UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

ÉCOLE DOCTORALE 519 Sciences humaines et sociales perspectives européennes

UMR 7367 Dynamiques Européennes

THÈSE

présentée par :

Eva CARPIGO

soutenue le : **29 Mars 2021**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Anthropologie

LES MAÎTRES DU PARAÎTRE

Anthropologie des chirurgiens esthétiques entre France et Mexique

THÈSE dirigée par :
[Pr. LE BRETON David] Professeur de sociologie et d'anthropologie, Université de Strasbourg (France)

RAPPORTEURS :
[Mme POUCHELLE Marie Christine] Directeur de recherches, CNRS, Institut Interdisciplinaire d'Anthropologie du Contemporain (IIAC), EHESS (France)
[M. GHASARIAN Christian] Professeur ordinaire d'anthropologie, l'Université de Neuchâtel (Suisse)

AUTRES MEMBRES DU JURY :
[Mme MUÑIZ Elsa] Professeur en anthropologie et études de la femme, Universidad Autónoma Metropolitana (Mexico, Mexique)
[M. LAPLANTINE François] Professeur émérite d'anthropologie, Université de Lyon (France)

Direction de la **recherche**
et de la **valorisation**
Collège **doctoral**
Université de Strasbourg

Déclaration sur l'honneur
Declaration of Honour

J'affirme être informé que le plagiat est une faute grave susceptible de mener à des sanctions administratives et disciplinaires pouvant aller jusqu'au renvoi de l'Université de Strasbourg et passible de poursuites devant les tribunaux de la République Française.

Je suis conscient(e) que l'absence de citation claire et transparente d'une source empruntée à un tiers (texte, idée, raisonnement ou autre création) est constitutive de plagiat.

Au vu de ce qui précède, **j'atteste sur l'honneur que le travail décrit dans mon manuscrit de thèse est un travail original et que je n'ai pas eu recours au plagiat ou à toute autre forme de fraude.**

I affirm that I am aware that plagiarism is a serious misconduct that may lead to administrative and disciplinary sanctions up to dismissal from the University of Strasbourg and liable to prosecution in the courts of the French Republic.

I am aware that the absence of a clear and transparent citation of a source borrowed from a third party (text, idea, reasoning or other creation) is constitutive of plagiarism.

In view of the foregoing, ***I hereby certify that the work described in my thesis manuscript is original work and that I have not resorted to plagiarism or any other form of fraud.***

Nom : Carpigo Prénom : Eva

Ecole doctorale : ED 519 Sciences humaines et sociales perspectives européennes

Laboratoire : Dynamiques Européennes

Date : 27/6/2021

Remerciements

La réalisation de cette thèse a été rendue possible grâce au concours de nombreuses personnes auxquelles je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Cette recherche n'aurait pu être menée sans l'accueil ouvert et bienveillant que j'ai reçu, sur le terrain, de la part des interlocuteurs que j'ai voulu rencontrer. Je remercie vivement les chirurgiens esthétiques, leurs collaborateurs, les patients qui m'ont accordé du temps, donné accès à leurs espaces de travail, parlé de leurs expériences et de leurs vécus.

À mes directeurs de thèse, David Le Breton et Elsa Muñiz qui, tout au long de la préparation de ce doctorat, m'ont guidée, conseillée, accompagnée avec beaucoup de patience, j'exprime ma profonde reconnaissance.

Je remercie infiniment les relecteurs de ce manuscrit, tout particulièrement Danielle Haug (réseau de relecture solidaire de thèses - 2RST) et David Le Breton pour leurs remarques constructives et les reformulations très pertinentes qu'ils ont apportées à la rédaction de ma thèse, ainsi que Christophe Humbert, Loreley Franchina, Valentine Gourinat, Virginie Le Corre, Eliane Eock, Vanessa Loup Blondet, Katia-Myriam Borth, Rachel Perrel, Laure Goldberg, Mylène Contival, Susana Alvarez del Castillo Gonzalez, Berenice González Silva, Solveig Acuña, Melody Moon Lepore et Sergio de la Rosa.

Merci aussi à Nicoletta Diasio, Yannick Le Hénaff, Patrick Tenoudji, Jérôme Beauchez et Marie Christine Pouchelle qui ont lu et commenté mon travail lors des derniers comités de suivi de thèse.

Je voudrais également remercier les collègues avec lesquels j'ai pu co-organiser des rencontres scientifiques : Rachel Perrel (*séminaire doctorants*), Valentine Gourinat, Najoua Kefi, Barbara Duarte (colloque *Corps meurtris, beaux et subversifs*), Marion Braizaz, Camille Couvry (séminaire *Corps et Beauté*). Ainsi que David Le Breton (séminaire *Corps*), Elsa Muñiz (collectif *Cuerpos en red*), Denis Monnerie et Agnès Clerc-Renaud (*séminaires d'analyse des matériaux ethnographiques*). Toutes ces expériences ont fortement nourri mon parcours de formation à la recherche, inspiré la réflexion sur les pratiques de modification du corps et montré l'importance de l'entraide et du partage entre collègues.

Je remercie aussi le Centre d'études mexicaines et centraméricaines (CEMCA), en particulier à Françoise Lestage, pour l'attribution de la bourse de recherche qui m'a permis de réaliser mon travail de terrain au Mexique, durant l'année 2016-2017.

À toutes ces personnes, j'exprime mes remerciements et ma profonde gratitude.

Table des matières

Remerciements ***3***

Introduction ***10***

MOTIVATIONS DE LA RECHERCHE 10

DÉFINITION D'UNE PROBLÉMATIQUE 12

PLAN DU MANUSCRIT 15

Première partie TRAVAIL DE RECHERCHE ***20***

CONTEXTE DE L'ÉTUDE 20

POURQUOI LA FRANCE ET LE MEXIQUE ? UNE APPROCHE MULTISITUÉE ET NON CULTURALISTE 21

1.1 MÉTHODOLOGIE **24**

PARCOURS D'ITÉRATION DANS UN TERRAIN MULTISITUÉ 24

DÉCOUVERTE DE RÉSEAUX MÉDICAUX 28

DIFFICULTÉS DE L'ÉTUDE 29

RENCONTRE AVEC LES PATIENTS ET LES COLLABORATEURS DES CHIRURGIENS 30

OBSERVATION « ACTIVE » 31

GUIDE D'ENTRETIEN ET OUTILS DE TERRAIN 33

RÉFLEXIVITÉ 35

1.2 HISTOIRE DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE **38**

INSTITUTIONNALISATION DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE 42

RÉSUMÉ 44

1.3 LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE : PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE OU D'AMÉLIORATION ? .. **46**

BEAUTÉ FONCTIONNELLE : POURQUOI LES HUMAINS ONT-ILS BESOIN D'AMÉLIORER LEUR APPARENCE ? 46

LA BEAUTÉ COMME ASPIRATION À L'ABSOLU 51

BEAUTÉ ET POUVOIR DE SÉDUCTION 53

RÉPARER OU AMÉLIORER ? 54

DÉNI LEGISLATIF DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE 57

RÉSUMÉ 61

1.4 SCANDALES SANITAIRES ET « INTRUS » **65**

SCANDALES SANITAIRES 65

CIRUJANOS PATITO : LES « INTRUS » DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE 72

LA PUBLICITÉ 76
« BONNES » ET « MAUVAISES » PRATIQUES 77
Usurpateurs du territoire médical 78
Ceux qu'opèrent pour l'argent 81
Finesse ou vulgarité des résultats : artisans et artistes 81
RÉSUMÉ 86

1.5 REPRÉSENTATIONS MÉDIATIQUES 90

REPRÉSENTATIONS ARTISTIQUES 91
Savant fou 91
Tortionnaire 93
Complice de crime 94
Mondain 95
Protagoniste de téléréalité 96
LA PAROLE AUX CHIRURGIENS 97
Ouvrages grand public 97
Dénonciation de la moralisation de la chirurgie esthétique 100
Valeur thérapeutique 101
Coûts de la chirurgie esthétique 102
Histoire de la chirurgie esthétique 103
Émissions télévisées 104
Émissions radiophoniques 107
Autobiographies 110
Conférences de sciences humaines et sociales 118
Collaborations éditoriales 120
RÉSUMÉ 123

Deuxième partie LES MAÎTRES DU PARAÎTRE 126

2.1 SOCIOANTHROPOLOGIE DE LA CHIRURGIE 128

REPRÉSENTATIONS ET RITUELS 129
CONTEXTES DE LA CHIRURGIE 132
TECHNIQUE ET TECHNOLOGIES. 134
CHIRURGIE ET MÉTAPHORES GUERRIÈRES 138
VIOLENCE ET CHIRURGIE 140
VERSEMENT DU SANG EN CHIRURGIE 144
ÉTAT DE « FLOW » ET AUTRES MODIFICATIONS DE CONSCIENCE AU BLOC OPÉRATOIRE 146
RÉSUMÉ 149

2.2 CHIRURGIENS ESTHÉTIQUES 152

VOCATION 152
FORMATION HOSPITALIÈRE 160
Circulation des apprentis chirurgiens 162
Apprentissage « brutal » 164
Conjuration des risques opératoires 164
Rites d'initiation en chirurgie 167
L'ÉTHOS CHIRURGICAL 172
Héros viril 172
Caractère froid et détaché 174
GESTE TECHNIQUE : ENTRE ARTISANAT ET ART 177
Le « don » ou le talent 177
RÉSUMÉ 179

2.3 INSTALLATION « EN VILLE » 184

DIMENSION COMMERCIALE ET MANAGÉRIALE 185
AMBIANCES 186
Hôpitaux 187
Cabinets libéraux 189
Bâtiments-cliniques 191
Cabinets partagés 192
« Temples de la beauté » 194
Personnalisation esthétique 200
Bibelots et autres objets apotropaïques 201
CONTEXTE HUMANITAIRE 205
RÉSUMÉ 207

2.4 COLLABORATEURS 211

HUMOUR ET RELATIONS DE PLAISANTERIE 212
L'ENVIRONNEMENT HUMAIN 213
Secrétaire 214
« Las asesoras » 216
Infirmières 216
Les apprentis stagiaires 217
Les autres « opérateurs de beauté » 217
Psychologues 218
Tradipraticiens 219

Troisième partie RELATION CHIRURGIEN ESTHÉTIQUE-PATIENT 220

3.1 UNE APPROCHE DE SOIN PARTICULIÈRE 223

MÉDIATEURS DU VISIBLE ET DE L'INVISIBLE 223
L'invisible psychologique 225
L'invisible social 227
LES «CHIRURGIES D'AMOUR» 229
LES GOÛTS DU PRATICIEN 232
REFUSER LES « CANDIDATS PROBLÉMATIQUES » 233
QUAND LES CHIRURGIENS ESTHÉTIQUES SONT DES PATIENTS 237
3.2 PREMIÈRE ÉTAPE : CONSULTATION 240
RENCONTRE 242
DIAGNOSTIC D'OPÉRABILITÉ 243
Examen physique et identification du défaut esthétique 247
Techniques de projection du résultat 247
LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ 250
PRIX, PAYEMENTS ET CADEAUX 251
Efficacité symbolique du payement et cadeaux 252
RÉSUMÉ 255
3.3 DEUXIÈME ÉTAPE : L'INTERVENTION 259
ÉTATS MODIFIÉS DE CONSCIENCE 259
Techniques de suggestion hypnotique à but antalgique 262
REFORMULATIONS MORPHOLOGIQUES 263
RÉSUMÉ 265
3.4 TROISIÈME ÉTAPE : POSTOPÉRATOIRE 267
LA CONVALESCENCE : UNE ÉPREUVE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE 267
Drainages postopératoires et catharsis 271
Pansements postopératoires 272
ÉVOLUTION PHYSIQUE 273
ÉVOLUTION PSYCHIQUE 275
Patients satisfaits 276
Patients accros 277
Patients insatisfaits 281
GESTION DE L'INSATISFACTION DES PATIENTS 283
« GUÉRISON » EN CHIRURGIE ESTHÉTIQUE 286
RÉSUMÉ 287
Quatrième partie THÉRAPEUTES SYMBOLIQUES 292

4.1 L'ANTHROPOLOGIE SYMBOLIQUE : UN OUTIL POUR PENSER L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE EN CHIRURGIE ESTHÉTIQUE 293

DU CORPS AU COSMOS (ET VICE-VERSA) 295

« QUEL TYPE DE SOIN APPORTEZ-VOUS À VOS PATIENTS ? » 301

UNE RECHERCHE D'HARMONIE ET D'ÉQUILIBRE 303

PARADOXES APPARENTS 305

4.2 ANTHROPOPOIÉSIS : LA BEAUTÉ COMME RECHERCHE D'HUMANITÉ 308

Analyses des IEC comme agents d'anthropopoiésis 309

Chirurgiens esthétiques comme artisans et bricoleurs 313

UN POUVOIR AMBIVALENT : FAIRE ET DÉFAIRE HUMANITÉ 315

Le sentiment de ratage comme défiguration 316

Chirurgiens esthétiques en magiciens 320

Quand le chirurgien esthétique abuse de son pouvoir 323

4.3 SPIRITUALITÉ ET MORALE RELIGIEUSE 327

UN LAÏC AVEC LA FOI, LE DR LEVALLOIS 329

BIOMÉDECINE ET VAUDOU, LE DR SINGER 331

CHRISTIANISME ET MÉTAPHYSIQUE, LE DR GARCIA 332

LA FRANC-MAÇONNERIE, LE DR PEREZ 333

LE CHAMANISME PÉRUVIEN, LE DR BUENAVENTURA 335

4.4 DE LA CRISE DE LA PRÉSENCE À LA "CRISE DE L'APPARENCE" 336

RÉSUMÉ 342

Conclusion 345

Ouverture 357

Bibliographie 359

PUBLICATIONS NON ACADÉMIQUES 373

ÉMISSIONS RADIOPHONIQUES 378

FILMOGRAPHIE ET ÉMISSIONS TÉLÉVISÉES 378

Annexe 1 Tableau des praticiens 380

Annexe 2 Tableau des patients 383

Annexe 3 Glossaire des interventions 384

Annexe 4 Descriptions ethnographiques de cabinets et bâtiments-clinique 386

Annexe 5 Prothèses PIP : chronique d'un scandale 394

Annexe 6 Prothèses macrotexturées : un énième scandale sanitaire..... 396

Annexe 7 Photographies de terrain..... 397

Introduction

Ce travail est le fruit d'une recherche que je mène depuis plusieurs années sur la chirurgie esthétique et plus particulièrement sur les chirurgiens exerçant cette spécialité. Lors de ce chapitre introductif, j'évoquerai tout d'abord les motivations qui m'ont amenée à centrer mon attention d'ethnologue sur ce thème. Ensuite, je présenterai l'évolution de cette problématique tout au long de mon parcours universitaire jusqu'à la définition du sujet choisi pour cette thèse de doctorat. J'expliquerai ensuite les raisons du choix d'un terrain multisitué entre la France et le Mexique. Dans la partie méthodologique, je justifierai le choix qualitatif et inductif de l'approche d'analyse. Par la suite, je présenterai le contexte large du terrain, à savoir les réseaux médicaux auprès des praticiens que j'ai fréquentés en France et au Mexique. À cela suivra une explication de mon implication sur le terrain, des outils sollicités pour la recherche ethnographique et une précision sur l'anonymisation des interlocuteurs.

MOTIVATIONS DE LA RECHERCHE

À l'âge de dix-sept ans, entre 2003 et 2004, j'ai vécu en Équateur, dans le cadre d'un séjour d'études organisé par l'association *American Field Service*. Dans la ville de Cuenca, ville des Andes de 500 000 habitants, j'ai pu m'immerger totalement dans la culture autochtone. Hébergée par une famille équatorienne avec laquelle j'ai instauré un fort lien d'affection, j'ai suivi les cours dans un lycée public.

Je me rappellerai toujours mon arrivée dans la famille d'accueil équatorienne, quand la porte me fut ouverte par une personne dont la tête était complètement bandée, les yeux gonflés, à peine perceptibles derrière plâtres et pansements, c'était Carla[1]–ma « sœur » d'accueil qui me souhaitait la bienvenue. J'ai compris ensuite que cette jeune fille, adolescente comme moi à l'époque, était tout fraîchement opérée d'une « profiloplastie », c'est-à-dire que son profil facial avait été remodelé par rhinoplastie (modification du nez) et par génioplastie (modification du menton). La surprise fut encore plus grande quand je découvris que Simona, la mère de Carla, avait subi la même intervention, des années auparavant. Quelques mois plus

1 Tous les noms sont anonymisés, utilisant un nom assonant de la même nationalité d'origine de l'interlocuteur.

tard, Pablo, le frère de Carla (qui habitait à Quito, capitale de l'Équateur) nous rejoignait à Cuenca afin de subir la même intervention. Assister aux convalescences postopératoires de Carla et de Pablo m'a profondément marquée. J'ai rapidement appris à reconnaître, en me promenant dans les rues de Cuenca, les signes qui indiquaient le recours à une rhinoplastie : le port d'un petit pansement sur le nez, associé à une casquette pour se protéger du soleil durant la période postopératoire. Je découvris aussi que les jeunes ayant recours à la chirurgie esthétique étaient assez nombreux.

Un jour, j'ai demandé à Carla de me montrer ses vieilles photos. Elle m'a répondu qu'elle n'en avait plus aucune : « Tout a été jeté... je n'aime pas voir mon nez d'avant ». Elle me confia alors que son nez aquilin était pour elle une marque familiale qui témoignait de ses origines « indigènes ». Au fur et à mesure, j'appris qu'en Équateur, des traits physiques comme la peau foncée ou le nez aquilin étaient stigmatisants, car associés au statut d' *indio* (ou « indigène »). Le mot *indio*, utilisé comme une insulte par les Équatoriens, était synonyme de pauvre, paysan, laid, sale, ignorant, marginal, bête. Mon imaginaire ethnocentrique venait de subir un grand choc. Perçu au travers des clichés véhiculés notamment par des films, l'amérindien représentait pour moi une beauté idéalisée, certes « exotique », mais que je ne considérais nullement comme inférieure ou méprisable. J'étais persuadée que les Équatoriens étaient fiers de leurs origines indigènes et des vestiges de leur civilisation passée, mais j'ai rapidement constaté le contraire.

