

# Corps, genre et interprétations par imagerie médicale : les dessous de la scène clinique dans la relation patiente / médecin

---

**Monique Benoit**, de l'Université Laurentienne de Sudbury, enseigne la sociologie de la santé; sociologie de la sexualité; éthiques biomédicales; études sur le genre, culture et technologies.

**Jean Dragon**, de l'Université Laurentienne de Sudbury, a mené des études en philosophie (histoire des idées et théorie de la connaissance) et en sémiologie littéraire.

---

## Résumé

Le présent texte développe une réflexion sur l'impact de l'imagerie médicale dans l'interprétation des images du corps genré en médecine. En profilant notre interrogation sur la neutralisation, le voyeurisme et la subjectivation, nous questionnons l'automatisation et la standardisation des images du corps et postulons l'hypothèse de la secondarisation de la relation patiente/médecin au profit de la technique.

## Abstract

In this text we underline the impact of medical imagery, more particularly that proposed in medicine, on the representation of the gendered body in medicine. By profiling our interrogation on neutralization, voyeurism and the subjectivation, we question the automation and the standardization of the images of the body and postulate the assumption of erasure of the relation patient/doctor by the technique.

---

Depuis les années soixante-dix, la manipulation des images est entrée dans le domaine de la médecine occidentale en bouleversant au passage la conception du diagnostique et l'intervention chirurgicale. Ces bouleversements, notés dans la plupart des domaines de la médecine, firent leur entrée en obstétrique avec des images obtenues par échographie d'embryons humains en trois dimensions (3D) et récemment en quatre dimensions (4D) intégrant le mouvement de l'embryon en temps réel. Suivant le titre d'un ouvrage connu de Jacques Testart (1986), l'œuf transparent allait pouvoir offrir en «spectacle» depuis l'écran certaines interventions (de la thérapie génique, à la sélection du sexe, en passant par la fabrication d'embryon pour fin de recherche) sur l'embryon humain.

Ces technologies de visualisation en médecine sont également le fruit d'un long processus développé en gynécologie sur le corps des femmes. La nécessité de disposer d'interventions moins invasives en gynécologie mènera les médecins à développer les possibilités offertes par ces technologies de visualisation. La visualisation accrue, a donc occupé une place primordiale au point que l'on peut aujourd'hui tirer de ces pratiques la normalisation d'images de certaines parties du corps qui jusque-là étaient demeurées invisibles à l'œil nu. Or, rendre visible ce qui ne l'était pas, accentue le caractère «voyeuriste» de la procédure.

Sachant que ce regard fixe de la caméra a grandement favorisé l'automatisation et la standardisation du diagnostic dans la pratique médicale, plusieurs chercheurs montrent qu'elles

contribuent aussi à la «recomposition» d'un corps fondé sur la virtualité (Clarke 2001; LeBreton 1990). Comment alors interpréter ce corps, ou ces parties du corps virtuel, produit par imagerie médicale? Quelles représentations peut-on donner de ces images au, cœur de la scène clinique, dans la relation entre la patiente et son médecin?

Afin de répondre à ces questions nous ferons intervenir l'hypothèse d'une atteinte au processus de subjectivation comme si les images devenaient une entrave à la capacité des femmes à exercer leur liberté et ce qu'elles associent, dans la relation patiente / médecin, à l'idée qu'elles se font de leur «corps propre» (Merleau-Ponty 1945). La prédominance des images en médecine en vient ainsi à infléchir la façon même de prendre en charge la maladie (Turner 1983). S'il est désormais permis de visualiser la prolifération de cellules cancéreuses à l'aide de techniques d'imagerie, la prédominance de l'image représentant le corps a pour conséquences un recours plus fréquent à des traitements parfois agressifs, des chirurgies radicales ou de chimiothérapie qui doivent aussi composer avec l'intégrité du corps (Clarke et Casper 1996; McKie 1995; Rail 2006).

À repousser les limites de la technologie photographique et à désirer rendre toujours plus «transparent» les objets ou les corps regardés, n'en sommes-nous pas venus à ne plus en «voir» les limites et, de ce fait, ne plus apercevoir le corps dans ses exigences propres et même à l'«opacifier» en le chargeant de ce dont on demeure incertain qu'il puisse être, et même aspirer à être? En investissant le corps des femmes par les techniques d'imagerie, la médecine occidentale réduit la relation médecin/patiente à une question d'efficacité technologique. Cette relation investie en terme de genre, plutôt que de réduire la hiérarchie existante dans la relation thérapeutique, l'amplifie. Dans cette prépondérance occupée désormais par l'image, qu'en est-il en effet de la relation patiente/médecin préalablement genrée, sur la base même de la hiérarchie thérapeutique?

