons le témoignage suivant: «Je suis incapable d'enregistrer ce que l'on me dit, par crainte de trop comprendre» (F. J. p. 63). Ici l'échec de la communication est total tant la méfiance s'installe. Incertaines des résultats, elles en viennent à développer de la méfiance qui s'accompagne d'une volonté de contrôle de l'information. Devant la méfiance à l'égard du diagnostic elles décident de protéger leur entourage en le gardant secret. «On garde les choses secrètes» car on ne veut «...pas divulguer à son entourage pour ne pas *provoquer de commentaires négatifs, de drames et de tristesse*» (D.B. p. 11, souligné par nous). En effet, certaines iront jusqu'à redouter la réaction de leur entourage en laissant la porte ouverte à l'erreur médicale. «Tout est flou. Je décide de garder le secret en attendant d'en savoir plus, afin de ne pas perturber un petit voyage à Prague avec un groupe d'amis» (F. J. p. 63).

Si l'issue d'un diagnostic de cancer du sein laisse la patiente sans voix et sans mots, sans certitude de guérison, au delà des images médicales, projetant leur corps sur écran en guise de surveillance, se dresse un imaginaire constitué de corps meurtris par les opérations mutilantes qui traverseront d'abord l'esprit avant

la chaire. «Comment se dire et comment dire autour de soi : J'ai un cancer? *Comment appréhender ce qui est une mutilation?* Comment vais-je me réveiller après une telle opération? Serais-je définitivement guérie?» (M.J. p. 70, souligné par nous).

Le discours normatif de la science et des technologies

Nous remarquons, avec ce qui suit que le discours médical, considéré pour être objectif, établit ses normes à partir de contenus scientifique et technique qui prennent le plus souvent le dessus sur les considérations émotives de la malade. Aussi, dès l'annonce du diagnostic de cancer, la relation ne s'inscrit pas toujours dans un rapport de confiance mais de croyance entre le médecin et sa patiente.

Le 13 août 2001, 17h45, dans le cabinet du médecin. Le verdict explose dans ma tête. À vrai dire, je n'ai entendu que la première phrase ou, plutôt, quelques mots : cancer, tumeur, chirurgie. Quelques jours après la chirurgie, le 18 août, je reçois le diagnostic. *Le vrai, le complet*, celui qui se présente dans une succession de mots scientifiques à consonances totalement inconnues, et qui me foudroient lorsque je les comprends. (S. Mc P. p. 130, souligné par nous)

Le «verdict» est une notion qui exprime bien la charge émotive et la nature définitive du jugement ou de la sentence à l'issue de la maladie (mourir ou survivre) alors que le «diagnostic» s'inscrit dans un discours scientifique (ici de «vérité») qui ajoute à l'écart dialogique entre le médecin et la patiente; augmentant le sentiment de détresse au moment de l'annonce du diagnostic. D'autres témoignages viendront souligner la froideur et l'impassibilité du médecin au moment de l'annonce du diagnostic: «J'imagine que les médecins doivent développer *une seconde nature* pour être capables d'annoncer d'aussi mauvaises nouvelles avec autant de froideur» (D.C. p. 35, souligné par nous). Cette «seconde nature» du scientifique taxé de «froideur» s'érige définitivement entre le médecin et la patiente telle une procédure normative lors de l'annonce du diagnostic de cancer définit par les «mauvaises nouvelles». La plupart des témoignages découlant de la relation avec le médecin s'inscrit d'ailleurs dans un sentiment d'émotivité, d'intensité et de vulnérabilité.

«Chaque personne ayant le cancer a une attitude différente face à son oncologue. Il n'en demeure pas moins que *cette relation est très, très intense*. Cet homme ou cette femme a votre vie entre ses mains. Mon approche fut donc de lui faire entièrement confiance pour la suite des choses.» (J. L. p. 122, souligné par nous)

La relation patiente/médecin s'inscrit ainsi dans l'interface des procédures normatives imposées par le *discours scien-*

tifique (objectif et vrai) du médecin sur le *discours émotif (subjectif et émotif)* des femmes.