J'étais ainsi confrontée à une des conséquences dramatiques de la colonisation. La chirurgie esthétique me semblait exprimer une « haine de soi », de là est née profonde réflexion. Je trouvais cela triste et injuste, car je voyais un peuple autochtone se plier aux standards esthétiques « occidentaux », dans une forme de néo-colonialisme qui me paraissait aberrante. À cette époque, le taux d'émigration des Équatoriens vers le « premier monde » (États-Unis, Espagne, Italie) était très élevé. J'ai alors conclu que le mouvement d'émigration et la chirurgie esthétique fonctionnaient comme phénomènes « d'éloignement des origines ». Ce mépris d'eux-mêmes reflétait certainement le mépris que les colons portaient à l'égard de populations indigènes, considérées comme « sauvages » et « in-civilisées ».

Pourtant la chirurgie esthétique entraînait, notamment chez mes deux frères et sœur d'accueil, une certaine joie de vivre, une ouverture au monde et un gain de confiance assez extraordinaire. Étonnamment et de façon radicale, la chirurgie esthétique paraissait mettre fin au sentiment d'infériorité, au poids des discriminations, à l'image de saleté associée à l'apparence des *indios* (indiens). Par l'effacement de leurs traits indigènes, ces personnes

s'engageaient dans une démarche de renaissance : un « nouveau corps » pour avoir une « nouvelle chance ». Changer de nez revenait à se libérer d'un stigmate lié à une apparence trop typée, visuellement insupportable. Ce processus d'acculturation était fortement ancré dans les groupes métis qui occupaient les positions plus élevées socialement. Pour ces derniers la chirurgie esthétique représentait l'opportunité de désincorporer symboliquement ce qui leur restait de « sauvage », à savoir principalement le nez aquilin.[2]

Un autre élément m'interpellait particulièrement, Simona, la mère de la famille d'accueil, qui avait aussi eu recours des années auparavant à une plastie du nez, était présidente de la plus importante association féministe militante de la ville de Cuenca. Pourquoi cette femme instruite, cultivée, engagée, avait-elle eu recours à la chirurgie esthétique ? Mes représentations autour du féminisme et de la chirurgie esthétique me mettaient face à un paradoxe que je ne réussissais pas à démêler. J'ai donc quitté l'Équateur avec de lourds questionnements qui m'ont poussée, quelques années plus tard, à choisir l'anthropologie comme cursus universitaire et la chirurgie esthétique comme sujet principal de recherche.

DÉFINITION D'UNE PROBLÉMATIQUE

Cette recherche doctorale s'appuie sur les travaux menés précédemment en licence et en master dans le domaine de l'anthropologie sociale et culturelle. La question initiale que je m'étais posée concernait les motivations d'un recours à la chirurgie esthétique. Le public ciblé initialement était principalement composé de patients de la chirurgie esthétique. Pouvait-on établir des représentations communes ? Le terrain m'a montré que tous les patients rencontrés affichaient une motivation différente et une histoire personnelle particulière. J'ai donc commencé par observer s'il y avait un itinéraire commun dans le processus de changement en chirurgie esthétique. Effectivement, cet itinéraire suivait une structure récurrente en trois étapes : préopératoire, opératoire et postopératoire (étapes qui seront reprises et analysées plus en profondeur dans la troisième partie de ce travail de thèse). J'ai donc décrit ces étapes, mettant en évidence le caractère rituel de ce parcours de changement d'apparence.[3] Comme nous le verrons, le rapprochement avec la structure des rites de passage décrits par Van Gennep (2011) est explicite.

---

2 La pratique de l'éclaircissement de la peau par le biais de protection solaires ou crèmes était également très ancrée.

3 Dans ce travail de thèse je me réfère à la « prise en charge » médicale comme une « prise en soin », expression que je trouve plus élégante et appropriée pour le contexte médical.

Une autre caractéristique apparaissait fréquemment. À ma grande surprise, les patients rencontrés associaient tous la chirurgie esthétique à une pratique de bien-être. L'amélioration morphologique était vécue comme un processus thérapeutique. J'étais donc contrainte à choisir les outils de l'anthropologie médicale pour comprendre le sens *émique* de cette pratique et la valeur thérapeutique des pratiques esthétiques. À cette époque je n'avais pas encore trouvé une référence théorique qui puisse m'aider à comprendre ce phénomène dans ces termes. De fait, les recherches de mes prédécesseurs et contemporains s'orientaient plutôt vers une démonstration de la chirurgie esthétique comme pratique de soumission à des normes, comme forme de coquetterie, de narcissisme, ou liée à la dysmorphophobie.[4]

Dans le travail de master 2 je me suis donc concentrée sur l'exploration de la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique. J'ai ébauché l'analyse qui portait sur la reconnaissance d'une efficacité thérapeutique symbolique en chirurgie esthétique. Ce paradigme me permettait de comprendre certaines représentations comme celles liées aux « chirurgies d'amour »[5] ou aux défauts esthétiques comme des « marques familiales ». Il serait d'extrême intérêt de poursuivre la recherche dans ce sens, par exemple sollicitant les concepts de l'ethnopsychiatrie, suivant Tobie Nathan (2001, 2012).[6] Néanmoins, je n'ai pas poursuivi cette piste de recherche en doctorat, car elle demandait une grande préparation en amont, des financements, et surtout l'établissement d'un accord avec un ou plusieurs praticiens, qui auraient dû consentir à l'ethnologue de pouvoir contacter et suivre sur le long terme leurs patients et être présente de manière constante dans les consultations, accord très difficile à obtenir dans le cadre de la chirurgie esthétique libérale.[7]

Néanmoins, suite à mon travail de master 2, j'avais aussi conclu que le chirurgien esthétique lui-même, sa présence, sa manière de travailler, ses paroles, ses gestes mais aussi ses collaborateurs et l'ambiance dans laquelle il travaille, constituaient des facteurs incisifs pour la vérification d'une efficacité thérapeutique en chirurgie esthétique. Ce résultat m'a

---

4 Appelée en anglais « Body Dysmorphic Disorder », la dysmorphophobie indiquerait une pathologie psychiatrique : « Angoisse immotivée liée à l'exagération d'un défaut d'apparence physique ou d'un simple caractère individuel considéré comme un défaut par le patient » Source : <https://www.cnrtl.fr/definition/dysmorphophobie> consulté le 1/2/2021.

5 Je me réfère aux représentations qu'ont certains patients de la chirurgie esthétique comme une « magie d'amour » autrement dit comme un moyen de devenir plus attractifs et ainsi acquérir du pouvoir de séduction. J'ébaucherai ce concept dans le chapitres 3.1.

6 Dans « Médecins et », Tobie Nathan affirme que : "Les maladies ne font pas que classer des personnes ; elles dessinent aussi des généalogies" (2012, 209).

7 Par pratique libérale j'entends la pratique de la médecine privée, exercée en ville, hors du cadre hospitalier.

orientée tout naturellement vers l'étude doctorale des chirurgiens esthétiques en tant que figures thérapeutiques. D'ailleurs, cela était un objet d'étude peu exploré en sciences humaines et sociales et moins encore en anthropologie.[8]

Ce travail doctoral explore donc la figure du chirurgien esthétique en tant que « maître du paraître », autrement dit un chirurgien qui se dédie à l'harmonisation morphologique afin d'endiguer une souffrance chez ses patients. Cette figure médicale est complexe, pour plusieurs raisons. Tout d'abord il faut rappeler qu'il revêt une double casquette, car il est à la fois médecin et opérateur de beauté.[9]

À l'instar de tout chirurgien et biomédecin,[10] sa fonction est exorcistique, car il vise à enlever, extirper l'élément pathologique du corps du patient par une intervention chirurgicale.[11] En même temps, il doit faire preuve d'une sensibilité artistique pour produire du « beau » dans la démarche de reformulation physique. D'ailleurs, sa sensibilité particulière ne se borne pas à l'art de sculpter les morphologies organiques, mais s'élargit aussi à l'approche psychologique de la demande du candidat[12] à la chirurgie.

Tout au long de ce travail, nous saisirons les spécificités de ce médecin *sui generis*, lequel, bien qu'il soit socialisé dans le milieu hospitalier et biomédical, adopte une approche thérapeutique radicalement différente d'un chirurgien « classique ». De fait, le chirurgien esthétique se propose de soigner l'« esprit » par une intervention sur le corps, accompagnant le sujet dans une démarche de reformulation d'un ordre de sens et avec, d'un sentiment de soulagement, voire de « guérison ». En ce sens, le chirurgien esthétique transgresse la logique « mécaniciste » inhérente à la chirurgie « classique » pour embrasser une vision plus holiste de l'humain. L'efficacité thérapeutique symbolique qui se joue dans cette spécialité, se structure dans un schéma triparti qu'unit l'apparence, la psyché et les relations sociales du patient. Ces praticiens apprennent à connaître et maîtriser ces liens symboliques grâce à l'expérience et à l'observation clinique.

---

8 Les deux principales références sont les travaux du sociologue Yannick Le Hénaff en France (2008, 2010, 2011, 2013, 2015, 2017, 2019) et de l'anthropologue Alexander Edmonds au Brésil (2009, 2010).

9 Par opérateur de beauté j'entends tout professionnel ou non professionnel, reconnu comme expert dans le domaine de la mise en beauté du corps.

10 Lorsque j'utilise le mot « biomédecin » j'entends un médecin formé dans le cadre hospitalier, dans le paradigme de la biomédecine, à savoir la médecine qui s'intéresse à l'analyse des thérapeutiques adressées au corps, suivant les paradigmes biologiques et physiologiques. Elle a été analysée dans ces termes par d'autres anthropologues (Lock et Nguyen, 2010).

11 Comme le souligne François Laplantine, dans le monde biomédical « le soignant est un combattant engageant une véritable guerre contre la maladie qu'il cherche à extraire du corps du patient » (Laplantine, 1992, 209)

12 Le patient de la chirurgie esthétique n'acquière le rôle de patient que suite à une intervention. Jusqu'à l'opération il revêt le rôle de candidat à une chirurgie, il peut être écarté par le praticien et il peut également se désengager.

La figure du chirurgien esthétique est néanmoins ambiguë. De fait, son pouvoir *anthropopoiétique* de « faire » ou de façonner l'humanité (Remotti, 2018) peut se révéler néfaste si les conditions rituelles ne sont pas respectées. Dans ce cas, elle génère un sentiment d'enfermement de « défiguration » ou de « ratage ». Si tous les praticiens affirment que l'investissement dans le dialogue préopératoire est fondamental pour favoriser une réussite thérapeutique, chaque praticien trouve ses formules, ses rituels, ses gestes propitiatoires pour que l'intervention aboutisse à la satisfaction du patient, et donc à un sentiment de soulagement assimilable à une « guérison ».

Au niveau corporatif, la création de sociétés savantes permet d'uniformiser les pratiques et les formations. Ce processus s'accompagne de la mise en place de mesures punitives pour les « intrus » ou les « charlatans » de la chirurgie esthétique. Surgit alors un conflit entre le petit nombre de chirurgiens certifiés appartenant aux sociétés savantes et le grand nombre de praticiens non spécialistes qui s'emparent des techniques de l'esthétique, situation qui s'exacerbe lorsque les institutions étatiques se mêlent de l'affaire et interviennent pour punir *manu militari* les transgresseurs.

PLAN DU MANUSCRIT

Dans la première partie de ce travail j'expliquerai tout d'abord les circonstances qui m'ont permis de développer le terrain ethnographique sur deux pays, le Mexique et la France. Ensuite je présenterai mon terrain et la méthodologie de recherche. La brève analyse de l'histoire de la chirurgie esthétique que je propose vise à montrer que, bien que la chirurgie reconstructive se soit légitimée grâce aux deux guerres mondiales, la chirurgie esthétique tarde encore à trouver sa légitimation dans les sociétés urbaines contemporaines.[13] Ce rappel de l'histoire nous permettra de relativiser les débats actuels. De fait, cette opposition à la chirurgie esthétique se configure principalement comme l'héritage d'une tradition morale catholique qui valorise l'investissement sur l'esprit plutôt que sur le corps. Cette réflexion nous permettra de comprendre les critiques émises à l'égard de la chirurgie esthétique à la lumière des débats éthiques actuels autour de l'augmentation de l'humain ou encore de *l'anthropotechnie* (Goffette, 2013). Aujourd'hui, les détracteurs de cette pratique s'y opposent parfois même en devenant militants (ils l'envisagent comme une amélioration esthétique, dont

13 La chirurgie esthétique est une pratique extrêmement médiatisée et polémique. Il n'est pas rare de se confronter à des discussions « pour » ou « contre » le recours à cette pratique, ce qui se traduit dans un débat d'opinion sans fin et souvent stérile.

les bénéfices seraient négligeables au vu des risques qu'elle implique), tandis que les chirurgiens esthétiques se défendent à l'appui des cas cliniques qui mettent en évidence les répercussions thérapeutiques de leur pratique. Néanmoins, au vu du manque de « preuves » tangibles de l'efficacité thérapeutique de la chirurgie esthétique, les législations l'assimilent à un service commercial plutôt qu'à un service thérapeutique, elle est donc imposable de TVA.

L'analyse des scandales sanitaires qui ont investi la chirurgie esthétique (chap. 1.4) et d'autre part celle des représentations médiatiques des chirurgiens esthétiques (chap. 1.5) nous aidera à faire la lumière sur les facteurs contingents qu'ont favorisé l'ancrage des imaginaires négatifs ou stigmatisants autour de la chirurgie esthétique et de ses praticiens. En particulier, le chapitre 1.4 évoque une question qui touche particulièrement le Mexique depuis une dizaine d'années (depuis la signature en 2011 d'une nouvelle loi générale de santé) : il s'agit de la chasse aux *cirujanos patito*, les « intrus », « usurpateurs » ou « charlatans » de la chirurgie esthétique. Cette « lutte » voit l'alliance inédite de l'État mexicain par le biais de l'institution COFEPRIS (*Comision federal para los riesgos sanitario*s) et de l'AMCPER (*Asociacion mexicana de cirugia plastica estetica y reconstructiva*) la principale société savante mexicaine de chirurgie plastique. J'expliquerai les enjeux liés à cette lutte intestine et je préciserai dans quelle mesure cela a impacté le déroulement de mon terrain au Mexique en 2013 et en 2016-2017. Dans le chapitre 1.5 j'analyse les représentations artistiques (cinématographiques, littéraires) des chirurgiens esthétiques. Ces derniers sont souvent peints -et cela depuis le début du XXe siècle- en savant-fous, tortionnaires, tueurs en série, mondains, etc. Ces représentations ont forcément influencé les imaginaires communs autour de ces praticiens. Ces derniers ont commencé à répondre à ces caricatures médiatiques à partir des années 80-90 apparaissant dans les émissions télévisées, radiophoniques, dans les conférences en sciences humaines et sociales, publiant des articles dans des périodiques, des ouvrages grand public ou des autobiographies.[14]

Dans la deuxième partie de cette thèse, je reprendrai les éléments qui rapprochent la chirurgie esthétique de la chirurgie biomédicale, en analysant brièvement : les rites et contextes de la chirurgie, la transmission et l'apprentissage des techniques, l'éthos chirurgical et les enjeux symboliques liés à l'effraction du corps et au versement de sang. De fait, les chirurgiens esthétiques sont formés à l'hôpital et sont socialisés à l'éthos chirurgical de la même manière que les autres chirurgiens. Toutefois, certaines spécificités caractérisent le

14 Les autobiographies n'ont pas de rapport avec les chirurgiens interviewés sur le terrain. Le choix a été motivé par leur intérêt ethnographique. Elles ne sont pas anonymisées, et leur référence figure en bibliographie.

travail de ces praticiens dès qu'ils s'installent « en ville ». Tout d'abord, ils deviennent des autoentrepreneurs et des managers. Ils choisissent les membres de leurs équipes qu'ils gèrent en tant qu'employeurs. Je décrirai le cas des chirurgiens qui sont propriétaires de « bâtiments-cliniques », une configuration qui est plus fréquente au Mexique qu'en France. Ensuite, je présenterai une observation autour de l'ambiance suggestive crée par le chirurgien esthétique. C'est principalement l'association avec la beauté et l'art inhérente à cette spécialité chirurgicale, qui les autorise à s'investir particulièrement dans la décoration des salles d'attente hospitalières ou des cabinets privés. L'ambiance des cabinets en chirurgie esthétique -assimilés à des « temples de la beauté »- ainsi que le choix des collaborateurs du chirurgien ne sont pas des facteurs laissés au hasard, ni anodins, car ils jouent une influence suggestive sur les patients.

La troisième partie de ce manuscrit porte sur la relation chirurgien esthétique - patient. Elle est conçue comme une analyse anthropologique sur le *modus operandi* d'un chirurgien esthétique face aux candidats. Cette relation se structure en trois étapes successives : la préopératoire, l'opératoire et la postopératoire que nous retrouvons à l'identique de manière presque systématique. Je présente la succession de ces étapes comme les moments d'un rituel intime pour le patient, où le chirurgien esthétique est le maître de cérémonie. Les chirurgiens esthétiques donnent une très grande importance au dialogue préopératoire et à l'écoute du patient, ce qui les caractérise parmi les autres chirurgiens. Je montrerai la spécificité du procédé diagnostic en chirurgie esthétique et les critères pour lesquels un chirurgien saisit « l'opérabilité » du candidat. D'ailleurs, c'est lors de la consultation préopératoire que les deux acteurs négocient les termes et les limites du projet de reformulation morphologique ; l'alliance thérapeutique se base donc sur la « compréhension de la demande de l'autre » et sur une affiliation de goûts, aspects qui seront analysés et approfondis. Nous examinerons les représentations des chirurgiens esthétiques sur la réussite ou l'insuccès thérapeutique, ainsi que sur les concepts de « soin » et de « guérison » depuis leur expérience clinique.