Ces interrogations permettent de questionner l'automatisation, la standardisation et l'impact de la procédure sur l'identité et la subjectivité de la patiente. L'automatisation du diagnostic produite à l'aide de la standardisation des images (Skrabanek 1995; Villedieu 2002), s'ouvre sur la neutralisation du corps des femmes par la technique. En effet, le corps neutre produit par des techniques de visualisation en médecine s'est peu à peu constitué en objet de spectacle et cela à partir de trois points d'ancrage. D'abord, il s'inscrit dans une volonté de souscrire à une déssexualisation du corps dans sa forme (par la radiographie) alors que son apparence se fondera (par imagerie médicale) dans le «modèle d'un sexe unique» tel que proposé par la thèse de Laqueur (1992). Ensuite, ce passage historique entre la radiographie et l'imagerie médicale accentue un certain voyeurisme et l'idée de voir en «spectacle» des images du corps depuis toujours inaccessibles (Benoit et Dragon 2001). Enfin, s'il ne fait aucun doute que cette visualisation accrue permet de cibler des anomalies, elle semble, par conséquent, faire peu de cas des effets de distanciation et de distorsion, ébranlant le processus de subjectivation soit par la fragmentation du discours dans la relation entre le médecin et la patiente.

Nous serions ainsi moins en présence d'un rapport patiente-médecin que d'un décalage entre l'image produite et ce que la construction genrée propose de la conception du féminin en médecine. Ces images ne mettent pas à jour la différence sexuelle mais la fabriquent en sexuant le biologique de façon dichotomique, et selon les oppositions traditionnelles de genre, montrant ainsi que les connaissances biologiques et les pratiques sociales se construisent ensemble (Kraus 2000; Löwy 2006; Peyre et Wiels 1997).

### **Les «Objets» de regard(s) en médecine**

Bien que le spéculum soit le premier instrument utilisé dans l'exploration médicale de la cavité utérine, il y a longtemps que les technologies modernes de visualisation lui ont

été associées en gynécologie et en obstétrique. Aussi, la plupart des appareils d'imagerie, de diagnostics et d'interventions utilisés en médecine ont été développés à partir des voies internaliste et externaliste (LeBreton 1990). La voie internaliste permet au praticien d'introduire l'appareil de visualisation par les voies dites naturelles depuis l'extérieur vers l'intérieur du corps. La voie externaliste propose l'introduction des instruments à l'aide de chirurgies faisant en sorte que le regard viendrait depuis l'intérieur du ventre, pour paraphraser David Le Breton (1990).

La plupart des appareils de visualisation ont été développés à partir du XVIIIe siècle en général pour comprendre le processus de reproduction (fertilité, fertilisation), mais leur perfectionnement se remarquera, au début du XXe siècle, avec le développement de la médecine reproductive qui en est à ses débuts. Elle empruntera des instruments de gynécologie aux technologies de visualisation regroupées dans le champ de l'endoscopie ; du grec «endo» (à l'intérieur) et «skopein» (observer ou examiner). Tout cela se pratiquant depuis l'intérieur du ventre. Au milieu du XXe siècle, l'accès à la contraception et à la stérilisation chirurgicale de masse mènera des praticiens à développer des appareils plus spécialisés qui serviront à soigner des infertilités induites par des infections sexuellement transmissibles et diagnostiquer des cancers gynécologiques.... En ajoutant, aux appareils de visualisation conventionnels, des appareils chirurgicaux, le champ de la gynéco-obstétrique composera avec le champ de l'hystérosalpingographie, la cryochirurgie et la reproduction assistée - permettant ainsi, d'intervenir sur et dans le processus de la reproduction.

Ce sera dans les années 80, qu'aux instruments chirurgicaux et de visualisation conventionnels, le praticien étendra sa capacité de voir à une capacité de montrer à l'aide d'une caméra endoscopique munie d'un laparoscope ouvrant la porte à la télérobotique (Dharia et Falcone 2005). La télérobotique utilisée en chirurgie gynécologique et dont il est surtout question

actuellement en Occident se regroupe en deux types de technologies. Celles-ci permettent au praticien d'ajuster à la vision internaliste et externaliste du corps genré, la dichotomie voir et représenter. Ainsi, depuis quelques années et ce, dans le but de visualiser l'intervention, sinon la pratique même, le recours à une sonde de visualisation externe attachée à un moniteur rend possible l'obtention d'images de synthèse en quatre dimensions, une technique qui ne va pas sans évoquer, si ce n'est d'encourager, l'idée de spectacle que nous explorons.

Les récents développements portant sur ces techniques de visualisation se sont ouverts à la possibilité de recourir à des interventions moins invasives. De nos jours, les technologies de visualisation produisent des images numériques qui permettent d'obtenir, des représentations stratifiées de l'ensemble des parties de l'anatomie humaine (Visible Human Project) (Cartwright 1998), d'étudier des pathologies rares découvertes par la génétique et d'établir des diagnostics en vue de pratiquer des interventions (biopsie, chirurgies et chimiothérapie) sur le corps ou à distance de celui-ci. Selon une évaluation de L'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), les systèmes chirurgicaux branchés à un ordinateur, aussi appelés «robochirurgie», permettent aux chirurgiens de pratiquer des interventions chirurgicales sans toucher au patient-e. Ces technologies permettant de développer une façon d'automatiser le diagnostic à l'aide d'une dimension «anthropomorphique» exploitent la télérobotique dans le cadre des technologies de l'information et de la télésanté. Aussi, ces pratiques apparaissent bien souscrire au confort si ce n'est de rendre plus manifeste la fascination des médecins pour ces multiples «outils» qui facilitent à la fois l'accès au corps, sans le corps, et une visualisation accrue de la procédure.