L'aveu d'incertitude médicale face au choix de traitements

Le recours systématique aux imageries médicales pour dépister un cancer du sein et la difficulté de fixer un diagnostic participe de la surabondance des traitements chirurgicaux parfois inappropriés (Duperray & Junod, 2006). «Comme beaucoup de femmes, j'ai acquis au fil des articles lus par hasard la conviction que l'ablation totale a définitivement été abandonnée au profil de chirurgies moins mutilantes—sauf dans les cas extrêmes» (F. S. p. 178). Choisir un traitement traduit donc un dilemme existentiel profond. Le choix d'un traitement proposé par un médecin, dans les premières rencontres avec la patiente, permet de rendre compte de l'aveu d'incertitude médicale à l'égard du choix d'un traitement approprié. Or, ce qui rend recevable le choix d'un traitement repose sur un raisonnement probabiliste lui-même issu du diagnostic qui ne l'est pas moins (Ménoret 2007a). Vous avez tant de chance de guérir ... tant de temps vous reste à vivre...

Ces témoignages démontrent la nécessité d'une plus grande autonomie de la part des femmes dans leur prise de décision face aux traitements alors qu'elles ne se sentent pas suffisamment en contrôle de la situation, car en fait tout leur échappe. «Mais c'est *vous qui allez décider, madame*, on peut aussi enlever les deux tumeurs et conserver le sein.» «Nous souhaitons entendre des certitudes, de vrais oui, de vrais non, mais nous ne soutenons que des peut-être» (F. S. p. 178, Souligné par nous).

Aussi, la certitude absolue en cancérologie s'étendra chez elles à la capacité de vivre une vie à peu près normale et cela malgré un tel diagnostic. «Perdre un sein, perdre mes chances de reformer un couple, ou exiger une mastectomie partielle et vivre avec *la hantise de ne pas avoir fait l'impossible pour éviter la récurrence?*» (F. S. p. 186, souligné par nous). Or, la réponse de la patiente qui doit s'accrocher à l'idée qu'une probabilité peut se comprendre comme une certitude (vérité) sera invariablement mise devant le dilemme exigeant qu'elle choisisse entre «enlever les tumeurs et garder le sein» ou «perdre un sein et perdre ses chances de reformer un couple». Dans ces termes le dilemme se pose comme un choix de vie sans vie et le traitement se fera dans l'enfermement entre de telles incertitudes et d'angoisse d'où émergera un sentiment de méfiance et d'isolement.

«La sensation d'être soudainement *prisonnière du traitement* est indicible. Après mon deuxième traitement, je commence déjà à me sentir plus faible, et je suis très anxieuse. Je sens les produits chimiques s'infiltrer dans tout mon organisme. Je me répète sans cesse que c'est bon pour moi, mais l'état *d'angoisse persiste*.» (D. L. p. 115, souligné par nous).

Le regard hétéronormatif de la médecine sur le corps des femmes

Le regard de la médecine occidentale à travers les technologies de l'imagerie médicales s'inscrit, selon nous, dans une biopolitique (Foucault 2001) *hétéronormative* de production des corps. Ce regard porté sur le corps des femmes en médecine, et plus exactement dans le contexte du cancer du sein, en arrive à soutenir cette hétéronormativité à travers un dispositif «d'indétermination» du genre. «*Mutilées, pour la plupart d'entre nous, à qui et à quoi ressemblons-nous?*» (S. Mc. P. p. 13, souligné par nous). L'enjeu hétéronormatif porte alors sur le fait qu'à défaut de pouvoir surmonter cette indétermination liée la transformation de leur image corporelle (genrée) (Benoit et Dragon 2008; Dorlin 2008), certaines se replient sur elles-mêmes et «accusent» leur corps de tant de faiblesses.

Se sentir *trahi* par son corps. (J.E. p. 47)

Je n'ai qu'une envie : *me sauver de mon corps*.
(D. L. p. 117)

Chaque bilan me plonge dans l'anxiété. Je dois apprendre à *faire de nouveau confiance à mon corps*.
(B. P. p. 163)

Cette indétermination «genrée» est très présente dans les dimensions esthétiques de la relation au corps et à la sexualité (Dorlin). C'est ainsi que depuis quelques années les médecins misent sur la reconstruction mammaire pour résorber l'angoisse des chirurgies mutilantes. Les images produites après une mastectomie et la chute des cheveux suite aux traitements de chimiothérapie sont de bons exemples de cette affectation de la confiance hétéronormative dans le rapport au corps.

«Changer de coiffure, cela peut nous donner un style, voire une personnalité, mais quand on a plus rien... On vit alors de grands questionnements, de grandes douleurs, des doutes, de l'angoisse». (B.P. p. 165)

Les témoignages sur l'image corporelle se transforment peu à peu en évaluation hétéronormative de l'image de soi qui se joue dans la tête à travers la capacité de séduction et d'attraction dans l'immense souffrance de se sentir réduite et dépossédée.