La quatrième partie, plus théorique, concerne l'analyse du principe d'efficacité symbolique qui accompagne la thérapeutique en chirurgie esthétique. J'examine les liens des correspondances symboliques qu'unissent corps, psyché et relations sociales en chirurgie esthétique, à partir de l'observation menée par les propres praticiens. La thérapeutique en chirurgie esthétique est envisagée par ses praticiens comme une harmonisation et un équilibrage -tout d'abord physique- qui vise à contraster le manque d'harmonie et un « blocage » qu'est d'ordre psycho-social, ancré symboliquement dans le défaut esthétique.

La théorie de *l'anthropopoiésis* de l'anthropologue Francesco Remotti (2002, 2003a, 2003b, 2006, 2013, 2018) que je présenterai dans cette partie finale, vient enrichir la réflexion théorique autour du sens des interventions esthétiques sur le corps en général. Dans cette perspective, les pratiques de beauté sont conçues comme des pratiques de mise en culture du corps humain. Dans la perspective de Remotti, la culture n'est pas envisagée comme une structure oppressive ou dominante mais comme un outil qui permet aux sujets de mieux vivre en société. L'existence de modèles de beauté (ou modèles *anthropopoiétiques*) est une constante de toutes les cultures humaines. Pourquoi suivre un modèle esthétique ? Parce que cela nous permet de nous orienter socialement et mieux communiquer avec les autres. Au contraire de l'enfant qui subit l'agencement esthétique imposé par les parents, l'adulte qui choisit de changer son apparence se réapproprie symboliquement sa présence au monde et s'inscrit dans un système de sens choisi et non subi. Dans cette perspective les opérateurs de beauté, dont les chirurgiens esthétiques, sont des artisans du corps mais aussi des artisans du sens.

Cette partie se conclut avec un bref panoramique sur le thème de la spiritualité des chirurgiens esthétiques, dans leur rapport à leur profession de chirurgiens esthétiques et donc à la relation avec leurs patients.[15] Ce chapitre montre que les chirurgiens -notamment mexicains mais pas uniquement- sont habités d'une rationalité qui n'efface pas tout-à-fait une relation possible avec l' « invisible ».

En tout dernier lieu, j'évoque une lecture en termes psycho-sociaux des « maux » dont souffrent les patients de la chirurgie esthétique, afin d'envisager l'établissement d'une future recherche auprès des patients de la chirurgie esthétique. J'indique ce « mal » dont souffriraient les patients comme un sentiment de « crise de l'apparence ». Cette proposition a été imaginée en directe assonance avec le syndrome de « crise de la présence » décrit et analysé par l'ethnologue Ernesto De Martino (2008, 2009, 2017) dans les campagnes du *Mezzogiorno* italien dans les années 60.

15 Il s'agit d'un aspect qu'est probablement présent aussi chez d'autres biomédecins ou chirurgiens, mais rarement mis en avant.

Première partie
TRAVAIL DE RECHERCHE

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Ma recherche de terrain s'est déroulée dans un contexte urbain, et plus précisément dans cinq villes : Strasbourg, Paris, Mulhouse en France et Mexico et Tijuana au Mexique, entre 2012 et 2019.[16] Moi-même demeurant principalement à Strasbourg et à Mexico pendant cette période, j'ai été recommandée par mes interlocuteurs pour rencontrer leurs confrères à Paris, Mulhouse et Tijuana, ce qui m'a permis d'élargir l'observation. Dans les grandes métropoles, la chirurgie plastique esthétique est accessible dans les hôpitaux publics et en libéral, tandis que dans les villes de taille moyenne, telles Mulhouse ou Tijuana, elle se développe principalement en libéral. Mes observations ont eu lieu à l'hôpital, en ville, au bloc opératoire et, dans les cabinets de consultation. Le contexte urbain est le fond uniforme dans lequel se développe la chirurgie esthétique. Ce contexte a une incidence sur la pratique elle-même, comme le montre le cas de la ville de Tijuana. Cette dernière, qui se situe à l'extrême nord du Mexique à la frontière avec les États-Unis, est un endroit favorable au développement du tourisme chirurgical influençant les rituels et la manière dont les chirurgiens gèrent les consultations préopératoires.[17]

J'ai presque entièrement financé mon parcours doctoral. Le laboratoire Dynamiques Européennes, auquel je suis rattachée, a financé certains de mes déplacements de terrain en France, tandis que le CEMCA (Centre d'Études Mexicains et Centraméricains) a financé

16 J'inclus dans cette recherche des données issues du terrain exploratoire fait dans le cadre de mon master 2, auprès d'une vingtaine de patients et une dizaine de chirurgiens et médecins esthétiques, entre France (Strasbourg) et Mexique, (Mexico) en 2012 et 2013.

17 Le phénomène du tourisme chirurgical a déjà été décrit par des auteurs comme Alex Kuczynski (2006) et Ruth Holliday (2019). Dans ce travail je présente des observations exploratoires, basées sur mes observations de terrain faites à Tijuana. Je montre quelle est l'influence de ce phénomène sur le rituel opératoire « classique » en chirurgie esthétique. Deux aspects sont particulièrement significatifs : la création de bâtiments-clinique : des cliniques qui incluent un service d'hôtellerie pour héberger les patients de la chirurgie esthétique lesquels passent des nuits dans la clinique dans le postopératoire, et le recours à des conseillères qui mènent des entretiens téléphoniques avec les candidats - à la place des chirurgiens - pour les présélectionner. Cela sera illustré dans la troisième partie de la thèse.

pendant un an et demi, la mobilité de recherche menée au Mexique, entre 2016 et 2017. Le Dr Buenaventura a cofinancé mon déplacement à Tijuana et m'a hébergée dans sa clinique (sans exiger de contrepartie).

POURQUOI LA FRANCE ET LE MEXIQUE ? UNE APPROCHE MULTISITUÉE ET NON CULTURALISTE

Mon expérience équatorienne, évoquée précédemment, a profondément marqué mon intérêt pour la chirurgie esthétique et depuis lors, j'ai cherché l'opportunité de retourner en Amérique latine pour approfondir le sujet. Cela a été possible en 2013, quand j'ai réalisé une exploration de terrain durant trois mois, à Mexico. À cette occasion, j'ai établi de précieux contacts avec différents interlocuteurs. Le retour au Mexique pour un long terrain a été possible grâce à l'établissement d'une codirection de thèse avec la U.A.M. (Universidad Autonoma Metropolitana de Mexico), sous la codirection de Mme Elsa Muñiz et grâce à la bourse de recherche du CEMCA.

Néanmoins, n'ayant aucune certitude d'obtenir la bourse pour le Mexique, j'ai entre-temps entamé un terrain en France (entre 2013 et 2015). Finalement, j'ai décidé d'utiliser toutes les données accumulées et envisager un travail « comparatif ». Une comparaison de ce genre avait été déjà entreprise par la sociologue Debra Gimlin (2012), qui analysait les récits de patientes de la chirurgie esthétique britanniques et étasuniennes, soulignant les différences liées aux contextes locaux. Or, la base de cette comparaison était conçue au départ sur la différence entre l'Europe et l'Amérique latine, c'est-à-dire entre le monde « occidental » et « non-occidental », termes qui pour moi, à l'époque, faisaient sens. Toutefois, j'ai dû très tôt abandonner ce cadre comparatif, car dès que j'en parlais avec mes collègues mexicains, ils réagissaient affirmant qu'eux aussi se sentaient occidentaux tout autant que les européens ou les étasuniens. J'ai donc abandonné la perspective de la comparaison basée sur les différences culturelles, car elles me paraissaient difficiles à systématiser sans tomber dans un réductionnisme culturaliste (Rozin, 2006).

Donc, j'ai décidé de me plonger dans le terrain et attendre qu'une différence, s'il y en avait une, entre la pratique de la chirurgie esthétique au Mexique et en France, émerge. Étonnamment, j'ai constaté beaucoup de points communs entre les deux réalités. Dans les deux pays la chirurgie esthétique est une pratique urbaine, répandue plutôt parmi les femmes, exécutée comme un rituel intime, visant à rétablir une confiance en soi, un bien-être mais aussi liée à la séduction. Les étapes rituelles dans lesquelles s'exécute la chirurgie esthétique

sont identiques (sauf dans le cas de Tijuana), les chirurgiens esthétiques certifiés suivent tous le même cursus, s'organisent en sociétés savantes, luttent contre les « intrus », souhaitent apparaître dans les médias pour déjouer les préjugés à leur égard. Face à ce constat, pouvons-nous postuler que la chirurgie esthétique est un phénomène culturel globalement homogène ? Une fois l'approche culturaliste écartée, sur quelles bases structurer une comparaison ?

Un auteur allait m'aider à sortir de cette impasse théorique : George Marcus et son concept d'ethnographie multisituée (Marcus, 1995). Cet auteur a inventé ce terme pour permettre un cadre théorique dans lequel mettre à confrontation les phénomènes répandus à une échelle mondiale.

> « L'autre mode de recherche ethnographique, (…) qualifiée de postmoderne, s'éloigne des sites uniques et des situations locales des plans de recherche ethnographiques conventionnels pour examiner la circulation des significations, des objets et des identités culturelles dans un espace-temps diffus. Ce mode définit pour lui-même un objet d'étude qui ne peut être pris en compte ethnographiquement en restant focalisé sur un seul site d'investigation intensive. Il développe plutôt une stratégie ou une conception de la recherche qui reconnaît les concepts et les récits macrothéoriques du système mondial, mais ne s'appuie pas sur eux pour l'architecture contextuelle encadrant un ensemble de sujets. Cette ethnographie mobile prend des trajectoires inattendues en traçant une formation culturelle à travers et au sein de multiples sites d'activité qui déstabilisent la distinction, par exemple, entre le monde de la vie et le système (49), par laquelle une grande partie de l'ethnographie a été conçue. Tout comme ce mode explore et construit ethnographiquement les mondes de vie de sujets diversement situés, il construit aussi ethnographiquement des aspects du système lui-même à travers les associations et les connexions qu'il suggère entre les sites ».[18]
> (Marcus, 1995, 96)

La chirurgie esthétique est un phénomène mondial, qui se prête bien à l'approche d'observation multisituée. Mon analyse ne visera donc pas à une comparaison entre les pays, ni entre les chirurgiens, ni entre les villes. Je me limiterai à décrire les traits communs à tous les terrains observés, spécifiant, lorsque cela me semble nécessaire, leurs particularités ou situations de soin. Cette tâche est simplifiée par la relative homogénéité de la pratique en termes de discours, de temporalités rituelles, de représentations que j'ai constaté sur les différents terrains.

Bien évidemment, ce même sujet de thèse aurait pu être traité autrement. Par exemple, en analysant la différence des systèmes de santé français et mexicain. Cela me semblait déroger de mon intérêt disciplinaire principal, qu'est l'étude des pratiques corporelles et des praticiens en termes de rituels et de représentations. Néanmoins, dès que le contexte l'a exigé, j'ai spécifié les divergences et les particularités de ces deux systèmes de santé.

18 Traduction effectuée avec Google Translator.

J'aurai pu choisir l'approche culturaliste qui analyse les caractéristiques régionales ou nationales des cultures chirurgicales, comme l'ont fait Alexander Edmonds au Brésil (2008, 2009, 2010, 2013) et Michael Taussig en Colombie (2017). Néanmoins, considéré la relative homogénéité des traits culturels que j'observais dans cette pratique, une recherche de cohérence sur la base nationale me paraissait forcée. D'ailleurs le travail d'Edmonds sur la chirurgie esthétique chez les pauvres des favelas brésiliennes et celui de Taussig sur la chirurgie plastique et la narcoculture en Colombie, lisent la chirurgie esthétique comme un phénomène *pop* qui se greffe sur des problématiques « nationales » dramatiques, ne cherchant pas à expliquer une diffusion mondiale de ce phénomène et ainsi rendre compte des significations anthropologiques générales qu'elle revêt. Toutefois, je ne critique pas ces approches, qui confirment par ailleurs un aspect très important, à savoir le recours à la chirurgie esthétique par les classes moyennes-basses d'Amérique latine avec un espoir *d'empowerment*, de prise de pouvoir symbolique sur la réalité sociale (Calvès, 2009).

Mon questionnement ne se base pas non plus sur les modèles de beauté propre à chaque individu, groupe ou nation. La notion de beau, bien que liée à des standards conventionnels partagés socialement, reste toujours interprétée subjectivement. En ce sens, mon intérêt se portera plutôt sur les mécanismes de communication des attentes réciproques des acteurs de la chirurgie esthétique dans l'acte de négociation des termes de l'intervention. C'est pourquoi je ne parlerai pas de normes de beauté, mais de conventions ou de modèles, dont le caractère reste toujours flou et vague.

Les données ne seront pas présentées séparément en fonction de la nationalité des praticiens. Néanmoins, j'indiquerais toujours la ville de profession des praticiens et le pays où les données ont été collectés. De fait, malgré que le terrain ait été mené dans deux pays, les chirurgiens rencontrés sont de nationalités très variées. Parfois ils se sont formés à l'étranger et ils sont venus exercer ou se former en France et au Mexique seulement dans un deuxième temps. En France, j'ai rencontré des praticiens français, italiens et roumains, tandis qu'au Mexique des mexicains et un colombien qui exerçait entre la Colombie et le Mexique. Un autre facteur qui peut brouiller les pistes et complexifier la systématisation des données, est le fait que ces praticiens se sont souvent formés à l'étranger, incorporant différentes techniques et savoir-faire, comme décrit dans le chapitre « Circulation des apprentis » dans la deuxième partie.

1.1 MÉTHODOLOGIE

Ma recherche bibliographique autour du thème de la chirurgie esthétique s'initie en 2008, suite à l'écriture de mon premier travail de mémoire de licence. La plupart des productions francophones ou anglophones autour du thème de la chirurgie esthétique dans le domaine des études féministes ou de la sociologie, sont critiques. J'ai en ai pris acte, mais je ne les ai pas exploitées dans leur totalité, car j'estime qu'elles ne sont pas utiles pour comprendre la pratique de la chirurgie esthétique dans des termes anthropologiques. Peu de contributions existent dans le domaine de l'anthropologie de la chirurgie esthétique. Les ethnographies sur la chirurgie esthétique sont de plus en plus nombreuses, et constituent un matériel précieux pour un élargissement des perspectives et des futures comparaisons. Ce travail de thèse ne prévoit pas de fournir un état exhaustif, mais sollicite plutôt les auteurs qui m'ont aidée à penser le phénomène de la chirurgie esthétique en termes anthropologiques.

Néanmoins, une grande partie de ce manuscrit contient plutôt des données ethnographiques (chapitres 2.2 ; 2.3 ; 2.4 et toute la troisième partie). De fait, j'ai cru nécessaire de donner à connaître certains processus et certains usages, notamment lorsqu'ils dévoilent les particularités de la prise en soin du chirurgien esthétique. Dans son *Manuel d'ethnographie,* Marcel Mauss définissait le bon ethnographe comme celui qui s'impose « le souci d'être exact, complet ; il doit avoir le sens des faits et de leurs rapports entre eux, le sens des proportions et des articulations » (1967, 7). Mon choix a été de présenter les données de manière linéaire en suivant le parcours de formation des chirurgiens, leur installation en ville, ainsi que le déroulement des interventions et leur relation avec les patients. Grâce au regard ethnographique j'ai pu obtenir des conclusions originales et inattendues, comme par exemple autour de la décoration des cabinets, dont l'analyse figure dans le chapitre 2.3.

PARCOURS D'ITÉRATION DANS UN TERRAIN MULTISITUÉ

Le parcours de recherche auprès des chirurgiens s'est déroulé par itération, à la fois dans le choix des interlocuteurs mais aussi dans la formulation d'une problématique :

> « Le choix des interlocuteurs s'opère ainsi pour une bonne part par "buissonnement" ou "arborescence" : de chaque entretien naissent de nouvelles pistes, de nouveaux interlocuteurs possibles, suggérés directement ou indirectement au cours de l'entretien. (…) Mais l'itération, c'est aussi, en un sens plus abstrait, un va-et-vient entre problématique et données, interprétation et résultats. Chaque entretien, chaque observation, chaque interaction sont autant d'occasions de trouver de nouvelles pistes de recherche, de modifier des hypothèses, d'en élaborer de nouvelles.

Pendant toute l'étape de terrain, le chercheur interprète sans cesse, au fil des rencontres, des observations et des entretiens, bien que de façon latente plus que de façon explicite. La phase de production des données peut être ainsi analysée comme une restructuration incessante de la problématique au contact de celles-ci, et comme un réaménagement permanent du cadre interprétatif au fur et à mesure que les éléments empiriques s'accumulent. »[19] (De Sardan, 1995).

Le terrain a démarré en 2012, à Strasbourg. J'ai trouvé les premiers contacts de chirurgiens esthétiques en consultant le moteur de recherche Google. Parfois des connaissances me conseillaient d'aller voir tel ou tel praticiens dont ils avaient entendu parler. Le premier contact avec ces praticiens a été par téléphone, le plus souvent avec l'intermédiaire d'une secrétaire. Je me suis présentée en tant qu'étudiante de l'Université de Strasbourg, devant rencontrer des praticiens pour un travail anthropologique sur la pratique de la chirurgie esthétique. J'ai demandé aux secrétaires une heure de disponibilité pour mener un entretien. Cela a certainement freiné des praticiens, qui ont refusé de me rencontrer. À l'époque les praticiens étaient tous extrêmement occupés à la suite du scandale des prothèses mammaires PIP (Poly Implant Prothèse), qui contenaient une formule de gel non-médical (sur lequel les Autorités de Santé enquêtaient depuis 2009, mais qui est devenu médiatique à la fin de l'année 2011). De nombreuses patientes avaient demandé une explantation préventive, ce qui avait contribué à saturer leurs créneaux de consultation et opératoires.[20]

Mon objectif était de rencontrer les praticiens une première fois pour un entretien et s'ils se montraient ouverts et intéressés à ma démarche, leur demander de revenir, rencontrer leurs patients et observer les consultations et les opérations. Je n'ai pas ciblé mes interlocuteurs selon un critère d'âge (plus ou moins expérimenté) ou de genre (homme, femme, transgenre), ni de pratique hospitalière ou libérale, acceptant tout entretien qui m'était accordé. J'ai donc rencontré et interviewé tous les praticiens qui répondaient positivement à ma demande.