Dans un tel contexte de fascination pour l'«outil», où se situe le corps des femmes, si proche (par la technique) et pourtant si «lointain» (et virtuel)? Aussi, ne

faut-il pas s'étonner que le médecin soit beaucoup plus soucieux de voir ce qu'il fait - afin de localiser les gestes et les manipulations techniques qu'il pose - que de restituer une vue d'ensemble du corps (et de sa représentation) traduisant l'état général et le bien-être de la patiente (Dragon et Benoit, à paraître). Ceci est d'autant plus important, nous semble-t-il, qu'il porte en lui l'imaginaire dans sa propre représentation des corps générés par la technique?

Cette révolution visuelle a donc eu des effets sur la médecine et sur le rôle que joue l'image du corps généré en médecine. De fait, les images «dictent» de plus en plus les comportements et les gestes des médecins et des patientes précisément parce qu'elles «simplifient» la pratique et automatisent la cure. Il demeure pourtant que ces images, comme toute image, sont passibles d'une multiplicité de lectures qui renvoient à d'autres registres, bien au-delà des informations médicales usuelles ou utiles qu'elles transmettent (Tjora 2000). À l'instar des thèses de Foucault, Aksel Tjora (2000) se demande: «(...)comment les nouvelles technologies médicales, particulièrement celles qui touchent au monitoring des patients et à l'automatisation des pratiques cliniques, contribuent à la technologisation du corps et également de la société ; constituant par le fait même un nouveau «corps social» ».

En effet, l'auteur pense que cette technologisation évacue les dimensions sociales et politiques de la pratique et accroît, dans les tâches des médecins, une détermination à utiliser davantage des nouvelles technologies en dehors de «sphères d'influence» plus larges qui permettraient sans doute une conception plus souple et efficace de ces technologies. Aussi, peut-on négliger l'analyse des impacts de cette «dissection virtuelle» (visuelle) sur la représentation genrée du corps devenu neutre (objectif, ou que l'on voudrait a-sexué) et mis en spectacle ?

### **Le Corps neutre**

Toutes les cultures ont travaillé à adapter le regard sur le corps aux

conceptions qu'elles proposaient de l'être humain (Dragon 2001). Aussi, il est difficile de ne pas déceler dans le travail de la médecine occidentale une contribution à l'intégration du corps à la culture et aux valeurs sociales (Erich 1991; Fassin et Memmi 2004; Foucault 1963; Löwy 2006; Memmi 1996; Saillant 2003). Dans cette perspective, le regard sur le corps aménage les pratiques symboliques qui président à son interprétation et à la redéfinition de ses formes, du sujet et de son identité (Guillebaud 2001; Le Breton 1990; Löwy 2006). C'est le cas notamment des pratiques médicales contemporaines qui touchent à la représentation du corps des femmes et qui se trouvent autant, qu'elles le souhaitent ou non, au centre des enjeux de société entourant le corps (Martin 1987b; Memmi 1996) qu'au cœur de pratiques d'aménagements symboliques. L'histoire de la médecine occidentale démontre d'ailleurs que le corps, et en particulier le corps des femmes, n'a jamais cessé d'être investi de fantasmes, de représentations et d'images emblématiques (Gavarini 1986) sur lesquelles il est temps de se pencher. En effet, depuis les textes médicaux grecs jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, les organes génitaux masculins et féminins étaient considérés fondamentalement similaires à la différence toutefois que «ceux des femmes sont à l'intérieur du corps et non à l'extérieur», souligne Laqueur (1992).

Ce sera le discours médical qui, par la voie des anatomistes du XVIIIe siècle, introduira le corps féminin dans sa différence d'avec le corps masculin avec l'aide des techniques radiographique (Oudshoorn 2000). Le développement des procédures chirurgicales sera peu à peu gouverné par des technologies de visualisation qui, une fois introduites à l'intérieur du corps, vont en définir les spécificités. Le XIXe siècle approfondit le regard sur le modèle du sexe unique depuis les os (avec le rayon X) vers les cellules (avec le microscope) pour découvrir les similitudes entre les hommes et les femmes. L'association du rayon X et du microscope, dans le domaine de la reproduction a été largement illustrée par une

iconographie soutenant une conception assez restrictive du corps et où la symbolique déployée reposait largement sur ce modèle d'un sexe unique. Toutefois, avec l'endocrinologie sexuelle du XXe siècle, la médecine consacre à nouveau le caractère opposé du corps féminin et masculin avec des organes, des fonctions et des sentiments incommensurablement différents (Löwy 2006).