«Pas de larmes, seulement des images dans la tête. Images de moi, repoussante avec ma moitié de poitrine, image de moi *seule* jusqu'à la fin, parce que *non désirable*; image de moi *souffrante*, malade, grugée de l'intérieur; moi, *un cas, plus jamais une personne*.» (F.S. p. 178, souligné par nous).

Il apparaît que l'incertitude médicale en vient à fonctionner comme un outil du biopouvoir servant à assujettir la

patient aux traitements sans toutefois qu'elle puisse espérer tirer l'espoir d'une guérison. C'est ainsi que se perpétue le doute et la méfiance. «... tout notre être se dissous dans la douleur» (S. Mc. P. p. 131).

Je pleure parce que je vis un deuil : j'ai dû interrompre ma vie professionnelle. Je pleure parce que *mon corps se détériore*. Je pleure parce que je suis remplie de *médicaments chimiques*, que mon corps et mon système nerveux réagissent, que je n'ai plus mes règles. Un état de *dépression* s'est installé en moi. (D.L. p. 117)

Discussion

Le regard de la médecine occidentale dans le contexte du cancer du sein renforce l'incertitude médicale décrite par Marie Ménoret. Ce regard produit par imagerie médicale, plutôt que de simplifier et rendre plus clair la procédure de traitement, renvoie à un diagnostic flou et accumule les interventions mettant le corps des femmes sous surveillance. Il n'échappe donc pas au discours d'objectivité de la médecine qui, promulguant les avancées technologiques de l'imagerie, agit sur les représentations du corps comme autant de preuves d'incertitude. Le recours systématique aux imageries médicales donne alors lieux à l'automatisation des diagnostics auxquels la médecine recourt pour résoudre l'ensemble des problèmes liés à l'interprétation. L'interprétation des images renvoie alors à la singularité du regard fixe, minimaliste et spéculaire où se présente la cristallisation du mythe du corps féminin fondée sur des valeurs hétéronormatives.

Ainsi, et dans ce que nous avons tiré des témoignages, l'ambivalence et l'ambiguïté sur laquelle se fonde le diagnostic s'avèrent dominées par un sentiment de méfiance que les femmes éprouvent à l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein. La polysémie observée entre le discours du médecin et la langue vernaculaire de la patiente ajoute à la méfiance de celle-ci quant à la compréhension du diagnostic et même des traitements. Cette langue dans laquelle est annoncé le diagnostic dérouté et amplifie le sentiment d'ambiguïté et de méfiance des femmes qui appréhendent déjà avec inquiétude les suites d'un tel diagnostic.

Nous comprenons alors que la décision médicale est prise dans un contexte d'incertitude à la fois radicale, par sa dimension normative, et événementielle, de par l'urgence des circonstances et de la conjoncture du moment. Cette double incertitude limite considérablement la portée de la décision en contexte d'incertitude, car elle se fonde sur un pouvoir inégal et hiérarchique dans la relation de soin entre le médecin et la patiente. En effet, la décision n'a de sens que lorsque le domaine de choix est donné *a priori*, ce qui n'est justement pas possible en une situation d'incertitude radicale fondée sur les rapports de genre en médecine.

Les symboliques et significations imaginaires du regard occidental de la médecine liées à une biopolitique hété-

ronormative au cancer du sein annonce déjà, l'expérience subjective de la maladie qui suppose son impact émotionnel aux différents moments de sa trajectoire inscrite dans une méfiance mise en œuvre par les patientes pour y faire face. La construction sociale des représentations promues par l'imagerie médicale est davantage prise en pensées qu'en action. Elle est moins exprimée par la parole que par les images qui en arrivent à refoulées l'identité et le rapport aux autres. En somme, les témoignages révèlent que les patientes en viennent à composer avec un imaginaire social du corps que se représentent les médecins devant un diagnostic de cancer du sein et auquel elles doivent se conformer.

Au sentiment de méfiance généralisée chez les femmes s'ajoute une crise identitaire et, d'autant plus forte dans le cas du cancer du sein, car il s'agit alors d'une crise fondée sur la remise en question de leur identité sexée (biologique) puisqu'elle touche à l'apparence physique et à l'imaginaire sexuel, qui lui, est fondé sur leur appartenance au genre. Dans ce sens, l'identité de la patiente, se voit transformée par le recours aux technologies et aux traitements tant et si bien qu'elle ne parvient plus à identifier les symptômes de la maladie et à y reconnaître son corps «propre» (Merleau-Ponty). En effet, tel que souligne Patrice Pinell : «Les progrès du dépistage et du diagnostic précoces, dont l'importance est incontestable, rendent plus problématique la perception profane individuelle des symptômes». ⁶ D'où le fait de remettre en cause les limites de leur corps plutôt celles induites par les technologies.