Le regard croisé entre la pratique hospitalière et libérale a été très utile pour comprendre les différences concernant le contexte du soin, notamment autour des conditions et des rythmes de travail des chirurgiens et des équipes. Lors de ces sorties de terrain j'ai recueilli le matériel mis à disposition des patients (*flyers*, magazines, feuilles informatives,

---

19 De Sardan cite "Baldamus (cité par H. Seur, « The Engagement of Researcher and Local Actors in the Construction of Case Studies and Research Themes. Exploring Methods of Restudy », in Long & Long, op. cit., p. 137) parle ainsi de « double ajustement réciproque » (reciprocal double fitting) et évoque à l'appui de cette notion l'image d'un menuisier qui ajusterait une porte à son cadre en rabotant alternativement le cadre et la porte. »

20 Voir le document « ÉTAT DES LIEUX DES CONTRÔLES OPÉRÉS PAR LES AUTORITÉS SANITAIRES SUR LA SOCIÉTÉ POLY IMPLANT PROTHÈSE » <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_complet_PIP_def_01_02_12.pdf > consulté le 31/2/2021.

copies des documents de consentement éclairé fournis aux patients), je les ai scannés et classifiés.

J'ai également consulté et collectionné des ouvrages de littérature grand public et autobiographiques écrits par les chirurgiens, et repéré une filmographie thématique, éléments que j'analyse dans le chapitre 1.5 de ce manuscrit.

Au printemps 2013, durant mon premier terrain mexicain (Mexico), j'ai suivi la même stratégie d'approche des praticiens, le contact téléphonique par le biais des adresses et numéros trouvés sur internet, ou fournis par mon entourage (colocataires, amis). J'ai rencontré certains de mes interlocuteurs privilégiés, que je retrouverai en 2016. J'ai aussi cherché à rencontrer des praticiens de la beauté et du bien-être au sens général (des esthéticiennes, des acupuncteurs, des magnétiseurs, mais aussi des néo-chamanes, des homéopathes, etc.) car il me paraissait que la chirurgie esthétique - en tant que pratique thérapeutique non-orthodoxe - pouvait s'y retrouver.

Lors de ce premier terrain exploratoire j'ai pu lier une relation privilégiée avec le Dr Perez.[21] Ce chirurgien m'a été présenté par mon colocataire mexicain opéré par ce même chirurgien d'une rhinoplastie. Grâce à ce contact « personnel », le Dr Perez s'est montré très disponible. Il m'a invitée plusieurs fois dans son cabinet de consultation afin de discuter ou visualiser les interventions en ambulatoire (des retouches chirurgicales comme remonter la pointe du nez d'une rhinoplastie, l'enlèvement de graisse des joues, dite opération des *bolsas de Bichat*) et il m'a invitée aussi à assister à de « grandes » chirurgies au bloc opératoire. Il m'a présenté certaines de ses patientes que j'ai interviewées. L'expérience du bloc opératoire a été très marquante. La reformulation des morphologies corporelles m'a paru être un exercice de véritable sculpture organique qui couple des gestes qui peuvent paraître « agressifs » à la douceur et l'attention portée à l'opéré, avant qu'il ne soit endormi et au moment du réveil. Pendant ces observations, j'ai pris des notes, des photographies et des vidéos des interventions, des gestes opératoires avec le consentement des praticiens et sans jamais faire transparaître l'identité des patients. Je n'ai pas approfondi dans le présent travail les données recueillies au bloc opératoire, car mes observations n'ont rien d'original par rapport à ce qui a déjà été décrit par les ethnologues : les rituels « d'habillage » en pyjama chirurgical, et en vêtements stériles, la définition d'un « champ » opératoire, etc.

21 Tous les noms des interlocuteurs sont anonymisés, utilisant un patronyme choisi en assonance avec l'origine du praticien (pour les noms à assonance française, j'ai choisi un nom français ; pour les noms en assonance mexicains, un nom mexicain).

Pendant ces observations je me suis moi-même habillée en pyjama chirurgical (sans pour autant participer au rituel du lavage des bras). J'ai partagé les mêmes conditions d'inconfort des chirurgiens, restant debout plusieurs heures dans l'environnement frais du bloc, sautant des repas et partageant avec eux les enjeux émotifs et la tension des situations opératoires. J'ai pu introduire dans le bloc opératoire mon matériel (cahier, téléphone portable, appareil photographique). J'ai observé des stratégies de relâchement du stress, notamment les plaisanteries dont j'ai aussi été « victime ». J'ai par exemple été invitée à goûter, comme un « apéritif », un morceau de cartilage extrait du nez d'une patiente ; une autre fois à la fin d'une intervention un chirurgien m'a confié une canule de liposuccion - encore active - et il est sorti du bloc, me laissant ainsi sans savoir quoi faire, suscitant l'hilarité de l'équipe. Ma présence au bloc a été néanmoins une opportunité d'observer les gestes techniques, les chaînes opératoires, faire des croquis, écouter les conversations entre le chirurgien et l'équipe, parler avec les anesthésistes, parfois même participer en rapprochant une poubelle avec le pied, aidant le chirurgien à s'habiller, lui passer un fil, m'exprimer vis-à-vis de la symétrie d'une intervention, etc.

Entre 2013 et 2015, j'ai mené mes observations de terrain en France. J'ai rendu visite plusieurs fois au Dr Singer à Paris, que j'ai connu dans une conférence en bioéthique à Strasbourg. Ce praticien anime aussi un café philosophique autour du corps. Très ouvert aux questionnements de ma recherche et sensibilisé à l'ethnopsychiatrie grâce à ses missions humanitaires, nos échanges ont été toujours très riches. Suite à la rencontre avec ce praticien, qui m'a montré son autel vaudou dans son cabinet parisien, j'ai commencé à porter une attention particulière aux objets présents dans les cabinets, et systématiser ce type d'observations.

Le Dr Singer m'a incité à collaborer avec le Dr Ayed, à Mulhouse. Ils ont participé ensemble à des conférences en éthique médicale et à des missions humanitaires. Début 2015, ayant pris contact avec le Dr Ayed, je me suis rendue deux fois en observation à Mulhouse. Comme Dr Singer, elle s'est montrée très intéressée par la recherche en éthique et a participé à plusieurs reprises à des conférences proposant des interventions autour de l'histoire de la chirurgie plastique. Elle s'est montrée extrêmement réceptive et disponible. À Mulhouse je logeais chez elle, ce qui a favorisé l'établissement d'une relation de confiance et m'a permis aussi de vivre au rythme de ses journées pendant quelques jours. Francesco, interne italien associé du Dr Ayed, m'a parlé de la formation qu'il avait suivi en Italie, sa déception et son envie de se former en France pour acquérir une véritable expérience pratique du métier. J'ai

suivi son compagnonnage auprès du Dr Ayed. De son côté, Francesco m'a fourni des contacts de chefs de clinique parisiens auprès desquels il s'était formé et que j'ai rencontré par la suite.

Mon terrain français s'est ainsi structuré naturellement entre l'Alsace et l'Île de France. J'ai essayé de comprendre s'il existait une différence entre la pratique de la capitale et celle de la province. On remarque qu'à Paris les chirurgies pratiquées sont des interventions beaucoup plus ciblées, comme s'ils étaient spécialisés dans un domaine qui leur permet de se démarquer, notamment à l'hôpital (par exemple la chirurgie bariatrique ; les augmentations fessières, les injections de graisse, etc.) tandis que dans une réalité plus restreinte telle que celle de Mulhouse, le travail semble être plus varié et prend en charge un public plus large. Les interventions peuvent aussi bien être pratiquées sur des brûlés, des personnes atteintes d'un cancer de la peau comme elles peuvent être des liftings post-bariatriques, des rhinoplasties, des atténuations de cicatrices ou des augmentations mammaires, etc. Cette variété de soin est considérée comme un atout pour la formation, c'est pourquoi Francesco était heureux de se former à Mulhouse. Le Dr Ayed se déplaçait aussi dans les hôpitaux des petites villes alsaciennes, parfois même pour donner des conférences aux médecins locaux et faire connaître la chirurgie plastique et ses potentialités.

Toujours en 2015, j'ai été présentée au Dr Maventer par le Dr Singer ; ils sont amis et sont partis ensemble en mission humanitaire. Actif à Paris en cabinet privé et en hôpital public, ce praticien l'est également dans la société savante SOFCEP (Société française des chirurgiens esthétiques et plasticiens). Souvent en déplacement en Israël, il y a établi des liens et des échanges professionnels avec des chirurgiens de cette région. Il travaille avec deux types de patients : au centre-ville il reçoit une patientèle aisée, en banlieue une patientèle plutôt de classe populaire. Lorsqu'il me commentait son engagement avec ce public, il me disait : "Je fais de la haute couture au prix d'un prêt-à-porter (…) Je n'ai pas besoin de partir en mission à l'étranger pour faire de l'humanitaire". Au moment où je l'ai rencontré il était assisté par une chirurgienne roumaine, en séjour en France pour quelque mois.

DÉCOUVERTE DE RÉSEAUX MÉDICAUX

Procéder par itération m'a permis d'accéder à un réseau de praticiens ayant travaillé ensemble et proches d'une même « école chirurgicale », il s'agit de praticiens formés dans l'école de l'hôpital Boucicaut, et plus particulièrement, dans le service de microchirurgie de la

main, dirigé par le chirurgien plasticien Raymond Vilain et Vladimir Mitz.[22] Mes observations ne se sont pas limitées à ce groupe, car j'ai été recommandée, de fil en aiguille, pour interviewer d'autres spécialistes. Certains ayant des techniques particulières, d'autres connaissant l'histoire de la chirurgie plastique, des chercheurs à la pointe de l'innovation, des descendants de grandes familles de chirurgiens, d'autres connaissant le monde parce qu'ils avaient beaucoup voyagé en mission humanitaire. Tous les interlocuteurs rencontrés en France étaient chirurgiens plasticiens, jeunes actifs, d'autres proches ou déjà à la retraite.

J'ai également procédé par itération lors de l'approche de mon terrain mexicain de 2016-2017. Suite à la reprise de contact avec les chirurgiens déjà rencontrés en 2013, notamment en libérale, j'ai pu de nouveau les rencontrer. Grâce à l'intercession d'un professeur en histoire de la médecine de l'université UNAM, j'ai contacté et interviewé des chirurgiens plasticiens affiliées à la AMCPER. L'un d'eux, le Dr Luna, que j'ai rencontré à l'hôpital général de Mexico, m'a présenté l'histoire de la chirurgie plastique au Mexique. De son côté, le Dr Higos m'a longuement parlé de sa relation avec Fernando Ortiz Monasterio (1923-2012), pionnier de la chirurgie plastique au Mexique, qui a été son maître à penser. Le Dr Higos m'a dévoilé l'existence d'un groupe de résidents qui s'auto dénomment « *Hechos En FOM* », c'est-à-dire, « Faits par Fernando Ortiz Monasterio ». Cet acronyme qui rassemble toutes les promotions de chirurgiens formés par ce maître, indique qu'existent des liens étroits de compagnonnage, d'amitié, d'affection et de fraternité parmi les membres d'une même « école chirurgicale » notamment lorsque le maître s'est distingué par la qualité de son travail à niveau national et international.

DIFFICULTÉS DE L'ÉTUDE

Il n'a pas été possible de poursuivre les observations auprès des résidents « *Hechos en FOM* », ni avec les chirurgiens adhérant à la AMCPER. Un fait curieux s'est produit, malgré les lettres de recommandation du CEMCA, de la UAM et de l'Ambassade de France au Mexique ainsi que celles des chirurgiens comme le Dr Luna et le Dr Higos, piliers de la chirurgie plastique au Mexique, l'accès aux coordonnées des chirurgiens certifiés m'était catégoriquement refusé par la AMCPER. L'entrée au congrès m'était également proscrite.[23] J'ai compris que ce refus émanait du président de la AMCPER, qui souhaitait qu'aucun intrus ne se mêle de leurs affaires internes. Il ne fallait surtout pas que ces « intrus », auxquels j'étais

22 Ces noms n'ont pas été anonymisés, car il s'agit de références indirectes de l'étude.
23 La même résistance a été posée par les plasticiens en France.

évidemment assimilée, ne contactent les chirurgiens plasticiens certifiés, pour leur « voler » des informations concernant l'association ou bien s'approprier illégitimement des techniques exposées au congrès.

Je me suis malgré tout présentée au congrès annuel de la AMCPER, qui a eu lieu dans un grand hôtel dans le centre de Mexico en décembre 2016, munie de ma lettre de recommandation et j'ai été interdite d'entrer. Lorsque j'ai approché - à la sortie du congrès - des praticiens pour leur poser quelques questions ou pour prendre contact, je fus régulièrement interrompue par les organisateurs du colloque. Après avoir fait parvenir ma lettre de recommandation directement au président de l'AMCPER présent sur place, il m'a fait savoir que je n'étais pas la bienvenue. J'ai donc profité de l'occasion pour explorer les stands de vendeurs de prothèses et de matériel chirurgical qui occupaient les couloirs de l'hôtel.

À ce congrès j'ai quand même eu la chance de reconnaître dans la foule le Dr Buenaventura. J'en avais entendu parler par un ami qui m'avait expliqué que la ville de Tijuana était tapissée de panneaux géants avec son visage. J'avais étudié son profil par avance et je savais qu'il faisait recours à la chambre hiperbarique pour les soins postopératoires, et cela a permis une première approche. Finalement, après avoir déjeuné avec lui et sa représentante en relations publiques, il s'est dit enthousiasmé par ma recherche et m'a invité à visiter sa clinique à Tijuana, se proposant de contribuer même à payer mon billet d'avion. J'ai aussitôt profité de cette invitation, et je l'ai rejoint à Tijuana deux mois après, en février 2017, pour un séjour de vingt jours.

L'hermétisme de l'AMCPER, avec laquelle je comptais collaborer étroitement pendant mon séjour au Mexique, m'a étonnée et frustrée. J'ai compris par la suite que cela était liée à la situation de la lutte faite aux *cirujanos patito,* c'est-à-dire les charlatans de la chirurgie esthétique, phénomène que je décris dans le chapitre 1.4 de ce travail. De tout évidence, j'étais assimilée à une « intruse », une potentielle menace pour la corporation. Aucune lettre de recommandation n'aurait pu prouver le contraire.[24]

RENCONTRE AVEC LES PATIENTS ET LES COLLABORATEURS DES CHIRURGIENS

Bien que ce travail porte principalement sur les chirurgiens esthétiques, lorsque cela me semble nécessaire je cite les entretiens faits avec les collaborateurs des praticiens et les

24 Le document signé et estampillé, est une garantie faible au Mexique. De fait, il est pratique courante de falsifier les documents, et existent des endroits dédiés au centre-ville de Mexico.

patients. Par collaborateurs j'entends les membres de l'équipe du cabinet au bloc opératoire, des associés qui travaillent dans le même cabinet, des confrères sollicités en cas de besoin ainsi que des partenaires commerciaux avec lesquels ils interagissent de manière quotidienne ou régulière. J'ai donc pu interroger la secrétaire du cabinet, les infirmières IBODE (de bloc opératoire), l'anesthésiste, une psychiatre (mais cela n'est qu'exceptionnel), les associés qui travaillent dans le même cabinet, les représentants commerciaux[25] et les patients rencontrés tout au long de ma recherche académique.[26]

OBSERVATION « ACTIVE »

En tant qu'ethnologues nous pouvons nous trouver dans l'embarras lorsqu'il s'agit de nous introduire ou d'être introduits sur le terrain. Je n'y ai pas échappé. Le moment d'expliquer aux interlocuteurs mon statut et le centre d'intérêt de ma discipline, l'anthropologie - ou l'ethnologie - a toujours été un passage délicat. Souvent, on associe cette discipline à l'étude de l'exotique et on se la représente difficilement dans son application à des phénomènes « modernes » tels que la chirurgie. Cela se traduit avec les mots ironiques d'un interlocuteur de l'ethnologue Marie Christine Pouchelle « Elle vient voir si on a un os dans le nez » (Pouchelle, 2010).

Parfois les praticiens m'ont présenté en tant qu'étudiante en sociologie, ce qui a été accueilli positivement auprès des équipes au bloc opératoire. D'autres fois, par souci de permettre que mes observations soient les plus « authentiques » possible, le Dr Ayed a menti à son équipe, me présentant comme une étudiante en médecine. Cela a engendré plusieurs malentendus et des situations embarrassantes. De fait, son interne Francesco ne cessait de me poser des questions sur mon « cursus en médecine » auxquelles je répondais très vaguement. Il m'a demandé un jour de fermer son tablier chirurgical, pensant que je savais le faire. J'ai dû faire une manipulation étrange qui a suscité l'hilarité de l'équipe. Ces gestes ont trahi mon étrangeté au monde médical. Le malentendu s'est accru au point qu'un jour, une accusation d'espionnage a été lancée contre moi par un infirmier qui se demandait à voix haute qui j'étais

25 Ces acteurs sont les vendeurs du matériel médical (prothèses, de fil de suture, de pansements, gaines, bandages, stickers à appliquer sur les cicatrices, crèmes etc.). Ils visitent les chirurgiens esthétiques régulièrement directement dans leur cabinet -que ce soit l'hôpital qu'en libéral-. Parfois ils créent des partenariats durables. Lors du congrès de l'AMCPER de Décembre 2016 à Mexico, j'ai eu le temps d'interagir avec eux longuement, recueillant beaucoup de données et de flyers. J'ai cru comprendre que souvent les matériels/outils sont importés de l'étranger, car au Mexique on ne fabrique pas beaucoup de ces matériaux finalisés à l'esthétiques. Les prothèses et les matériaux viennent généralement des États-Unis ou d'Europe.