Ce ne sera qu'avec l'imagerie médicale contemporaine, au milieu du XXe siècle, et plus particulièrement sous l'œil attentif du microscope, que la conception dite a-sexuée du corps intensifiera le soutien d'une conception neutre (ou objective) du corps. Produisant des représentations du corps le plus souvent légitimées par la promotion d'un «corps parfait / éternel», les technologies de visualisation ont invariablement frayé avec plusieurs «fantasmes d'indifférenciation des sexes». Ceux-ci auraient été liés à un regard indifférencié de l'identité sexuelle promue pour une large part, par des interventions chirurgicales pratiquées sur le corps des femmes. Depuis plus d'un siècle, en effet, la médecine reproductive (dont les principales pratiques relèvent de l'hystérectomie, la ligature des trompes et la fécondation in vitro) s'étaient sur cette période où le contrôle médical du corps des femmes s'accompagne du détournement du regard (devenu «objectif» et «asexué») du médecin vers l'écran. Or, le fantasme d'une «indifférenciation sexuelle», rappelle Françoise Collin, est devenue très populaire car il participe d'un fantasme plus général fondé sur l'idée d'une société «indifférenciée», dépourvue de places fixes et où les fonctions seraient perpétuellement interchangeables (Collin 2002). Les images produites par imagerie médicale, recopiant le corps sur écran, consacrent ce détournement du regard vers un corps écran, iconique, neutre et virtuel; en somme, un corps «ludique». C'est ainsi que, la praxis contemporaine nous apparaît avoir moins œuvré dans le champ de la reconnaissance des genres, ou même tout à fait en fonction

du modèle d'un sexe unique, que de développer le paradigme d'un sexe neutre. Tempérons notre propos et précisons que cette «neutralisation» visait sans doute moins le sacrifice de la différenciation sexuelle que l'élaboration des conditions et caractéristiques d'un discours dont l'image scientifique devenait une caution supplémentaire, universelle et standard à l'égard de la représentation du genre en médecine.

Ces représentations du corps, ou plutôt de certaines de ses parties, illustrées par un recours systématique à l'imagerie médicale, permettent indéniablement de voir s'ériger ni plus ni moins un contrôle de ses représentations par l'image. Dans cette mise en contrôle, par l'observation approfondie et dans le déplacement de l'image corporelle vers l'image-écran, n'assistons-nous pas à une sorte d'opérationnalisation de la représentation par l'image où, paradoxalement, l'altération de l'intégrité corporelle semble constituer un ajout, voire un supplément impalpable à la qualité de sa présence au monde? La psychanalyse nous avait d'ailleurs appris, depuis longtemps, que la «vision spéculaire» s'érigeait en grande partie sur la croyance voulant que le prélèvement sur l'expérience individuelle répondait à l'attente d'un supplément identitaire au plan de l'universalité, illusion thétique d'une épistémè fondée sur l'objectivité et la vérité, lesquelles convergent vers une parfaite transparence entre «soi» et le monde. En somme, les images mises en place par ces configurations ne tendent-elles pas à confirmer l'hypothèse selon laquelle, l'imaginaire d'un corps neutre, voir non-genré, formé par l'intervention technique en médecine, se vérifie dans la formation d'une «nouvelle image du corps» coupée de l'expérience transcendantale, laquelle traduit des nouvelles formes de subjectivation dans notre rapport à l'image (Dragon 2001)?

### **Le Corps spectacle ou le regard regardé de l'imagerie médicale**

L'hypothèse de l'apparition d'un corps spectacle se repère ainsi dans l'évolution des images qui, bien qu'elles apparaissent

largement supportées par une structure iconique, cèdent à la dimension narratologique (processus d'identification) pourtant présente dans le diagnostic traditionnel (Foucault 1963). Les imageries médicales, rendent compte d'un corps plus opaque à mesure qu'elles parviennent à s'exclure de la structure dialogique (Bakhtine 1975) du médecin d'avec sa patiente établissant, par le fait même, un fossé entre le médecin et la patiente. Cet élargissement, inscrit à même l'expression clinique et thérapeutique de la médecine, ne peut être complètement étranger à ce qui se produit, d'une part à travers la subjectivité du regard (relativement à l'identité multiple du genre) et, d'autre part, à l'opacité des informations produites et aux interprétations soient ambiguës ou restrictives des images. L'interprétation se trouve le plus souvent engagée dans la construction du discours à tenir à la patiente. Ce fossé consacre une autonomisation sans précédent de la technique au détriment du dialogue avec la patiente déshumanisant, du même coup, la relation au soin.

La perspective de la représentation iconographique des images de l'échographie, par exemple, autant que celles de l'endoscopie ou de l'hystérocopie, en direct, produite à la vue de tous sur écran, suscite également plusieurs interrogations notamment à l'égard du regard porté sur le corps et sur son intégrité. Dans ce déplacement du corps vers l'écran et de l'écran vers la représentation du corps en mouvement se joue une spirale d'images étourdissantes et complexes dont la plus étonnante sera certainement celle qui consiste à reconnaître que «les médecins se font eux-mêmes du cinéma» (Thacker 1999).

Considérant ainsi que ces images sont à la source de l'établissement des diagnostics qui mènent à des thérapeutiques plus ou moins invasives (pensons aux cas des cancers féminins), quel regard précisément les spécialistes de l'imagerie sont-ils enclins à jeter sur un corps dont le cadre référentiel devient un écran? Le recours à un écran ne permet-il pas d'ailleurs, pense-

t-on, une «démocratisation» de l'image désormais «accessible à tous»? En effet, les images obtenues par échographie sont facilement accessibles et parfois utilisées à des fins et au sujet desquelles nous devrions peut-être nous questionner davantage; notamment en regard d'usages non-médicaux de ces images.