Conclusion

L'impact de l'image virtuelle sur la production du discours de l'incertitude médicale à partir de témoignages de femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein n'apparaît pas évidente au départ sauf si nous considérons qu'elle est produite à travers le diagnostic. Or, ce diagnostic est à la source de nombreuses ambiguïtés et insécurités dans le dialogue entre le médecin et sa patiente; dans le type de discours engagé lors de l'annonce du diagnostic; dans la difficulté de fixer un diagnostic et un traitement approprié; dans la relation au corps qui fait apparaître les symptômes de normes hétéronormative découlant d'une crise identitaire issue d'une trop grande méfiance à l'égard des diagnostics posés par les technologies de l'imagerie médicale.

Ainsi, et pour répondre à notre question de départ, à savoir comment et à quelles fins l'imagerie médicale construit le regard et oriente la connaissance du corps des femmes dans un espace d'objectivité? Il apparaît que l'incertitude médicale, lorsque ces appareils ne parviennent pas à rendre le diagnostic clair et des thérapeutiques efficaces, renvoie à une déconstruction subjective de l'image corporelle traditionnellement fondée sur des certitudes participant d'une hétéronormativité de principe à travers à la fois l'imaginaire du médecin (qui fait distance avec sa patiente au profit des outils) et la relation de pouvoir/savoir

construit à travers le diagnostic, lui-même fondé sur des pronostics (Ménoret 2007a). Cette analyse de la place de l'imagerie médicale dans la relation médecin/patient est au cœur même d'une dynamique du biopouvoir au sens où l'entendait Foucault, à savoir que le rapport au biopouvoir dans la relation qu'entretiennent les femmes avec leur médecin ajoute au discours normatif de la médecine occidentale.

La quête d'objectivité de la médecine envers le corps des femmes s'est donc heurtée à la difficile interprétation de l'image qui est pourtant devenue un outil de vérité tant elle composait avec les aléas de la probabilité (Ménoret 2007a). Ce faisant, l'interprétation des images allait pouvoir fonder définitivement le regard médical sur les assises de l'objectivité scientifique. Or, nous avons vu que le recours systématique à l'imagerie médicale entraîne suspicion et méfiance chez les femmes qui recourent à d'autres outils diagnostics et cela dans une escalade parallèle à l'angoisse qui se développe chez elles et que les médecins ne prennent que rarement en charge tant les technologies suffisent souvent à l'accomplissement de leur tâche. Il est évident qu'à l'incertitude médicale les femmes répondent par un sentiment de méfiance à l'égard des pronostics promis par l'ensemble des procédures diagnostics. Aussi, il s'avère important d'énoncer quelles pistes de réflexions sur l'incertitude médicale liée à l'hétéronormativité entourant le corps des femmes à l'annonce du diagnostic de cancer du sein.

Trois propositions nous semblent pertinentes à la neutralisation de l'exercice du biopouvoir médical et de l'hétéronormativité dans l'élaboration d'un plan de traitement suite à l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein. D'abord, tel que suggéré par Marie Ménoret, accepter l'incertitude médicale et, nous ajoutons, la fonder sur une relation d'écoute active et de confiance réciproque plutôt qu'à partir de résultats aléatoires que suggèrent les imageries médicales en creusant la distance avec la patiente. Cette approche nous apparaît être une meilleure stratégie pour combattre l'incertitude, l'angoisse et éventuellement la méfiance liée à l'hétéronormativité face au corps (malade) des femmes. Ouvrir le dialogue interdisciplinaire entre tous les membres du personnel soignant afin de construire un espace de cohésion dans la prise en charge des malades qui vivent avec le cancer du sein. Assurer enfin, une meilleure compréhension de la définition de la «confiance assurée» telle que définie par Niklas Luhmann (17). Cette confiance assurée nécessite que l'on s'implique, ou que l'on soit déjà engagé dans un processus de confiance. Or, nous constatons que tel n'est toujours pas le cas à moins que, ce processus relève d'une confiance immédiate que les femmes ont toutes, doit-on le souligner, réclamé dans leur témoignage.