26 Ces patients ne sont pas nécessairement les patients des chirurgiens rencontrés, lorsque cela est le cas, je me spécifierai dans la légende de l'extrait d'entretien cité.

et pourquoi j'étais là. « Je ne m'intéresse qu'à étudier les techniques chirurgicales » ai-je répondu, ce qui a confirmé que ses suspicions étaient bien fondées. « Cela prouve bien que vous êtes ici pour nous espionner ! », m'a-t-il dit avant de sortir du bloc opératoire.

Avec le recul je me demande si cette situation embarrassante n'a pas été un « test » mis en place par le Dr Ayed, pour saisir mon adaptabilité à ce milieu, ou bien si cela était tout simplement un mensonge motivé par le fait de n'avoir pas fait les démarches nécessaires et obtenir les autorisations à ma présence auprès du directeur de l'hôpital (le personnel non-hospitalier, non-médical, n'a pas le droit de pénétrer ces lieux sans l'autorisation du directeur). Après quelques jours de terrain, tout ce malentendu s'est résolu, car on m'a finalement présenté comme anthropologue et cela a été un vrai soulagement. Il faut spécifier qu'en clinique privée je n'ai jamais eu ce type de soucis, car les praticiens semblent avoir beaucoup plus de liberté dans l'invitation de différents collaborateurs aux blocs opératoires. J'ai toujours pu me présenter librement comme anthropologue dans le cadre libéral.

Le Dr Buenaventura de Tijuana m'a présenté à son équipe comme une anthropologue qui faisait un « contrôle qualité ». Bien évidemment, ce statut n'a pas été confortable. Il ne m'avait pas demandé d'observer les membres de l'équipe pour lui rendre des conclusions concernant d'éventuels dysfonctionnements mais il a fait croire à ces derniers que cela était le cas. Cette situation a contribué à rigidifier mes relations avec le personnel, tout du moins au démarrage du terrain. Toutefois, les échanges se sont normalisés et fluidifiés après avoir partagé le quotidien avec les infirmières et le personnel, le lever tôt le matin, les journées opératoires, les discussions lambda et les repas. Face aux patients en consultation, le Dr Buenaventura m'a introduit comme une docteure en psychologie, ce qui me conférait un rôle ambigu aux yeux des patients. De fait, dans cette circonstance le psychologue est censé évaluer si le patient est prêt à se faire opérer. Pour cela, j'ai parfois ressenti que les patients se sentaient gênés par ma présence et jugés par mes questions.

À mesure que je fréquentais les services de chirurgie plastique ou les cliniques, mon statut d'observatrice est devenu de plus en plus actif. À la demande des membres des équipes j'étais sollicitée pour bouger une poubelle, passer des gants, un tabouret, un fil, « habiller » les chirurgiens en serrant les ficelles de leur chemise chirurgicale. À l'occasion de la finalisation d'une réduction mammaire, le Dr Ayed m'a interpellée pour avoir mon avis concernant la symétrie des seins qu'elle avait réduits. Mon conseil allait avoir un certain poids sur le résultat opératoire. Plus je passais du temps auprès d'une équipe, plus je me sentais « exister », les chirurgiens m'intégraient à leurs conversations, ils souhaitaient avoir mon opinion, ou ils m'expliquaient des enjeux techniques liés à leur métier, ou à l'intervention qui se déroulait.

Face à mon insistance pour comprendre la totalité des gestes et des aspects de leur métier, un chirurgien a lancé : « peut-être un jour vous deviendrez chirurgienne ». J'apprivoisais de plus en plus le rôle de l'apprenti chirurgien. J'étais en effet curieuse, attentive, soucieuse de comprendre les détails et la vision d'ensemble du processus. En réfléchissant, lors de l'entretien en cabinet on m'a accueillie et traitée plutôt comme une patiente : saluée par une poignée de main, un sourire, la proposition d'un café, avant de me poser des questions, etc. Tandis que le franchissement du bloc opératoire m'a fait basculer du côté de l'équipe, dans laquelle chacun a un rôle utile, y compris l'anthropologue avec ses questions qui peuvent animer les temps morts ou apporter une nouvelle fraîcheur à la routine.

GUIDE D'ENTRETIEN ET OUTILS DE TERRAIN

Le guide de l'entretien terrain adressé aux praticiens a été globalement le même depuis le début de l'enquête, avec pour objectif de comparer les réponses des praticiens vis-à-vis de certains thèmes spécifiques. Les entretiens ont été menés d'une manière semi-directive, car je demandais aux praticiens de suivre un schéma thématique, sans contrainte de temps. Les entretiens ont duré, en moyenne, une heure et demi, sans jamais dépasser trois heures. Les praticiens ont été rencontrés dans leur cabinet, ou bien par téléphone ou visio appel. Les thèmes traités dans les entretiens étaient les suivants :

- Description de l'ambiance de travail
- Description de leur équipe
- Le parcours de formation
- Les interventions pratiquées, leurs techniques de spécialisation
- La dynamique de payement des prestations, les dons reçus
- Les techniques qu'ils envisageraient d'apprendre
- Les patients « type »
- S'ils acceptaient d'opérer les animaux domestiques
- Expliquer le processus l'accueil des patients, les étapes du suivi des patients (première rencontre, moment opératoire, suivi postopératoire)
- Les patients « insatisfaits » ou les patients « *accros* »
- Le talent « artistique » dans leur métier
- La déontologie en chirurgie esthétique
- Des questions générales liées au succès de la chirurgie esthétique, aux perspectives futures de cette spécialité

- Des questions personnelles, comme la présence d'autres médecins au sein de la famille, s'ils accepteraient d'opérer les membres de la famille, leur recours à des interventions esthétiques, leurs pratiques sportives et de relaxation, leur affiliation religieuse, la référence à des porte-bonheur, protections, rituels.

Mon guide d'entretien se concluait avec ma demande de pouvoir rencontrer leurs patients, suivre des consultations et des interventions au bloc opératoire. Ce guide d'entretien a été ajusté, grâce à l'inspiration que m'a donné le guide de l'ethnologue Marcelle Bouteiller, utilisé pour étudier les guérisseurs des campagnes françaises et publié en annexe de son livre *Chamanisme et guérison magique* (1950). Par exemple, elle élargissait la question du soin des guérisseurs aux animaux domestiques, en effet, il est courant que les guérisseurs interviennent pour désenvoûter le bétail dans les campagnes françaises. Or, je me demandais si les standards esthétiques respectés par les humains pouvaient s'élargir aux animaux domestiques, jusqu'à les soumettre à des interventions de chirurgie esthétique. Mon intuition n'a pas été démentie totalement, car la chirurgie esthétique pour animaux domestiques existe : coupage des oreilles ; de la queue ; prothèses de silicone pour testicules en cas de compétition ; etc. Elle est néanmoins reléguée aux vétérinaires. Le guide de Bouteiller m'a aidée à saisir d'autres enjeux comme : la question du pouvoir de guérison (le « don ») hérité par voie familiale, la vocation thérapeutique, l'importance du territoire d'influence du thérapeute, les inimitiés voire les conflits avec les autres thérapeutes, le payement des prestations etc. Parfois ces questions ont révélé des résultats intéressants, que j'analyse dans le présent manuscrit. Mon propos était de me rapprocher des questions classiques en ethnologie, comprendre l'investissement de ces praticiens dans un système de représentations régi par des logiques symboliques, tout en évitant de produire une sociologie des professions.

Certains outils m'ont accompagnée dans la recherche de terrain.

Les cahiers de terrain. J'ai toujours eu avec moi un support papier sur lequel noter les événements, la succession des chaînes opératoires, les exclamations, les thèmes traités lors des entretiens, etc. Lorsque cela m'était possible je tenais un journal intime séparé de mon cahier de terrain avec l'objectif de les confronter si nécessaire sur la base de la date. Sur ces supports j'ai fait les croquis. Ce matériel « brut » a été transcrit et numérisé, mais ne figure que rarement dans ce manuscrit, car très décousu.

L'appareil photographique et le téléphone portable. Je me suis servie d'un appareil photographique de type Nikon, portable et digital. Néanmoins, dès mon achat d'un smartphone (2015) j'ai rapidement abandonnée l'appareil photographique et je me suis servie

uniquement du téléphone pour prendre des photographies, des vidéos et parfois des notes. Ce dernier était beaucoup plus discret et passait inaperçu dans le milieu médical. Tout soignant en a un avec soi y compris au bloc opératoire. C'est un accessoire dont le design permet de l'enfiler dans la poche de la blouse blanche, ce qui est extrêmement pratique.

J'ai toujours demandé la permission aux chirurgiens de prendre des photographies ou des vidéos. J'ai pris soin de flouter tous les noms propres et l'identité des visages des personnes photographiées. J'ai estimé que lorsque les praticiens portaient bonnet, masque et blouse chirurgicale et se situaient dans un bloc opératoire, leur identité était déjà suffisamment cachée.

Le dictaphone. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone, jusqu'à 2015, date à laquelle j'ai commencé à me servir de mon smartphone. La présence du dictaphone n'a été cachée que dans le cas de l'entretien des consultations, car je ne pouvais pas me déclarer en tant qu'ethnologue auprès des patients, sous demande des praticiens. Je me suis servie de ces enregistrements uniquement dans un souci de fidélité de transcription à l'écrit. Peu de ces conversations figurent dans ce présent travail. Si ce contenu était exploité un jour, il serait bien évidemment publié de manière anonyme. J'ai enregistré aussi le son d'ambiance des cliniques et des hôpitaux, avec une finalité évocatrice de souvenirs pour la reconstruction éventuelle des situations sensorielles de soin.

RÉFLEXIVITÉ

En conclusion de cette présentation méthodologique je ressens le besoin de développer une note réflexive. La distance que j'avais initialement avec cet objet d'étude, à savoir la pratique de la chirurgie esthétique et ses acteurs, peut être comparable à la distance que l'on peut ressentir avec une culture ou un peuple. J'ai appris à connaître ces objets au fur et à mesure que je le découvrais, grâce à mes interlocuteurs, aux ouvrages dédiées et en ligne. Je n'ai personnellement pas fait recours à la chirurgie esthétique, et aucun de mes proches non plus, si ce n'est la famille équatorienne qui m'a hébergée en 2003-2004. Il s'agissait donc pour moi d'un objet d'intérêt exotique, qui m'étonnait, qui m'interpellait et qui me fascinait.

Il m'est apparu très tôt que l'image que donnaient les médias et certains ouvrages académiques de la chirurgie esthétique était caricaturale. Je sentais que l'anthropologie pouvait déployer des concepts originaux pour comprendre cette pratique et remédier à la stérilisation de la réflexion qui me paraît inhérente à certaines approches critiques. Le principe éthique fondamental qui a habité ma démarche de recherche était « celui du respect des

personnes étudiées » (Ghasarian, 2004, 8). Ainsi, tous mes efforts ont convergé dans la construction d'un portrait anthropologique scientifiquement cohérent de ces praticiens, qui vise à contraster avec les raccourcis caricaturaux, lesquels se tendent comme des pièges faciles à celui ou celle qui se laisse emporter par les idées reçues, mûries sous l'influence des récits médiatiques de cette pratique (comme je l'explique dans le chapitre 1.5).

La recherche de terrain a été menée dans des conditions précaires, à cause des contraintes liées à mon emploi alimentaire, principale source de revenus. Cet emploi à temps plein m'empêchait de partir sur le terrain quand je le voulais. Ainsi, le terrain que j'aurai pu terminer en quelques mois, a duré des années. La réflexion, la lecture et l'écriture de ce travail de thèse et mon engagement dans la recherche ont souffert de ce manque de financement. L'ouverture avec laquelle j'ai envisagé le terrain m'a permis de prêter attention à des détails originaux, mais elle m'a aussi poussée à la dispersion. Par exemple, toutes les observations extrêmement détaillées que j'ai menées au bloc opératoire, n'ont pas servi mon propos, dans le cadre de ce travail de thèse. Néanmoins, le but de ce travail est de proposer une vision élargie, générale, de la pratique de la chirurgie esthétique et de ses protagonistes, sous un prisme anthropologique. Il me semblait nécessaire de procéder par induction, à la façon d'un « entonnoir », partir d'une perspective générale sur la chirurgie esthétique et les praticiens - qui avait uniquement été ébauchée en anthropologie – pour arriver à l'analyse progressive des aspects particuliers dans un deuxième temps, par exemple dans une recherche postdoctorale.

Les nombreux engagements où je me suis impliquée pendant la période doctorale en France et au Mexique (formations, organisation de séminaires et de colloques, publications d'ouvrages et d'articles, tournage d'un documentaire au Mexique, engagement associatif, etc.) ont volé du temps à l'implication scientifique de la thèse. Néanmoins, cela était d'une part une obligation de formation (et contrepartie contractuelle pour la bourse de recherche mexicaine) et d'autre part une passion dévoilée dans le domaine du management de la recherche que je ne suspectais pas voir apparaître.

Je propose donc, concluant ce parcours doctoral, un manuscrit principalement ethnographique, qui s'ouvre toutefois à des considérations théoriques qui aident à contextualiser les débats actuels autour de cette pratique qui demeure polémique. J'espère montrer que l'anthropologie nous fournit une troisième voie, face aux positionnements « pour » ou « contre » la chirurgie esthétique, encore trop présents dans les débats populaires et académiques.

Je cite une variété d'auteurs que je considère tous au même titre être mes maîtres, mes guides, mais envers lesquels je ne porte pas de fidélité épistémologique. Ils sont issus de

différents courants de pensée, époques et traditions ce qui s'explique par la maîtrise de plusieurs langues qui me permettent d'élargir mes horizons bibliographiques. Les réflexions de mes prédécesseurs sont simplement des boîtes à outils, que je sollicite lorsqu'elles m'aident à mieux penser un phénomène.

La vision que je propose des chirurgiens esthétiques vise à rendre compte de l'ambivalence des significations et des démarches de ces praticiens, dans un effort vers la production d'une perspective complexe du réel (Morin, 2005) comme une éthique nécessaire.

1.2 HISTOIRE DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE[27]

« En ce qui concerne les médecins, force est de constater qu'il y a, sur la longue durée, une continuité remarquable de l'Antiquité à nos jours » Stanis Perez (2015, 10)

L'anthropologie est une science des continuités. Une analyse de la chirurgie contemporaine doit prendre en compte que cette dernière puise ses racines dans l'histoire de l'humanité, plus précisément dans la préhistoire. Des millénaires av. J.-C., les hommes du Paléolithique et du Néolithique pratiquaient des trépanations crâniennes et des amputations. Cette invention fait de la chirurgie un des premiers procédés de modification du corps à visée thérapeutique dont nous avons une trace. Aussi, pouvons-nous admettre que les procédés chirurgicaux actuels sont le résultat d'une mise au point de techniques, savoirs et représentations traditionnels, ancestraux qui constituent le patrimoine culturel et technique de l'humanité entière. Dans cette perspective, la chirurgie hospitalière « moderne » peut être entendue comme un aboutissement de multiples influences et apports en matière des techniques et savoirs des civilisations indienne, mésopotamienne, égyptienne, arabe, etc.

L'approche anthropologique de la chirurgie s'intéresse aux techniques et aux représentations liés à l'effraction du corps avec des finalités thérapeutiques. De fait, nous observons qu'il y a une efficacité thérapeutique liée à l'acte d'extraire du corps malade l'élément pathologique afin de le guérir (ou de rajouter un élément manquant) ; cette thérapeutique se structure dans un temps rituel et s'accompagne de représentations qui dérogent souvent de la rationalité médicale « scientifique » d'empreinte biomédicale.

Les anthropologues se sont intéressés de manière privilégiée à la chirurgie hospitalière. Toutefois, existe aussi une anthropologie exercée en libérale qui s'y distingue pour certains éléments, comme nous le verrons dans le présent travail pour la chirurgie esthétique. Par ailleurs, nous observons aussi l'existence d'une chirurgie de mission humanitaire, mais aussi une chirurgie médiumnique (notamment de tradition spiritiste) qui sont largement plus inexplorées. L'étude anthropologique de la chirurgie dans ces différents contextes et variantes montre l'existence d'un pluralisme de représentations relativement à l'acte chirurgical. La chirurgie est empruntée comme outil efficace, au service du mieux-être,

27 Pour la rédaction de ce chapitre historique, je m'appuierai sur des travaux d'historiens et aussi de médecins. En effet, il est courant que les médecins s'intéressent à l'histoire de la médecine et publient des ouvrages dédiés.

sans pour autant être toujours liée à cette rationalité biomédicale cartésienne entendue comme une épistémologie monolithique. C'est avec cette perspective ouverte à l'étonnement et au détournement des idées reçues que s'ouvre un regard compréhensif autour de la chirurgie et des chirurgiens esthétiques.

Les témoignages historiques plus anciens d'une chirurgie plastique relèvent du code babylonien d'Hammurabi (1750 av. J.-C.). Les chirurgiens assyro-babyloniens avaient « affiné les techniques chirurgicales de reconstruction et esthétiques du visage suite à l'extraction des tumeurs cutanées déformantes » (Ghigi, 2008, 21). En Inde, la chirurgie est pratiquée depuis l'Antiquité. Les livres Veda incluent la description de plus de trois cents procédures chirurgicales et cent vingt instruments chirurgicaux. Parmi ces livres, le traité Sushruta Samita, écrit par le chirurgien Susruta au VIIe siècle av. J.-C., décrit différentes techniques chirurgicales, dont la reconstruction du nez. Cette technique visait à réparer l'amputation du nez, une punition qu'on donnait aux « prisonniers de guerre pour avoir transgressé les lois sacrées et trompé son mari » (Ghigi, 2008, 21). La technique de reconstruction du nez décrite par Susruta se pratiquait en Inde jusqu'au l'importation en Europe, au XVIIIe siècle, sous le nom de « méthode indienne ».