Si, d'un côté, il est désormais possible de pouvoir techniquement disposer d'informations précises pour diagnostiquer et identifier au préalable certaines caractéristiques de l'embryon humain, de l'autre côté, des cliniques privées aux États-Unis encouragent des femmes enceintes à utiliser l'échographie 4D «(...)sans recommandation du médecin afin de favoriser la formation des liens (dits) parentaux» (Abraham 2002)? Selon un article du *Globe and Mail*, un groupe pro-vie des États-Unis aurait même acheté un échographe 4D afin d'offrir aux femmes, qui pourraient envisager l'avortement, des images du fœtus au cours du premier trimestre (Abraham 2002). Ces images produites par échographie semblent traduire les enjeux politiques et même éthiques directement liés à l'usage social de ces technologies. En effet, car si ces images paraissent techniquement plus accessibles, elles sont pourtant déroutantes au plan de la représentation du corps ou de certaines de ses parties disons malades.

Aussi, pour avoir suscité autant d'attentes et de méprises sur le sens à donner à de telles pratiques sur les technologies de l'image, nous devrions maintenant nous questionner davantage sur la composition et la construction du regard que porte la médecine reproductive sur le corps. En effet, car l'observation des changements survenus dans le développement des procédures semble fortement souscrire à l'hypothèse selon laquelle les images ou représentations proposées par la médecine fait apparaître un certain narcissisme? N'est-il pas inscrit dans le projet d'interprétation des images la fascination des médecins de se voir dans le miroir de leur propre pratique (poser les gestes et les voir reproduit sur écran) autant

que dans la mise en scène l'espace de l'image de l'autre fixée sur écran? De ce point de vue, doit-on s'étonner que le corps observé et diagnostiqué ne soit plus tout à fait le «corps propre», celui de l'autre?

La difficulté relève précisément des mécanismes de neutralisation de l'imaginaire qui empêchent de mieux étayer le désir de se fonder dans et à travers l'universalité genrée. En ce sens, la médecine n'échapperait pas à une métaphysique où l'idée selon laquelle l'éternité du corps, ou sa perfectibilité, se présenteraient comme la contrepartie de l'accomplissement du processus de sa subjectivation. Or, est-ce vraiment le cas ou ne sacrifions-nous pas toute idée de «différence» à celle d'un corps construit dans le prisme d'une standardisation des technologies ainsi que des diagnostics qu'elles permettent, tout en se fondant sur le cautionnement d'une image qui tient lieu d'objectivité et d'universalité?

Les technologies de visualisation du corps et de ses fonctions en médecine se seraient ainsi développées à dessein notamment de mieux saisir le fonctionnement du corps et, dans le cas des femmes, afin d'atteindre un contrôle accru de la fertilité humaine. Cet énoncé biologique a largement été supporté par les technologies d'imageries qui construisent le corps des femmes à partir d'images (croquis, figures, schémas, photos et même vidéos) le plus souvent sous un angle strictement anatomique. Le corps y apparaît «transparent» ou encore sous des aspects restrictivement techniques et mécaniques. Ces images ont pour intérêt commun de suggérer la formation d'un «corps virtuel» et numérique. Bien entendu, le «corps virtuel» consacre la distance, selon nous, d'avec ce que Merleau-Ponty appelait le «corps-propre» mais, ne dégage-t'il pas aussi des conceptions synthétiques, idéelles, esthétiques découlant de jugements de valeur et de fantasmes? Formées par l'abstraction ces images apparaissent souvent d'une naïveté déconcertante. Dans un tel contexte, les technologies de visualisation représenteraient une étape de plus dans le lien conflictuel entre, d'un côté la pratique

biomédicale renvoyant une certaine image ou conception du corps (sexué) et naturel, de l'autre côté, une perception de l'intégrité corporelle (genrée) que se font les patientes de leur propre corps (Hurtig *et al.* 2002; Kraus 2000; Löwy 2006). Reprenant la division sexe/genre, il est possible de considérer le partage entre la conception médicale d'un corps sexué et la perception de l'intégrité corporelle à travers les images produites en terme de genre. Ainsi, contrairement à ce que prétend David LeBreton, (1990) relativement au fait que, plus le corps est investi par les technologies visuelles moins il y a de zones d'ombre et ainsi plus disparaissent les fantasmes autour de ce même corps ; le corps féminin représenté à l'écran est un corps construit par et en fonction de l'imaginaire médical. En effet car, la pratique médicale dans sa tentative de bicatégorisation par le sexe se heurte à l'impossibilité de dégager des catégories exclusives, souligne Löwy (2006). Ces images sont d'autant plus sexualisées qu'ainsi offertes en spectacle à la vue de tous, elles soulèvent une variété de questionnements éthiques.