Monique Benoit, Ph.D., enseigne la sociologie de la santé et les études féministes en Ontario depuis 2000. Ses domaines d'expertise sont la sociologie de la santé (santé des femmes, sexualité, cancers). Ses intérêts de recherche portent sur les

enjeux sociaux liés aux innovations en médecine (imagerie médicale, dépistage et informations de santé).

¹La mammographie, l'échographie en 3d, l'IRM sont parmi les principales techniques d'imagerie médicale employées actuellement en cancérologie.

²Nous pensons notamment aux campagnes de prévention avec le dépistage du cancer du sein par mammographie destinées aux femmes de 50 ans et plus.

³Rappelons à cet égard le scandale de Terre-Neuve et Labrador entourant les tests de marqueurs du cancer du sein où il s'est trouvé 400 femmes atteintes du cancer du sein, qui ont reçu le mauvais traitement ou n'auraient pas reçu de traitement (Legault). Cette situation semble s'être retrouvée également au Québec. («Cancer du Sein»).

⁴Un résultat faux négatif désigne un test de dépistage qui n'aurait pas réussi à déceler un cancer pourtant présent chez une femme alors qu'un faux positif est aussi un résultat erroné, mais dans le sens contraire. Dans ce dernier cas, il est conclut qu'il y a cancer alors que ce n'est pas le cas.

⁵Les témoignages écrits que nous avons analysés, ont été répertoriés par Diane Blouin, dans un recueil, intitulé *Tu n'es pas Seule. L'expérience du cancer : paroles de femmes*.

⁶Alors que les premières campagnes pour le diagnostic précoce du cancer, dans l'entre-deux guerres, visaient à éduquer le public à percevoir sur son corps des signes de danger potentiel conduisant à consulter un médecin (cf. Pinell).

Bibliographie

Ancelle-Park, R. et M. Lochouarn, «Dépistage organisé du cancer du sein : convaincre de sa qualité». *Concours Med* 127 (2005): 1740-2.

Baszanger, Isabelle. *Anselm Strauss. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan, 2002.

Baszanger, Isabelle «Les maladies chroniques et leur ordre négocié», *Revue française de sociologie* 27 (1986) : 3-27.

Benoit, M. et J. Dragon. «Corps, genre et interprétations par imagerie médicale : les dessous de la scène clinique dans la relation patiente/médecin». *Atlantis* 32 (2) (2008): 57-67.

Bertaux, Daniel. *Le récit de vie*. Paris : Armand Colin, 2005.

Blouin, Diane. *Tu n'es pas Seule. L'expérience du cancer : paroles de femmes*. Montréal, éditions de l'Homme, 2006.

Bourdieu, Pierre. *La domination masculine*. Paris : Seuil, 1998.

«Cancer du Sein» Des centaines de tests diagnostics erronés, *Le devoir* 28 mai 2009.

Cartwright, Lisa, *Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture*. London: Université of Minnesota Press, 1995.

Colonna, F. «Dépistage radiologique du cancer du sein/ Radiological screening of breast cancer», *Pratiques et Organisation des soins* 38 (4) (2007): 283-294.

Duperray, B. et B. Junod. «Dépistage du cancer du sein. Une bonne intention, une mauvaise théorie, un résultat aberrant». *Médecine 2* (2006): 364-7.

Dorlin, Elsa. *Sexe, Genre et Sexualité*, Paris, PUF, 2008.

Foucault, Michel. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF, 1961.

Foucault, Michel. *Histoire de la sexualité*. Tome 1. Paris : Gallimard, 1976.

Foucault, Michel. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 1975.

Foucault, Michel. «*Les Mailles du pouvoir*», *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris : Editions Gallimard, 2001. 1001-1020.

Fox, Renée C. *L'incertitude médicale*, Paris, L'Harmattan, 1988.

Fox, Renée C. «Medical Uncertainty Revisited». (Dir.) G. Albrecht et al. *Social Studies in Health and Medicine*, London : Sage, 2000. 409-425.

Gravel, Pauline, «Santé: Le dépistage du cancer du sein devrait-il se faire plus tôt? Au Québec, les mammographies sont offertes à partir de 50 ans; l'American College of Radiology propose de l'offrir à 40 ans». *Le Devoir* 6 janvier 2010 (Santé).