Sans doute, l'influence du savoir médical indien et notamment celle relative à la technique de reconstruction du nez s'est-elle étendue aux civilisations grecques et romaines. Au Ve et VIe siècle avant J.-C., le médecin grec Hippocrate pratiquait « des interventions de réparation des fractures nasales et des malformations du visage » (*ibidem*, 22). À Rome, le médecin roman Celse (Ier siècle apr. J.-C.) « donne des indications pour reconstruire le nez, pour l'utilisation de lambeaux faciaux afin de corriger les fentes labiales, pour des interventions plastiques aux oreilles, et pour l'usage de lambeaux sous-cutanés » (idem). Cette intervention était pratiquée de manière reconstructive, car la « loi byzantine, en vigueur jusqu'à la Renaissance, prévoyait l'ablation du nez pour les hommes adultères et pour les violeurs surpris dans l'acte » tandis que « la loi suédoise et normande en vigueur en Sicile prévoyait que les femmes siciliennes coupables d'adultère ou d'avoir prostitué leurs filles aient le nez tranché » (Monga, 1992, 380). Les blessures et amputations du nez lors de duels, ainsi que les séquelles de syphilis ou lèpre venaient augmenter les demandes de reconstruction (*idem*).

Il faut rappeler que dans l'Antiquité le savoir chirurgical de réparation des nez était l'apanage des familles de *mestieranti*, des « hommes de métiers » qui avaient probablement appris la technique auprès d'autres chirurgiens, mais qui n'étaient pas des hommes lettrés. En

Italie du Sud, au XVIe siècle, les familles Branca de Sicile et Vianeo de Calabre étaient spécialisées dans la technique de reconstruction des nez, pratiquant une variante de la technique de reconstruction indienne. Elles ont suscité beaucoup d'engouement, et recevaient des visites de l'Europe entière. Le premier ouvrage sur cette technique, écrit par le médecin bolognais Leonardo Fioravanti, s'intitulait *Magia Calabrorum Tropiensium* (1570). Fioravanti en décrivait les prouesses de ces *cirugici dignissimi*, lesquels auraient attiré l'attention même du célèbre Ambroise Paré (Monga, 1992, 381).

Cette même technique vient reprise, pratiquée et décrite par le chirurgien bolognais Gaspare Tagliacozzi (1545-1599) à l'Université de Médecine de Bologne. Ce chirurgien publie ses résultats dans le traité *De curtorum chirurgia per insitionem*[28] (1597). Tagliacozzi s'était formé à l'école de médecine de Bologne, il connaissait le latin. Néanmoins, sa respectable formation médicale ne l'épargne des critiques pour « améliorer les formes extérieures du corps humain » (Ghigi, 2008, 31). Pourtant, Tagliacozzi se justifie longuement dans la préface de son ouvrage de 1597 :

> « Le but de notre œuvre n'est pas de donner de la couleur au teint, d'adoucir la texture de la peau des membres, d'embellir les cheveux et d'augmenter l'attractivité de la beauté niée par la nature, car c'est là l'objectif de la médecine de la beauté. Au contraire, nous restituons, réparons et redonnons à ces organes l'entièreté que la nature leur avait donnée et enlevée, non pas pour délecter les yeux, mais parce qu'ils sont une aide efficace et non illusoire, et nous ne nous limitons pas à l'apparence, comme le font les arnaqueurs, au contraire nous faisons comme il convient aux bons médecins et suiveurs du grand Hippocrate. Même si la beauté primitive du visage est restituée, ce n'est pas là la finalité. L'objectif du médecin est que les organes puissent remplir le rôle qui est le leur, sans s'intéresser à une beauté apparente, fausse et indigne des successeurs des médecins, mais à une beauté véritable et authentique, que la nature bienveillante a donnée à chaque organe comme un perfectionnement, sans autoriser qu'une seule particule soit dépourvue de cette grâce. Nous inscrivons cette chirurgie dans la chirurgie qui soigne et l'entendons en médecine avec ce seul objectif. » (Ghigi, 2008, 32).

Son ouvrage fut perçu comme une remise en cause de la médecine officielle et il « expose à des dilemmes éthiques encore d'actualité (…) De quelle manière conjuguer le risque parfois mortel qui encourt le patient *non affecté par aucune pathologie physiologique*[29] avec les principes de la profession médicale ? », se demande Rossella Ghigi (*ibidem*, 31). Face aux critiques, Tagliacozzi argumente que la chirurgie reconstructive n'est pas une chirurgie vaine, uniquement liée à la beauté. Pourtant, à son époque la reconstruction était considérée comme un acte esthétique, et Tagliacozzi était accusé de « charlatanerie et de sacrilège » (*ibidem* 30).

---

28 « Chirurgie des mutilations par le moyen de greffes ».
29 Italique mien.

> « La réception de l'ouvrage de Tagliacozzi fut ambiguë de la part des autorités académiques, et des élites de l'Église. (…) Malgré le fait que ce traité fut salué par certains des grands noms de la chirurgie, Tagliacozzi a aussi été accusé d'être un charlatan et d'avoir commis un sacrilège. Jusqu'au XVIIIe siècle, peu nombreux ont été ceux qui défendaient la chirurgie plastique dans l'environnement académique (…) Des légendes affirment que le cadavre du chirurgien bolognais aurait été exhumé et enterré dans une terre non consacrée, et lui-même appelé « magicien » (*ibidem*, 34).

Les techniques illustrées par Tagliacozzi ne furent pas transmises à des disciples (nous n'en avons pas le témoignage) et furent redécouvertes seulement au XVIIIe siècle.[30] Aujourd'hui, Tagliacozzi est considéré un des pionniers de la chirurgie plastique. Néanmoins, c'est intéressant de s'arrêter sur la virulence de sa condamnation. Il n'était pas jugé par ses insuccès, mais purement sur la base de critères moraux. De fait, à l'époque la réparation des corps mutilés était assimilée à une médecine de beauté. En tant que modification de l'apparence, elle transgressait la volonté divine s'apparentant au déguisement. Le masque et le déguisement festif ou rituel étaient regardés avec suspicion par l'Église catholique :

> « En vertu de la relation dynamique que l'on concevait entre l'être et le paraître, on voyait dans le déguisement une façon de jeter des ponts entre les espèces, une pratique qui actualisait des points de vue non humains. Certains y percevaient donc une transgression de l'ordre « spécifique » de la Création » (Bartholeyns, 2011, 19)

Assimilée à l'acte de déguiser et cacher une nature et un destin attribué par Dieu, la réparation chirurgicale de l'apparence éveillait les suspicions et les craintes. Ces condamnations morales ont contribué à empêcher un développement de cette pratique dès le Moyen Âge. Néanmoins, la demande était forte. Les personnes syphilitiques, à défaut de pouvoir bénéficier d'un remède médical à leur pathologie (celui-ci ne sera pas disponible avant 1940), s'adressaient aux chirurgiens pour endiguer le stigma visuel que cette maladie inscrivait sur leurs corps, provoquant des pustules et faisant s'atrophier la pointe du nez.[31] Les chirurgiens qui effectuaient des reconstructions de nez syphilitiques s'exposaient aux critiques pour couvrir les potentiels disséminateurs de cette pathologie contagieuse. De leur côté, les patients enduraient de fortes douleurs et affrontaient les risques d'infection, ils « étaient prêts à risquer de telles procédures pour retrouver un nez presque humain » (Gilman, 1999, 59).

---

30 La technique de la plastie du nez commence à se diffuser en Europe seulement deux siècles plus tard, en 1794, quand est publié un article dans le Gentemen's Magazine, en Angleterre, illustrant la méthode de reconstruction du nez par lambeau frontal (Gilman, 1999, 75).

31 À l'époque on constatait la naissance d'enfants syphilitiques avec des séquelles visibles dès la naissance. Pour pallier cette défiguration, il faudra attendre la fin du XIXe siècle et la première greffe osseuse nasale, réalisée par Eugen Höllandern (Glicenstein, 2007a).

INSTITUTIONNALISATION DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE

La chirurgie vient reconnue et légitimée en tant que pratique médicale en Europe seulement à partir du XVIIIe siècle. En 1794 sont créés en France des écoles de santé regroupant des médecins et des chirurgiens concentrés sur l'apprentissage et la pratique médico-chirurgicale (Le Breton, 2008, 113). À partir de ce moment, la chirurgie travaillera en étroite collaboration avec la médecine « interne » ou physiologique, principalement au sein des hôpitaux. Certaines innovations médicales ont permis une large démocratisation de la chirurgie et son institutionnalisation. Le fait le plus marquant a été sans doute l'invention de l'anesthésie et de l'asepsie dans la deuxième moitié du XIXe siècle. Ces inventions ont permis d'allonger les temps opératoires, d'éviter le traumatisme chirurgical aux opérés grâce à l'effet antalgique de l'anesthésie et de réduire drastiquement les complications liées aux infections nosocomiales.

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, la formation des chirurgiens s'est progressivement standardisée. Au XXIe siècle, le modèle de la chirurgie hospitalière s'est étendu désormais à toutes les grandes villes du monde. La formation en chirurgie, qui se fait généralement dans les hôpitaux universitaires, prévoit un cursus en médecine et chirurgie générale ainsi qu'une spécialisation chirurgicale parmi les suivantes : vasculaire, digestive, infantile, plastique/esthétique, maxillo-facial et stomatologie, ophtalmologique, ORL et urologique. L'ensemble du cursus dure en moyenne dix à douze ans.

Un chirurgien peut décider de travailler dans le secteur public hospitalier, dans le secteur libéral ou dans les deux. Le salaire moyen d'un chirurgien en France en 2020 est de 4500 € net / mois[32] s'inscrivant ainsi parmi les professions les mieux rémunérées.[33]

La chirurgie plastique[34] s'est développée en Europe et aux États-Unis notamment pendant la Première Guerre mondiale (1914-1918). Pendant ce conflit, les chirurgiens ont reconstruit les visages des « gueules cassées ». Ces soldats avaient été gravement mutilés aux visages, car leurs têtes étant particulièrement exposées dans les tranchées. Pour faire face à ces mutilations de masse, des techniques de reconstruction se sont améliorées ou ont été créées : « greffes, matériaux de prothèses, mais aussi rayons X et transfusions sanguines » (Le

32 « Combien gagne un chirurgien ? » <https://www.salairemoyen.com/salaire-metier-396-Chirurgien_.html> consulté le 3/2/2021.

33 Selon la statistique ici proposée : http://www.journaldunet.com/business/salaire/france/pays-fra consulté le 3/2/2021.

34 Le terme « chirurgie plastique » fut inventé par Pierre Joseph Desault au XIXe siècle, invoquant l'étymologie grecque plastikos qui indique « fait pour être modelé » (Gilman, 1999, 10).

Hénaff, 2010, 81) ces blessures inédites ont dû être soignées avec des moyens inédits, souvent expérimentaux.[35]

La Première Guerre mondiale a été aussi l'occasion de constituer des réseaux de connaissances et de collaborations entre les chirurgiens de différents pays. Revenus à la vie civile, les chirurgiens qu'avaient réparé les mutilés de guerre, ont acquis un certain prestige aux yeux de la société : « en faisant preuve de leur utilité sociale, en répondant à de nouveaux symptômes par le développement d'outils technologiques propres, ces chirurgiens se sont « naturellement » imposés comme des interlocuteurs indispensables » (Le Hénaff, 2010, 83). Progressivement, la chirurgie plastique a acquis ainsi une légitimité au sein de la communauté médicale et une place dans les hôpitaux.

La chirurgie de type « purement » esthétique se développe en parallèle à la chirurgie reconstructive. Elle était pratiquée déjà au XIXe siècle aux États-Unis sous le nom de chirurgie cosmétique (*cosmetic surgery*) et répondait aux demandes de correction de certaines caractéristiques morphologiques liées au vieillissement ou de type congénital (oreilles décollées, chirurgie du nez, lifting, réduction mammaire, etc.). Elle s'insère dans le tissu commercial urbain, à proximité des cliniques esthétiques dermatologiques ou des *beauty parlors* (Gilman, 1999, xix). N'importe quel médecin pouvait pratiquer la chirurgie esthétique, les spécialisations médicales n'étaient pas encore formalisées.

Progressivement, les chirurgiens cherchent à se réunir en sociétés savantes. Entre 1921 et 1931 naissent aux États-Unis, deux sociétés savantes de chirurgiens plasticiens : *l'American Association of Plastic Surgeons* (AAPS) et *l'American Society of Plastic Reconstructive Surgeons* (ASPRS). L'institutionnalisation de cette pratique s'est faite au prix des conflits internes, car à l'époque existait une tension latente entre les chirurgiens reconstructeurs étasuniens (de bonne famille, qui ne pratiquaient pas l'esthétique) et d'autre part les chirurgiens plasticiens plutôt issus de l'immigration (de classe défavorisée, ayant la tendance à développer la dimension commerciale de leur profession en faisant de la publicité) (*ibidem*).

---

35 « la complexité des cas, leur urgence et les vicissitudes de la guerre entraînent en effet un moindre degré de contrôle sur l'action des médecins (…) Les centres médicaux deviennent des laboratoires d'expérimentation qui pratiquent des hétérogreffes à partir de tissus animaux ou des homogreffes issues de tissu humains, tentées de manière hasardeuse sans aucun test préalable (…) Les blessés sont alors un véritable matériel humain, objet d'expérimentation et d'acharnement thérapeutique » (Le Hénaff, 2010, 81 ; cit. Sophie Delaporte Gueules cassées de la grande guerre, Paris, Agnès Viénot Éditions, 2004).

C'est suite à des scandales sanitaires et aux procès de patients, notamment le cas Dujarier,[36] que les chirurgiens esthétiques français se soudent afin de formaliser un cadre professionnel pour leur spécialité (Le Hénaff, 2017). Naît donc en 1930 la *Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique (*SSFCRPE), à laquelle s'associent la *Revue de Chirurgie plastique* et la *Revue française et chirurgie réparatrice plastique et esthétique*.

Au Mexique, l'*Asociación Mexicana de Cirujanos Plasticos* (AMCP) voit le jour en 1948. En Amérique Latine les chirurgiens esthétiques se réunissaient dans des groupes internationaux à l'échelle latino-américaine, avec l'exposition de leurs travaux dans le *Congreso Latinoamericano de Cirugia Plastica* et la publication de la *Revista Latinoamericana de Cirugia Plastica.* Quelques années plus tard, ils ont élargi les collaborations au Portugal et à l'Espagne, créant la *Federacion Iberolatinoamericana de Cirugia Plastica* (Del Vecchyo, 2013 ; 2015).

La création des sociétés savantes a permis la formalisation de diplômes de chirurgie plastique reconstructive et esthétique (en anglais les *board*, « conseils »).

RÉSUMÉ

Dans ce chapitre nous avons vu que la chirurgie plastique esthétique puise ses racines dans l'histoire de l'humanité. Les témoignages historiques et archéologiques montrent qu'elle était pratiquée depuis l'Antiquité. Elle a toujours répondu au souci de réparation d'un dommage esthétique, qu'il soit provoqué par une tumeur, un accident ou une mutilation volontaire. À partir du Moyen Âge les chirurgiens plasticiens font l'objet de critique de la part des autorités intellectuelles de l'époque, qui les condamnent âprement pour pratiquer une activité moralement condamnable, puisqu'associée à la vanité, mais aussi au déguisement. Une certaine légitimation de la chirurgie reconstructive s'accomplit seulement au XXe siècle, grâce à l'investissement des chirurgiens plasticiens auprès des blessés de guerre.

36 Le docteur Dujarier a reçu une plainte de la part de sa patiente Suzanne Geoffre, qui a dû être amputée suite à une intervention de lipoplastie aux jambes. Ce praticien a été accusé de négligence pour avoir pratiqué une intervention risquée sur un membre sain, avec le seul propos d'améliorer son apparence. Le risque pris a été jugé sévèrement car il était lié à une intervention « non thérapeutique », non nécessaire pour la santé de la patiente. (Le Hénaff, 2017).

Par contre, nous observons que le statut de la chirurgie « purement » esthétique est encore ambigu. Elle est pointée comme une activité qui s'attaque au corps « sain » entraînant des risques injustifiés. Jusqu'aujourd'hui cette sous-spécialité n'a pas encore acquis une validation sociétale et elle suscite encore des polémiques. Un des points de débat s'articule autour de la reconnaissance de sa valeur thérapeutique. La perspective anthropologique nous permet de comprendre autrement cette mise à marge de la chirurgie esthétique dans l'histoire de la biomédecine. Dans le prochain chapitre, nous analyserons la controverse qu'investit cette spécialité et ses acteurs, qu'ils soient les patients ou les chirurgiens. Cela nous emmènera vers l'adoption d'une perspective *émique* (interne, propre aux interlocuteurs) vis-à-vis du caractère thérapeutique de cette spécialité.

1.3 LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE : PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE OU D'AMÉLIORATION ?

« La médecine peut-elle être esthétique ? » s'interroge l'ethnologue Alexander Edmonds (2013), nous incitant à réfléchir à la superposition des notions de beauté et de santé dans la pratique de la chirurgie et de la médecine esthétique. Pour répondre à cette question, il me paraît intéressant d'en inverser les termes : l'acte d'esthétisation du corps peut-il être thérapeutique ? S'ouvre avec cette question une véritable hypothèse anthropologique.

Depuis le Moyen Âge, les chirurgiens esthétiques et les autorités morales s'affrontent autour de cette question. D'un côté les praticiens portent les cas cliniques comme preuves qu'une thérapeutique a bien lieu ; d'un autre côté, les autorités morales définissent la quête de la beauté comme un leurre, une illusion, une vanité éphémère qui n'apporterait pas le vrai bonheur. Ces autorités morales valorisent l'accomplissement spirituel et intellectuel tout en méprisant l'investissement sur le corps ainsi que le plaisir et la satisfaction que ce travail corporel peut donner à l'individu. Ce discours qui dévalorise l'investissement sur le corps au profit de celui sur les idées (ou sur l'âme) porte l'héritage de la tradition philosophique platonique et il se retrouve aussi dans la morale catholique et dans le rationalisme cartésien.