### **Images, discours fragmentés et subjectivation**

Les quelques éléments d'examen du champ des technologies de l'imagerie, que nous avons décrit, permettent d'articuler une réflexion sur les enjeux médicaux relativement à l'automatisation et à la standardisation des images désormais coupées de l'interprétation du regard que pose une certaine médecine sur le corps genré. Mais plus fondamentalement encore il faudra parvenir à interpréter le bouleversement identitaire qui se profile désormais sur la scène clinique. Que signifie, par exemple, pour une femme enceinte de «voir», à l'aide d'une échographie, les traits de l'enfant à naître et surtout comment se transige, chez elle, le rapport entre la réalité, la virtualité et les manipulations artificielles en imagerie médicale? De nombreuses questions se posent ici, dont celle de savoir si le fait de travailler sur une représentation du

sujet (opérationnalisée) ne creuse pas la distance entre le médecin et la patiente. Plus fondamentalement encore, dans la production et l'interprétation des images (signes iconiques), comment se transige le rapport à la virtualité? Outre une littérature généralement consacrée à l'évaluation et à l'implantation de ces nouvelles technologies, seuls quelques ouvrages féministes critiques ont été consacrés à la culture numérique relativement à la conception qu'elles attribuent au genre (Cartwright 1998; Dijk 2005). D'autant qu'il n'existe pas de véritable sémiologie médicale pour s'y appuyer. On peut même se demander si l'essor d'une interprétation critique ou encore le peu d'intérêt manifesté pour les dimensions interprétatives non exclusivement cliniques tiendraient à l'absence d'une telle sémiologie? Selon nous, l'absence d'une véritable sémiologie médicale tient à deux facteurs : l'instrumentalisation des interprétations guidées par l'efficacité de la pratique et, particulièrement en médecine, la promotion d'un discours d'innocuité et de liberté. Le deuxième facteur, porte sur l'inexistence d'une véritable sémiologie médicale dont le cadre conceptuel reposerait sur une théorie des signes (et non symptômes) identifiée et éprouvée. Celle-ci ne devrait d'ailleurs pas se clore sur la nomenclature d'une symptomatologie, mais sur l'intégration des composantes à l'œuvre dans toute la chaîne de production et de réception des images-icônes-signes; ce que redoute de prendre en charge une médecine axée sur le corps des femmes conçu strictement au plan biologique et non en tant qu'espace, lieu d'une pluralité de sens possibles et d'expression.

La différence entre l'image réelle et l'image virtuelle d'ailleurs s'explique certainement en partie, du point de vue du signe. L'image réelle renvoie à une «logique dénotative», tandis que l'image virtuelle doit compter sur la maîtrise d'une médiation technique abolissant la nécessité d'un tel recours. Autant le virtuel que le réel traduisent une expérience «empirique»; cependant, dans le cas du virtuel, l'expérience «empirique» se trouve, en quelque sorte,

«différée». Ne retrouvons-nous pas d'ailleurs, inscrit dans la logique du virtuel, les rudiments même de cet écart que nous soulignons dans la pratique?

Fantasme du clonage, d'une image reproduite à volonté, cette déconsolidation des topiques traditionnelles du signe dans la prise en charge de la virtualité semble d'ailleurs être le prix pour produire un «original» à l'infini. Aussi, le pouvoir replicateur de l'image numérique devient le symptôme de cet idéal d'autonomie où la technique devient non seulement productrice d'iconographie, mais icône elle-même, c'est-à-dire un «symptôme» qui se désigne comme «signe», si ce n'est comme «la» langue d'un discours du seul fait de pouvoir répliquer, sans ponctuation et sans voix, les images à l'infini. Dans cette perspective, la patiente importe moins que les images produites par ces technologies, lesquelles donnent à penser qu'elles créent de nouvelles conceptions du corps alors qu'elles consolident souvent des perceptions fortement éculées au contenu aussi discutabile qu'élémentaire et fragmentaire. Ces représentations, ces images, ces imitations par imagerie révèlent de manière cinglante le procès de désobjectivation que nous évoquons plus haut non seulement afin de souligner une entreprise s'érigeant contre la mouvance, voire la plasticité des discours et les modes d'ancrages de la subjectivité, mais la faillite de la relation patiente/médecin au profit d'un corps substituée, «cloné» sur fibre optique, conçu pour n'offrir aucune résistance aux ambitions pour lesquelles il est neutralisé. Comment peut-il en être autrement si la représentation standardisée, telle que nous l'avons énoncée plus haut, tend à prendre la place et la forme de la relation thérapeutique? Si l'image vaut mille mots, encore faut-il préciser que, du moins dans le cadre de la scène clinique, ces images tendent de plus en plus à éradiquer la parole, celle du praticien aussi bien que celle de la patiente. Se trouve en jeu alors, à ce qu'il nous semble, la «résonance» d'un conflit entre les performances techniques et les imaginaires collectifs. La «parole du regard»