Junod, B. «Conflits d'intérêts et surdiagnostic du cancer du sein.» *Cinquièmes Rencontres de Formindep*, 20 novembre 2010, lien : <http://www.formindep.org/IMG/pdf/Rencontres2010-Presentation2.pdf>, consulté en novembre 2010.

Junod, B., R. Massé et C. Quélier. «Cancer du sein : danger des certitudes prétendues». *Santé Publique* 16 (2004): 21-26.

Joensuu, H., T. Lehtimäki, K. Holli, L. Elomaa, T. Turpeenniemi-Hujanen, V. Kataja, et al. «Risk for distant recurrence of breast cancer detected by mammography screening of other methods». *JAMA* 292 (2004):1064-73.

Kaufert, Patricia A. «Women, Resistance and the Breast Cancer Movement». *Pragmatic Women and Body Politics*. Eds. Margaret Lock and Patricia Kaufert. Cambridge, University Press, 1998. 287-309.

Klawiter, Maren. *The Biopolitics of Breast Cancer. Changing Cultures of Disease and Activism*. London, University of Minnesota Press, 2008.

Laqueur, Thomas. *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris : Gallimard, 1990.

Le Breton, David (. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France, 1990.

Legault, Isabelle. «Cancer du sein : Scandale à Terre-Neuve». *L'aujournal. Info* 13 mars 2009.

Luhmann, Niklas. «Confiance et familiarité. Problèmes et alternatives.» *Réseaux* 4 (108) (2001): 15-35.

Ménoret, Marie. *Les temps du cancer*. Paris, CNRS éditions, 1999.

- Ménoiret, Marie. «Cancer et société : dogmes et doutes.» *27es journées de la SFSPM, Deauville, 2005*. 28-33.
- Ménoiret, Marie. «Prévention du cancer du sein : cachez ce politique que je ne saurais voir.» *Nouvelles questions féministes* 26 (2) (2006): 32-47.
- Ménoiret, Marie. «Informer mais convaincre: incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie.» *Sciences Sociales et Santé* 25 (1) (2007a): 33-52.
- Ménoiret, Marie. «Le risque de cancer du sein en France : un mode unique de prévention.» *Sociologie et sociétés* 39 (1) (2007b): 145-160.
- Ménoiret, Marie. *Le temps du cancer (Nouvelle édition)*. Paris : Le bord de l'eau, 2007c, 292 p.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. [1945]. Paris : Gallimard, 1967.
- Pinell, Patrice. *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris : AM Métailié, 1992.
- Shobat, Ella. «Lasers for Ladies. Endo Discourse and the Inscription of Science.» *The Visible Woman : Imaging Technologies, Gender and Science*. Eds. Paula A. Treichler, Lisa Cartwright and Constance Penley. New York University Press, 1998. 240-272.
- Sicard, Monique. «La naissance de l'imagerie scientifique» *Sciences Humaines. Hors série* 43 (2003-04): 52-55.
- Sicard, Monique. *La fabrique du regard (15^e-20^e siècle) : Images de science et appareils de vision*. Paris: Odile Jacob, 1998.
- Sinding, Christiane. «Clinique», dans D. Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*. PUF, 2004.
- Strauss, Anselm. «Maladies et trajectoires», dans *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan, 1985.
- Treichler, Paula A., Lisa Cartwright, et Constance Penley, eds. *The Visible Woman. Imaging Technologies, Gender and Science*, New York et Londres, New York University Press, 1998.
- Van Dijck, José. *The Transparent Body. A Cultural Analysis of Medical Imaging*, Seattle: University of Washington Press, 2005.
- Vigarello, Georges. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le moyen-âge*. Paris: Seuil, 1999.
- Welch, G.H. et W. C. Black. «Overdiagnosis in Cancer», *Journal of the National Cancer Institute* 102 (9) (May 2010): 605.

DIANE DRIEDGER

Radiation

long crucifixion
 31 days
 arm in the air
 the buzzing machine
 me in the vault
 door closed
 steel treatment table
 my jaws steel

elevator panel reads zero floor
 radiation room
 had no merit
 had a naught
 as a number

this is not
 fun
 not what I do everyday

this is not
 how I want to spend time

Diane Driedger is a Winnipeg poet and visual artist who has been involved in the disability rights movement for 30 years. Her collection of poetry, The Mennonite Madonna (Gynergy Books), was published in 1999. Her latest book is an edited collection: Living the Edges: A Disabled Women's Reader (Inanna, 2010).



Diane Driedger, "Diagnosis," 2007, clay sculpture, 6 x 5 x 6".