En tant qu'anthropologues notre intérêt n'est pas de définir si la chirurgie esthétique est moralement acceptable ou pas. Nous nous demandons plutôt : quel sens revête l'investissement esthétique pour les acteurs concernés ? Notre point de mire se déplace donc du jugement de valeur à la compréhension de la valeur que la pratique revêt pour nos interlocuteurs. L'enjeu est à la fois épistémologique et éthique, car il s'agit de sortir d'une perspective ethnocentrée qui nous porte à juger les pratiques de nos interlocuteurs avec nos propres valeurs.

BEAUTÉ FONCTIONNELLE : POURQUOI LES HUMAINS ONT-ILS BESOIN D'AMÉLIORER LEUR APPARENCE ?

Associé souvent à la vanité et à la superficialité, l'investissement esthétique sur le corps revêt des significations anthropologiques variées et complexes qui peuvent être mises en avant. Au-delà des significations particulières qui revêt chaque intervention et pratique pour les groupes, l'anthropologie s'intéresse aussi au sens général et à la fonction d'un comportement culturel qu'est l'embellissement corporel. Dans cette perspective, nous pouvons nous

demander : pourquoi les humains, depuis la préhistoire, ont adopté des comportements d'esthétisation du corps ? Quelle utilité a ce comportement culturel ?

Les chercheurs s'entendent pour affirmer que, depuis la préhistoire, toutes les cultures humaines ont investi de manière considérable leur temps et leurs ressources dans l'apparence, pour la modifier ou changer ses attributs. Les sociobiologistes et les psychologues évolutionnistes tendent à voir la beauté comme un moyen, pour l'espèce humaine, d'arriver à satisfaire un objectif concret, la reproduction. Selon Nancy Etcoff (1999) "la forme du corps (…) ou des traits comme la symétrie et la peau douce sont considérés être des caractères physiques qui aident à attirer l'attention de compagnons possibles et prévaloir sur les autres rivales ».[37] Ce serait donc un objectif de compétition qui motiverait les personnes à entretenir leur apparence et à y investir temps et argent.

En sociologie, Georg Simmel (2013) a défendu l'idée que la beauté et la mode sont des stratégies qui améliorent la désidérabilité personnelle des individus par rapport à leur groupe de référence. L'investissement sur l'apparence est donc lu par Simmel comme un moyen de compétition, pour prévaloir sur l'autre, pour se démarquer dans le groupe. Affirmant cela, Simmel dénonce l'emphase portée sur la beauté, car elle serait un procès d'égalisation sociale paradoxal. De fait, les modèles de beauté, en changeant constamment, se différencient constamment et leur poursuite se réduirait donc à une « intense subjugation individuelle » dans une course perdue dès le départ (*ibidem*).

Nous pouvons certainement individualiser des facteurs d'ordre historique et sociologique qui coïncident et rendent possible une popularisation de la chirurgie plastique dans le monde entier au début du XXe siècle. Il faut d'abord rappeler que le XIXe siècle fut le siècle de l'industrialisation et de l'urbanisation en Europe, et progressivement dans le monde entier. La vie dans les grandes métropoles s'organise autour de différentes valeurs, différents rythmes, différentes représentations. Dans ce nouveau contexte, urbain, de masse, la compétition entre les individus s'accroît que ce soit pour les compétences professionnelles ou en termes d'apparence physique.

Simmel observe que dans les grandes villes existe une : « difficulté à faire valoir une personnalité propre ». On cherche donc « à se distinguer, à se faire remarquer — unique moyen de gagner une certaine estime de soi-même et la conscience d'occuper une place dans la conscience des autres » (Simmel, 2013, 66). Étant donné « la brièveté et la rareté des

37 Nancy Etcoff, *Survival of the Prettiest: The Science of Beauty* (New York: Doubleday, 1999), citée par Alexander Edmonds (2008).

rencontres qui sont accordées aux autres (…) la tentation de se présenter d'une façon mordante, condensée et la plus caractéristique possible, se trouve extraordinairement plus présente que là où les rencontres longues et habituelles veillent déjà à donner à l'autre une image sans équivoque de la personnalité » (*idem*).

Simmel observe que la nouvelle configuration sociale de l'urbanisation et de la société de masse pousse les individus à la différenciation : « Les individus libérés des liens historiques veulent aussi se différencier maintenant les uns des autres. Ce n'est plus l'« "être humain universel" en chaque particulier, mais le caractère unique et incomparable en qualité qui est maintenant le support de sa valeur » (Simmel, 2013, 70). Les « individus » des sociétés contemporaines, urbaines et industrialisées, développent une manière spécifique d'être en société (ou être dans le monde) qui prévoit une « mise en scène » de soi constante dans l'espace public. Ici se déroulent désormais la plupart des échanges et des interactions sociales.

Le sociologue Erving Goffman analyse quelques-unes de ces « mises en scène de soi » dans le contexte des États-Unis dans les années 70' (Goffman, 1973). Avec cet objectif, il analyse les codes de l'apparence physique, mais aussi -et surtout- la manière de se présenter qui constitue « l'appareillage symbolique » et la « façade personnelle » (on dirait aujourd'hui l'interface) qui permet aux individus de se situer dans le scénario social (dans un contexte professionnel, familial, de voisinage, etc.). Tous ces éléments sont également significatifs : « les signes distinctifs de la fonction ou du grade ; le vêtement ; le sexe ; l'âge et les caractéristiques raciales ; la taille et la physionomie ; l'attitude ; la façon de parler ; les mimiques ; les comportements gestuels et autres éléments semblables, etc. » (Goffman, 1973, 32). Ces éléments sont des « supports de communication » lesquels, grâce à la référence à des codes abstraits, permettent des logiques d'identification sociale élargie.

Citant l'anthropologue britannique Radcliffe-Brown, Goffman observe que « lorsque le nombre de personnes s'accroît (dans une société donnée) la segmentation en clans devient le seul moyen d'instaurer un système moins compliqué d'identifications et de traitements » (Goffman, 1973, 33). Ainsi, dans les sociétés urbaines de « masse », l'institution de conventions esthétiques partagées par des groupes restreints permet aux individus de socialiser plus facilement et ainsi d'interagir. L'apparence entendue comme « façade » est un indicateur du rôle social joué par les individus. Ainsi, le fait d'accomplir une tâche va de pair avec assumer ou incorporer la façade correspondante (Goffman, 1973, 34).

Ce questionnement fondamental autour du sens du beau peut-être élargi à toutes les cultures animales, comme le rappelle le philosophe Lorenzo Bartalesi (2012, 2015, 2017). Bartalesi analyse l'œuvre du célèbre naturaliste anglais Charles Darwin, soulignant que ce

dernier se proposait de trouver un commun dénominateur –entre les animaux humains et non humains– qui puisse expliquer le recours à des techniques esthétiques. Le sens de la beauté, ou « sens of beauty », et la « mise en scène » de ses attributs esthétiques seraient-ils utiles à la vie en société, voire à la reproduction de l'espèce, ou bien des comportements inutiles et énergiquement trop coûteux ?

Nous pouvons imaginer que l'esthétisation du corps est un comportement culturel qui a été « sélectionné » au cours des siècles, par son utilité. Du point de vue de la neurobiologie « L'attitude esthétique est une importante conquête cognitive de nos ancêtres hominides dans le défi de la survivance » (Bartalesi, 2012, 12). Le sens esthétique permettrait « une relation transculturelle avec le monde, inhérente à la genèse évolutive de notre espèce » (Bartalesi, 2012, 13).

Selon l'anthropologue Francesco Remotti (2003a, 2003b, 2006, 2013, 2018) les pratiques esthétiques permettent à l'humanité et à l'individu d'exister, puisque lui permettent de se situer dans un système culturel de valeurs et de significations. Ce réseau de significations complexes, que l'on appelle autrement la culture, serait particulièrement inhérent à la vie sociale d'Homo Sapiens, l'espèce humaine la plus culturelle (Remotti, 2018). Remotti répond donc à la question du sens du beau ou de la fonction des pratiques esthétiques avec le paradigme de *l'anthropopoiésis*, autrement dit le besoin de façonner le corps pour répondre à un critère d'humanité propre au groupe social de référence. Nous approfondirons ce concept dans la quatrième partie de ce manuscrit.

De leur côté, les études féministes critiques envisagent le recours aux pratiques esthétiques comme un embellissement (*beautification*) qui traduirait une soumission des femmes à des modèles artificiels imposés par l'industrie de la beauté (Bartky, 1982, 1990, 1993, 1997 ; Bordo, 2003 ; Wolf ; 1991 ; Morgan, 1991 ; Jeffreys, 2005 ; Winter et al, 2010 ; Lipovetsky, 1997, Muñiz, 2010, 2011, 2012, 2013).[38]

Sheyla Jeffreys, une féministe radicale, est extrêmement critique à l'égard des pratiques esthétiques. Elle les considère comme des pratiques nuisibles pour les femmes, jusqu'à insinuer qu'elles seraient comparables aux mutilations génitales féminines et qu'elles devraient être reconnues comme des violations des droits de l'homme :

> " Il est également important de discuter d'une forme importante que les HTP (Harmful Traditional Practices) [en français : Pratiques Traditionnelles Nuisibles] prennent dans Occident: une soumission de soi à des pratiques néfastes dont l'origine culturelle est masquée par la rhétorique individualiste du

38 Cette liste n'est pas exhaustive.

«choix» et du «consentement». Les pratiques de beauté si répandues en Occident en sont un exemple. Les commentateurs féministes ont depuis longtemps souligné que ces pratiques avaient des effets négatifs sur la santé et l'estime de soi des femmes (Stannard 1971; Pogrebin 1983; Brownmiller, 1984; Wolf 1991; Davis 1995). Les féministes ont individualisé les origines de ces pratiques dans la citoyenneté de seconde zone des femmes, dans les flatteries de l'industrie de la mode, dans le besoin acculturé des femmes de gagner l'approbation des hommes, et même dans le besoin des femmes de survivre et d'éviter la violence masculine (Bordo 1993; Graham et coll. 1994). Rhoda Howard a affirmé que les pratiques de beauté sont nuisibles aux femmes et qu'à cause de cela les États-Unis devraient être inclus dans le champ des violations des droits de l'homme. Elle reproche à la littérature sur les droits de l'homme de ne pas les reconnaître comme des pratiques de dégradation sociale par leurs effets néfastes sur les groupes subordonnés. Par «dégradation sociale», elle entend «le traitement de catégories de personnes comme inférieures, méritant moins de respect que les autres, voire aucun respect du tout » (Howard 1993: 503). Elle soutient que les gens sont dégradés lorsqu'ils adoptent des mesures pour améliorer leurs «déformations» physiques et leur «saleté», par exemple, pour essayer d'éclaircir la couleur de leur peau, changer la forme de leur nez ou modifier le poids et la forme corporels » (1993: 506). Elle définit comme une automutilation le changement de maquillage physique ou les façons de parer ou de vêtir son corps, qui ont des conséquences néfastes sur la santé ». Elle donne comme exemples les cosmétiques, la chirurgie, les talons hauts et les régimes. Elle suggère qu'il y a trois aspects à l'automutilation féminine: «les mutilations que les femmes exécutent directement sur elles-mêmes, la soumission volontaire à autrui à des fins mutilatoires et de socialisation et les pratiques par lesquelles les femmes plus âgées mutilent directement les jeunes filles ou les forment à se mutiler »(1993: 506). Les HTP tels que celles-ci sont sans aucun doute préjudiciables à la santé des femmes et leur sécurité. Mais constituent-elles des violations des droits fondamentaux des femmes? Dans le cas des pratiques que les femmes «exercent directement sur elles-mêmes», la réponse est non'. Les approches des droits de l'homme exigent la répudiation légale d'abus, et un cadre législatif n'est pas approprié pour l'automutilation qui résulte d'une oppression intériorisée. Cependant, bon nombre de ces pratiques sont exécutées par quelqu'un d'autre que la femme elle-même. Ils impliquent un agent ou des agents qui exécutent effectivement les mutilations et auxquels les femmes s'adressent pour les faire faire. Celles-ci pourraient être considérées comme une violation des droits fondamentaux des femmes à la sécurité et à l'intégrité de la personne, même si ce n'est actuellement pas le cas pour la plupart d'entre eux. Ainsi, les HTP dans le monde occidental peuvent être considérés comme étant de deux types : d'une part celui dans lequel les agents (généralement des hommes) peuvent être clairement identifiés comme agissant sur le corps des femmes, comme en chirurgie esthétique, et d'autre part les pratiques telles les troubles alimentaires, que les femmes s'infligent en raison d'attitudes qui font que ces pratiques néfastes semblent positives ou inévitables. »[39] (Winter et al. 2002, 87).

Ce point de vue est ouvertement engagé et militant. Il ne s'intéresse pas à comprendre les pratiques de beauté, mais se limite à les juger par le biais d'un filtre moral, sur la base d'un positionnement idéologique. L'influence de l'école De Francfort sur l'ensemble des *cultural studies* et sur le féminisme critique est très forte. Cette école :

« Traite le marxisme non comme une norme à laquelle il importe de rester fidèle, mais comme un point de départ et un instrument d'analyse et de critique de la culture existante (…) À la suite de Marx, la théorie critique analyse la société à la lumière de catégories abstraites, mais elle n'oublie pas, à chaque étape, que, en tant que théorie, elle est une critique du monde qu'elle décrit, que son acte intellectuel est en même temps un acte social, que c'est donc une « critique » au sens marxien. Son sujet est une société historique particulière : le monde capitaliste sous sa forme actuelle, qui empêche le développement de l'homme et menace le monde d'un retour à la barbarie. La théorie critique attend avec impatience une autre société, dans laquelle hommes et femmes décideront eux-mêmes de leur destin et ne seront pas soumis à la nécessité extérieure ; ce faisant, elle accroît la probabilité qu'une telle société advienne et en a conscience. » (Kolakowski, 2018, 147)

39 Traduction de l'anglais faite avec Google traducteur, vérifiée par l'auteur.

De la même manière :

> « Les *Cultural Studies* [études culturelles] ne suggèrent pas simplement un engagement avec quelque chose appelé « le présent ». Elles exigent un tel engagement. (…)» (Behrenshausen, 2019, 68).

Ces courants critiquent la « culture » occidentale et ses pratiques, telle la chirurgie esthétique, comme une expression directe du patriarcat, du capitalisme et du racisme sociétal. L'embellissement n'est pas envisagé comme une ressource, mais au contraire comme une démonstration d'oppression « naturalisée » ou « normalisée ». Selon la théorie critique, en tant que symbole de l'oppression sociale sur le corps de femmes, la chirurgie esthétique devrait être abolie. Ces théoriciens d'inspiration marxiste militent pour la libération des femmes et de tout individu des chaînes sournoises de la société de la consommation.

LA BEAUTÉ COMME ASPIRATION À L'ABSOLU

La vision matérialiste marxiste et critique s'oppose radicalement à la vision poétique de l'embellissement tel qu'il pouvait être envisagé au XIXe siècle, par les poètes tels Charles Baudelaire. Ce dernier écrit *l'Éloge du maquillage* (1863) sur un ton évidemment provocateur. De fait, défiant les moralistes de son époque, Baudelaire conçoit l'embellissement comme un désir d'amélioration qu'il considère comme naturel chez l'espèce humaine.[40] Il attribue au maquillage un pouvoir surnaturel qui serait capable de révéler chez la femme un aspect magique et sacré. L'artifice est dépeint par le poète comme une caractéristique « surnaturelle », divine, caractéristique que la femme a le droit d'incarner. L'usage du maquillage est conçu par Baudelaire comme un moyen, un outil mobilisé pour briller, « s'élever » et se faire « adorer » et sans doute aucune aussi pour séduire :

> « Je suis ainsi conduit à regarder la parure comme un des signes de la noblesse primitive de l'âme humaine. (…) La femme est bien dans son droit, et même elle accomplit une espèce de devoir en s'appliquant à paraître magique et surnaturelle; il faut qu'elle étonne, qu'elle charme; idole, elle doit se dorer pour être adorée. Elle doit donc emprunter à tous les arts les moyens de s'élever au-dessus de la nature pour mieux subjuguer les cœurs et frapper les esprits. Il importe fort peu que la ruse et l'artifice soient connus de tous, si le succès en est certain et l'effet toujours irrésistible. C'est dans ces considérations que l'artiste philosophe trouvera facilement la légitimation de toutes les pratiques employées dans tous les temps par les femmes pour consolider et diviniser, pour ainsi dire, leur fragile beauté. L'énumération en serait innombrable; mais, pour nous restreindre à ce que notre temps appelle vulgairement maquillage, qui ne voit que l'usage de la poudre de riz, si niaisement anathématisé par les philosophes candides, a pour but et pour résultat de faire disparaître du teint toutes les taches que la nature y a outrageusement semées, et de créer une unité abstraite dans le grain et la couleur de la peau, laquelle unité, comme celle produite par le maillot, rapproche

40 Dans l'essai Le peintre de la vie moderne <https://www.gildasbernier.fr/wp-content/uploads/2011/09/Charles-Baudelaire_Eloge-du-maquillage.pdf> consulté le 6/2/2021.

immédiatement l'être humain de la statue, c'est-à-dire d'un être divin et supérieur? Quant au noir artificiel qui cerne l'oeil et au rouge qui marque la partie supérieure de la joue, bien que l'usage en soit tiré du même principe, du besoin de surpasser la nature, le résultat est fait pour satisfaire à un besoin tout opposé. Le rouge et le noir représentent la vie, une vie surnaturelle et excessive ; ce cadre noir rend le regard plus profond et plus singulier, donne à l'oeil une apparence plus décidée de fenêtre ouverte sur l'infini; le rouge, qui enflamme la pommette, augmente encore la clarté de la prunelle et ajoute à un beau visage féminin la passion mystérieuse de la prêtresse. »

Dans ce texte, Baudelaire présente le maquillage comme une forme d'émancipation de la femme et de modernité. Il y associe le pouvoir d'accéder au statut de « divinité », dans ce sens, probablement comme un moyen pour la femme prolétaire de briller en société et d'exister dans le regard des autres. Baudelaire représente la beauté comme une référence mythique, certes idéale, mais non pour autant illusoire. Le poète croit dans le pouvoir transcendantal du maquillage, par-delà la simple coquetterie.