serait-elle devenue si efficace et surtout fascinante qu'elle aurait muselé les ambitions des voix (phonè) produites par les mouvements de la subjectivité? Précisons à nouveau; le regard n'a jamais été neutre pas plus d'ailleurs qu'une langue supportant l'expression d'une conception du discours qui tend à se scléroser, si ce n'est à faire disparaître tout discours qui ne se range pas à cet état de fait. Si le regard participe du fantasme, il ne peut à lui seul constituer le réceptacle stoïque d'une vérité «olympienne» où un sujet, affirmerait laconiquement la phénoménologie existentielle, échapperait aux conditions de son «habiter au monde». Ainsi, les technologies de visualisation supportent une tendance - présentée comme inéluctable, voire comme destination naturelle - aux technologies de virtualisation du corps. Et en tant qu'elles sont le produit socialement accepté d'un positionnement sur le corps, leur neutralité désigne bien moins le corps (ou les conceptions qu'on y propose) que la structure d'intervention sur celui-ci, dont l'automatisation des diagnostics nous apparaît être un des symptômes les plus manifestes. Ces technologies de l'imagerie ne sont donc pas neutres.

Cette médecine qui, par ses pouvoirs et ses technologies, artificialise et virtualise toujours davantage le corps des femmes, n'est-elle pas en train d'atteindre ses limites, lesquelles devraient plutôt tenir aux développements de thérapeutiques qui ne semblent pas répondre de manière adéquate aux problèmes actuels, pourtant criants, de la santé publique? Depuis plusieurs années, la médecine préventive utilise l'imagerie médicale (mammographie, laparoscopie, coelioscopie) pour diagnostiquer la présence ou le développement de cancers (Clarke et Casper 1996). Le recours à ces images aurait dû, en principe, permettre de réduire le recours à des solutions chirurgicales invasives, sinon de réduire le nombre de mortalités découlant de la plupart des cancers, ici féminins. Or, la croissance de ces cancers féminins ne s'en trouve pas réduite pour autant et les chirurgies invasives sont toujours parmi les plus couramment utilisées.

## Conclusion

Nous avons, par ce court texte, tenté de montrer combien les images en médecine tendent de plus en plus à redéfinir notre rapport au savoir et à renforcer le préjugé selon lequel elles s'avèrent un, sinon le témoin, de notre rapport au corps. Elles arrivent ainsi à s'ériger, voir même à se donner la caution d'un consensus qui renforce l'idée d'une certaine «objectivité». Après tout, l'image est un instantané du réel et surtout, elle nous dispense des équivoques possibles des mille mots qu'elles finissent par remplacer ou même à faire oublier. En ce sens, l'image s'érige non seulement aujourd'hui en véritable culte mais - et le passage de l'image à l'imagerie n'en est qu'un symptôme - s'impose de manière «hégémonique» sur la représentation du corps des femmes. En effet, les images ne sont pas que les témoins réalistes, impassibles et purement référentiels des «propositions» qu'elles représentent, mais elles nous renseignent plutôt, précieux indicateurs de nos comportements, sur la manière de mettre en scène des discours.

L'impact du visuel s'est d'autant plus imposé, avec la culture du numérique (et même virtuelle...), que l'image semble correspondre aussi à une nouvelle dynamique non étrangère à l'illusion d'autonomie que confèrent les nouvelles possibilités de leur manipulation. En effet, en devenant «interactive», l'image ne vise plus tant à raconter une «histoire» qu'à fournir un point d'ancrage à l'expression de ce que l'on veut en faire... Non seulement la multiplication des images a eu pour effet de leur faire perdre leur pouvoir de définition, mais la possibilité d'y reconnaître quelque chose, sinon de s'y reconnaître, s'en retrouve parfois réduit à se satisfaire de l'altération des corps dont elle devrait pourtant être garante de l'intégrité.

## Bibliographie

Abraham, Carolyn. «First Peek at Fetus is No Longer a Blur», *Globe and Mail* (August 13, 2002) : A-1. [www.globeandmail.com/servlet/ArticleNews/printarticle/gam/20020813/UPICSN](http://www.globeandmail.com/servlet/ArticleNews/printarticle/gam/20020813/UPICSN)

- Bakhtine, Mikhaïl. *Esthétique et théorie du roman*. Paris: Gallimard, 1975.
- Benoit, Monique et Jean Dragon. «La Nouvelle Subjectivité et Les Technologies De L'information,» *Horizon Philosophique* 11.2 (2001): 130-40.
- Cartwright, Lisa. «A Cultural Anatomy of the Visible Human Project», *The Visible Woman. Imaging, Technologies, Gender, and Science*, Paula A. Treichler, Lisa Cartwright and Constance Penley, eds. N.Y. et London, N.Y: University Press, 1998, pp. 21-43.
- Clarke, Adele. «Emergence of the Reproduction Research Enterprise: A Sociology of Biological, Medical and Agricultural Science in the United States: 1910-1940», Thèse de doctorat, San Francisco, University of California, 1985.
- \_\_\_\_\_. «The Traffic in Cyberanatomies : Sex / Gender / Sexualities in Local and Global Formations,» *Body and Society*, 7.1 (2001): 57-96.
- \_\_\_\_\_ et Monica Casper. «From Simple Technique to Complex System: Classification of Pap Smears, 1917-1990,» *Medical Anthropology Quarterly, Special Issue on Medical Technologies*, Monica Casper and Barbara Koenig, eds. 10.4 (1996): 601-23.
- Collin, Françoise. «Déconstruction/destruction Des Rapports De Sexes,» *Revue sens critique*, 2002. [www.sens-public.org/rubrique.php?id\\_rubrique=58](http://www.sens-public.org/rubrique.php?id_rubrique=58), consulté en mai 2006.
- Corea, Gena. *Man-made Women: How New Reproduction Affect Women*. London: Hutchinson, 1985, p. 109.
- Dharia, Sejal P. et Tommaso Falcone. «Robotics in Reproductive Medicine,» *Fertility and Sterility* 84.1 (2005):1-11.
- Dijk, José Van. *The Transparent Body: A Cultural Analysis of Medical Imaging*. Seattle: University of Washington Press, 2005, p. 193.
- Dragon, Jean. «Le Voir du Voir Ou La Déliaison du Sujet Dans Le Regard Pornographique», *ETC.* Montréal, #56 (2001): 33-36.
- Erllich, Michel. *Les Mutilations Sexuelles*. Paris: PUF, 1991.
- Fassin, Didier et Dominique Memmi. *Le Gouvernement Des Corps*. Paris: Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales, 2004, p. 269.
- Foucault, Michel. *Naissance de la clinique*. Paris: PUF, 1963.
- \_\_\_\_\_. *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris: Gallimard, 1976.
- Gavarini, Laurence. «Réflexions Dans Un Miroir» (L'éthique Corps et Âme), *Autrement*, 93 (1986): 106-16.
- Guillebaud, Jean-Claude. *Le Principe D'humanité*. Paris: Seuil, 2001.
- Hurtig, Marie-Claude, Michèle Kail et Hélène Rouch. *Sexe et Genre. De La Hiérarchie Entre Les Sexes*. Paris: CNRS, 2002, p. 286.
- Kraus, Cynthia. «La Bicatégorisation du Sexe À L'épreuve De La Science,» *L'invention du Naturel : Les Sciences et La Fabrication du Féminin et du Masculin*, Delphine Gardey et Ilana Löwy (sous la direction de) Éd. des archives contemporaines. Paris, 2000, p. 187-213.
- Laqueur, Thomas. *La Fabrique du Sexe, Essai Sur Le Corps et Le Genre En Occident*. Paris: Gallimard, Paris, 1992.
- Le Breton, David. *Anthropologie du Corps et Modernité*. Paris: PUF, 1990.
- Löwy, Ilana. *L'emprise du genre: Masculin, féminin inégalité*. Paris: La Dispute dans la série Le genre du monde, 2006, p. 277.

- Martin, Emily. «The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles,» *Signs* 16.3 (1987a): 485-501.
- \_\_\_\_\_. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press, 1987b.
- McKie, L. «The Art of Surveillance or Reasonable Prevention?,» *Sociological Health and Illness* 17 (1995): 441-57.
- Memmi, Dominique. *Les Gardiens du Corps. Dix Ans De Magistère Bioéthique*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Phénoménologie De La Perception*. Paris: Gallimard, 1945.
- Oudshoorn, Nelly. «Au sujet des corps, des techniques et des féminismes,» *L'invention du naturel: Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Delphine Gardey et Ilana Löwy. Paris: Éditions des archives contemporaines, 2000, pp. 31-44.
- Peyre, Évelyne et Joëlle Wiels. «Le Sexe Biologique et Sa Relation Au Sexe Social,» *Les Temps Modernes*, 593 (1997): 14-48.
- Rail, Geneviève. «Éléments De Réflexion Sur La Santé et La Colonisation du Corps Féminin,» *Actes du Colloque Santé D'elles*. Ontario: Éditions Prise de parole, 2006.
- Saillant, Francine. «Le Mouvement Des Femmes, La Transformation Des Systèmes De Santé et L'enjeu Des Savoirs,» *Transformations Sociales, Genre et Santé. Perspectives Critiques et Comparatives*. Québec/Paris: PUL/L'Harmattan, 2003, pp. 263-81.
- Sicard, Monique. *La Fabrique du Regard (15ème-20ème Siècle): Images De Science et Appareils De Vision*. Bruxelles: Odile Jacob, 1998.
- Sissa, Giulia. «Philosophies du Genre: Platon, Aristote et La Différence Des Sexes,» *Histoire Des Femmes*, Tome 1 (L'Antiquité). Paris: Plon, 1990, pp. 65-102.
- Skrabanek, Peth. *La Fin De La Médecine À Visage Humain*. Paris: Odile Jacob, 1995.
- Testart, Jacques. *L'œuf Transparent*. Paris: Flammarion, 1986.
- Thacker, Eugene. «Performing the Technoscientific Body : Real Video Surgery and the Anatomy Theater,» *Body and Society* 5.2 (1999): 317-36.
- Tjora, Aksel Hn. «Medicalisation as Technologically Driven», paper presented at the conference Health in Transition: European Perspectives, University of York, 2000.
- Turner, Bryan S. *The Body et Society* (second ed.). London: Sage Pub., 1983.
- Villedieu, Yanick. «Les Grands Pas De La Médecine, L'imagerie Médicale,» *L'Actualité* 6.27 (2002): p. 26.