Dans une perspective sociologique la quête de la « beauté idéale » se couple à celle d'une meilleure condition sociale. L'amélioration de notre apparence contribuerait à augmenter notre valeur individuelle et nous apporterait toutes une série d'avantages : de la considération des autres au prestige social. Le désir d'une meilleure condition se couple dans ce sens à l'incorporation des valeurs des classes supérieures. De fait, dans les sociétés urbaines « semble exister un système de stratification dominant et, dans la plupart des sociétés stratifiées, on idéalise les positions supérieures et on aspire à passer des positions inférieures aux positions supérieures. Cette attitude ne traduit pas simplement le désir d'avoir une situation prestigieuse, mais aussi le désir de se rapprocher du foyer sacré des valeurs sociales établies. » (Goffman, 1973, 41). Cette « quête d'absolu » est vue par l'anthropologue Francesco Remotti (*op. cit.*) comme un idéal *anthropopoiétique*, comme un modèle d'humanité poursuivi par tous les membres des sociétés humaines ; quête qui s'exprime à travers l'investissement esthétique sur le corps (nous y reviendrons de manière plus approfondie dans la quatrième partie de ce manuscrit).

Dans une perspective complètement opposée, critique, la recherche d'une beauté idéale est envisagée comme une soumission à un idéal unique de beauté, assimilé à une «dictature des apparences» véhiculée par les publicitaires et par les médias (Lash, 1981 ; Pagès-Delon, 1989 ; Remaury, 2000 ; Pitts-Taylor, 2003, 2007; Sullivan, 2001 ; Amadieu, 2016). Ces standards, aperçus comme dictatoriaux et uniformisants, sont critiqués la tentative d'effacer tout particularisme esthétique. Le désir de beauté est interprété d'ailleurs comme une pathologie induite, une quête de perfection, une obsession qui rendrait les individus –et notamment les femmes– malades. Ce mécanisme est dénoncé par les féministes critiques comme un piège tendu à toutes les femmes (Muñiz, 2012 ; Rodriguez-Cabrera et al.,

2015). Pour ces chercheurs critiques, la beauté ne serait pas un instrument culturel permettant à l'individu de mieux vivre en société, mais au contraire un moyen sournois de l'enfermer dans des routines de souffrance faussement émancipatoires. La chercheuse féministe Elsa Muñiz s'exprime ainsi :

> « De cette manière, la chirurgie esthétique suit l'objectif stratégique de produire des sujets beaux et parfaits, par le biais des pratiques corporelles de la médecine et de la cosmétique, sur des sujets fictifs dont les qualités sont "irréelles", impossibles à obtenir pour la plupart des hommes et des femmes. De cette manière, elles servent de filtre (…) et de professionnalisation dans le domaine du culte de l'apparence, avec les résultats involontaires et négatifs qui se constituent dans des processus qu'excluent et qui discriminent une grande partie de la société qui ne s'assimile pas au modèle esthétique imposé » (Muñiz, 2012, 121).

Nous pouvons nous questionner sur l'utilité de perpétuer ce positionnement critique, car il est source de stigmatisation des acteurs des pratiques esthétiques. Ces derniers peuvent se sentir jugés par les chercheurs et développer un sentiment de culpabilité et de honte pour y faire recours (Gachuz-Fuentes, 2010).

BEAUTÉ ET POUVOIR DE SÉDUCTION

La dénonciation morale des pratiques d'embellissement doit être envisagée comme un objet anthropologique en soi. Cette condamnation remonte à l'Antiquité. À cette époque, l'acte de s'embellir est associé à la démarche de séduction, désignée par « le verbe θέλγω qui signifie "charmer, tromper, enchanter, hypnotiser, séduire".[41] Il s'agit donc d'une action accomplie par une personne et dont les effets sont subis par une autre » (Neagu, 2014).

Cette définition ancienne de la séduction nous renvoie à l'idée que la personne qui se pare cacherait l'intention malhonnête de tromper, manipuler, prendre le dessus sur l'autre en trichant avec les codes de l'apparence. Les représentations anciennes associent l'embellissement au pouvoir de manipulation dont se servaient principalement les femmes pour manipuler les hommes. Nous pouvons imaginer que les pratiques esthétiques étaient condamnées justement à cause du fait qu'elles permettaient aux femmes de prendre le dessus sur l'homme et le « manipuler » grâce à l'art de la séduction. Nous pouvons imaginer que le positionnement sceptique de certains contemporains vis-à-vis des pratiques esthétiques est base encore aujourd'hui sur ces craintes.

---

41 « Selon Pierre Chantraine, θέλγω a le sens « d'enchanter, transformer, paralyser par les moyens d'un sortilège » et il est utilisé en relation avec le sommeil et l'amour, etc. Si l'on se rapporte à cette définition, on observe qu'on se rapproche plus du champ de la magie avec ce verbe. Voir P. Chantraine, Dictionnaire Etymologique de la Langue Grecque, Paris, Klincksieck, 1983-1984, sub verbo θέλγω. » (Neagu, 2014).

Comme nous le verrons dans les prochains chapitres, les chirurgiens esthétiques sont conscients que la chirurgie est utilisée comme un moyen de séduction, de pouvoir et d'« emprise » des femmes sur les hommes. S'ouvre donc une hypothèse anthropologique intéressante, celle qui rapproche l'esthétisation du corps et les « magies d'amour ». Dans le cas de la chirurgie esthétique, elle est souvent utilisée comme remède *in extremis* pour « récupérer les attentions du mari » et donc pour éviter un divorce ou une séparation. Arme secrète à déployer en dernier recours, cette pratique pourrait « sauver des mariages », mais aussi, à l'instar de la magie, être porteuse de chaos et de désordre. Cela se manifesterait, selon les chirurgiens, dans le cas qu'une femme décide de « se refaire » sans l'accord du mari. Si un mari jaloux se persuade que sa femme souhaite se refaire pour plaire à un autre homme – ou tout simplement pour exercer le libre arbitre sur son corps – cela peut fragiliser le couple, générer des conflits et même des séparations.

RÉPARER OU AMÉLIORER ?

L'intervention esthétique sur le corps apporte toujours un changement visible à l'œil du sujet modifié et de ses proches. Une question purement philosophique naît face à la considération de ce changement. Est-ce qu'il s'agit de la réparation d'une tare (un quelque chose « en trop » ou un « pas assez »), ou bien d'une amélioration voire d'une « augmentation » ? La question de la reconnaissance du caractère thérapeutique des interventions sur l'apparence touche précisément à l'ambivalence des notions de réparation et d'amélioration.

Cette controverse ne date pas d'aujourd'hui. Véronique Boudon-Millot (2018) nous rappelle que l'historien Criton (98-117 après J.-C.) regroupait dans son traité *Kosmètika* les remèdes cosmétiques et pharmaceutiques sans séparer ceux destinés à réparer et ceux destinés à embellir. En revanche, Galien de Pergame (129-201 après J.-C.) se pose la question classificatoire : « Le but de la commôtique est de produire une beauté acquise, tandis que celui de la partie de la médecine dite cosmétique est de conserver tout ce qui est naturel dans le corps, d'où s'ensuit également la beauté naturelle » (Boudon-Millot et al., 2018). Pallier une alopécie relevait, selon Galien, de la médecine cosmétique (entendue comme acte de restauration d'une apparence naturelle), tandis que le maquillage ou la coloration des cheveux relèvent de la commôtique (donc les gestes qui visent à modifier l'apparence naturelle).

> « Galien oppose la commôtique (ou l'art de la parure) destinée à produire ce qu'il appelle une beauté factice ou acquise par la cosmétique, chargée de rétablir une beauté authentique ou naturelle, qui

seule relève de la médecine, dans la mesure ou l'absence de cette beauté naturelle est à la fois un inconvénient et contraire à la santé. » (Boudon-Millot et al, 2018, 16).

Ce débat autour de la réparation et de l'amélioration investit l'esthétique, mais aussi la médecine jusqu'à nos jours (Goffette, 2013 ; Klein, 2014). Lorsque le philosophe Jérôme Goffette théorise l'anthropotechnie, il se demande si les techniques corporelles visant à l'amélioration de l'humain (en anglais *enhancement*) – dont la chirurgie esthétique– devraient être considérées comme des pratiques thérapeutiques. Ils seraient, à son avis, des simples procédés « d'augmentation de l'humain ». Selon Goffette l'anthropotechnie indique : « l'activité visant à modifier l'être humain en intervenant sur son corps, et ceci sans but médical » (Goffette, 2013, 85). Toutefois, il faudrait préciser ce qu'on indique par « but médical », ou mieux dit « but thérapeutique », car il est fort probable que la définition à laquelle pense Goffette ne soit pas partagée par les acteurs sociaux, à savoir, dans notre cas, les chirurgiens esthétiques.

L'historien Alexandre Klein (2014) analyse ce débat épistémologique et philosophique autour du statut de l'humain en relation aux techniques médicales et aux biotechnologies. La chirurgie esthétique se situerait parmi ces technologies qui ne visent pas simplement la réparation d'une pathologie, mais qui se rapprochent de la recherche du bonheur, objectif qui déroge des objectifs thérapeutiques classiques (tout du moins, en chirurgie). La « médecine d'amélioration » est regardée d'emblée comme un paradigme suspect qui laisse penser à la menace d'une réalité dystopique amplement décrite par les ouvrages de science-fiction.

« Nous serions passés à un modèle épistémologique nouveau où l'amélioration des conditions saines primerait sur la réparation des conditions pathologiques (…) La médecine prendrait aujourd'hui une orientation nouvelle, suivrait ce qu'il [Goffette] nomme un nouveau " tropisme " : non plus la guérison, le retour à l'état normal, mais la transformation, l'instauration d'un état sur-normal »[42] (Klein, 2014, 60).

Klein critique la vision dichotomique de Goffette lorsqu'il affirme que l'on peut facilement distinguer les pratiques médicales des pratiques anthropotechniques, car les unes répondraient à une nécessité vitale et viseraient au rétablissement de « l'état normal » tandis que les autres répondraient à un désir existentiel et viseraient à l'établissement d'un état idéal (Klein, 2014, 60-61).

42 Alexandre Klein (2018, 60) cit. Jérôme Goffette, Naissance de l'Anthropotechnie. De la médecine au modelage de l'humain, Paris, Vrin, 2006.

> « La médecine serait l'art de traitement technique tandis que l'anthropotechnie serait un art de la création (…) La médecine serait l'art de la nature humaine, tandis que l'anthropotechnie, en se détachant des enjeux médicaux, conduirait potentiellement à l'aliénation ontologique de l'homme de demain » (*ibidem*, 62).

Or, Klein rappelle que « depuis les travaux de Georges Canguilhem[43] la nature anthropotechnique de la médecine ne fait plus aucun doute (…) le travail médical est en fait toujours la création d'un nouvel état. La vie est dynamique et il n'y a pas de "retour à l'innocence biologique"» (*ibidem*, 63). Klein accuse donc les « technosceptiques » de participer d'une même tendance épistémologique biocatastrophiste :

> « La mise en évidence d'une médecine d'amélioration distincte de la médecine à visée thérapeutique participe de la défense d'une nature humaine, de l'affirmation d'une position dite bioconservatrice ou même biocatastrophiste telle que défendue, sous différentes formes par Jürgen Habermas ou Francis Fukuyama, mais aussi discrètement par Goffette »[44] (*ibidem*, 68)

Cette controverse émerge aussi régulièrement lorsqu'il s'agit d'établir une différence entre une chirurgie esthétique et une chirurgie réparatrice. Dans ce travail je me propose de porter lumière sur le point de vue des chirurgiens esthétiques lesquels affirment que la chirurgie esthétique répare, corrige, efface un défaut esthétique considéré par les patients eux-mêmes comme pathologique. En ce sens, d'après les acteurs de la chirurgie esthétique, cette pratique agit dans le domaine de la correction, de l'ajustement des morphologies. Ces acteurs envisagent le changement morphologique comme la réparation d'un complexe psychique qui affecte les candidats à une chirurgie.

Malgré cela, certains auteurs nient que ces représentations puissent être légitimes. La sociologue Anne Gotman (2016) conteste l'observation clinique des chirurgiens qui disent pouvoir soigner, grâce à la chirurgie, un complexe psychologique. Gotman estime que cet argumentaire n'est qu'une excuse derrière laquelle ces praticiens cacheraient une spéculation économique importante. « L'impact psychologique de la chirurgie esthétique est loin d'avoir été démontré (…) L'on voit les patients adhérer à la culture des médecins et d'un système que tous ont intérêt à maintenir pour promouvoir une conception de la santé toujours plus ouverte aux propositions du marché » (Gotman, 2016, 198-199). Selon cet auteur l'efficacité thérapeutique de la chirurgie esthétique ne serait qu'une rhétorique commerciale, un appât aux allures magiques pour recruter toujours plus de clients et alimenter un marché des illusions.

---

43 Cit. Georges Canguilhem (2005, 32-51).

44 Cit. Jürgen Habermas, L'avenir de la nature humaine ; vers un eugénisme libéral ? Paris, Gallimard, 2002 et Francis Fukuyama, Our Posthuman Future : Consequences of Biotechnology Revolution, New York, Farrar, Straus and Giroux, 2002.

L'auteur affirme qu'aucune pathologie précise ne serait individualisable derrière une demande de chirurgie esthétique. Elle laisse entendre que, si derrière cette demande de changement morphologique ne correspondrait pas une pathologie réelle (évidente, tangible, mesurable) on ne pourrait pas parler de souffrance ou d'affectation, mais d'un simple sentiment de non-conformité, en d'autres termes, d'un simple caprice de vanité. Gotman suggère que le flou qu'entoure la définition de l'état d'affectation des patients de la chirurgie esthétique serait la preuve qu'en chirurgie esthétique n'existe ni de maladie ni de thérapeutique. Finalement, Gotman manifeste son étonnement pour la « normalisation » de la chirurgie esthétique, pratique qui devrait, à son avis, susciter plus de réprobations :

> « la normalisation d'une pratique dont l'innocuité supposée ne soulève plus de réprobation, sauf de la part de quelques chirurgiens dépassés par le succès de certains confrères et la pression d'une demande décomplexée de chirurgie esthétique, cherchant dans le secours du bistouri la satisfaction de besoins moins nobles » (*ibidem*, 199).

Si nous suivons le raisonnement de Gotman, il serait ridicule et inutile de chercher à comprendre l'efficacité des psychothérapies, des thérapeutiques chamaniques, des exorcismes, car il n'y aurait aucune preuve que ces traitements soignent les « maux imaginaires » des patients. Cette approche sceptique vis-à-vis de l'efficacité de la chirurgie esthétique, et par conséquent de toutes les thérapeutiques non biomédicales, est anachronique et ne trouve pas sa place dans le cadre de l'anthropologie.

L'adoption d'une perspective anthropologique nous permet d'éviter de ranger les phénomènes dans les cases du « plausible » (vrai) ou « non plausible » (imaginaire) pour accueillir les représentations du sain et du pathologique propres aux acteurs concernés. Dans cette perspective, le fait que la chirurgie esthétique échappe à la logique d'efficacité thérapeutique classique en biomédecine n'est pas une motivation suffisante pour nier qu'elle puisse être thérapeutique. Le « mal » du patient de la chirurgie esthétique est psychique et il se réfère à un complexe lié à un défaut esthétique dont les significations symboliques sont le plus souvent partagées avec son groupe social.

DÉNI LEGISLATIF DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Le déni de la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique se traduit légalement dans un déni de prise en charge par la sécurité sociale de ces interventions considérées comme de la

« pure » esthétique. Ainsi, en France la chirurgie « purement » esthétique revêt encore un statut ambigu d'un point de vue législatif (Belville, 2006 ; Ngaba, 2009).

> Si on peut admettre d'emblée que les actes de chirurgie réparatrice entrent dans le champ d'application de la loi, on pourrait avoir des doutes à l'égard de la chirurgie esthétique.
>
> La chirurgie esthétique se définit par le fait qu'elle est une intervention sur un corps sain dans le but d'en améliorer l'aspect. Elle se distingue de la chirurgie réparatrice dont le but principal est d'améliorer l'aspect d'un corps dont l'état a été dégradé soit par accident, soit par les suites d'un traitement ou bien qui était atteint de malformations suffisamment graves ou invalidantes pour être jugées pathologiques.

En 2005 la *Commission nationale des accidents médicaux*, dans un document intitulé « Recommandation relative aux actes médicaux sans finalité thérapeutique »[45] (2005), a spécifié que :

> Il est clair que la chirurgie esthétique n'est pas une activité de prévention ou de diagnostic ; elle n'est pas non plus une activité de soins, puisqu'elle n'a pas pour objet de soigner une personne malade.

La loi détermine donc un remboursement des interventions reconnues comme reconstructives, qui se distinguent de celles esthétiques parfois au centimètre près.[46] Au Mexique la prise en charge des interventions est encore plus strict que celui français, selon mes interlocuteurs.[47]

Pour ce qui concerne la France, les commissions nationales de santé s'expriment régulièrement au sujet du caractère thérapeutique de la chirurgie esthétique. Le 1er janvier 2015 la chirurgie esthétique est catégorisée comme un « acte dépourvu de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique », par l'organisme de la sécurité sociale française.[48] Cela a été souligné dans la nouvelle LFSS – Loi de Finances de la Sécurité Sociale – qui « prévoit de ne plus verser d'indemnités aux victimes d'opérations de chirurgie esthétique en cas d'accident "non fautif" » (*idem*). Sont donc exclus de l'indemnisation par l'ONIAM (Office National de

---

45 Voir : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Actes_medicaux_sans_finalite_therapeutique.pdf> consulté le 24/08/2015.

46 En France une intervention sera remboursée si le défaut, mesuré par un médecin conseil, sera jugé suffisamment grave pour être considéré comme pathologique. Le médecin conseil fait référence à des mensurations conventionnelles. Par exemple, dans le cas de la réduction des seins, l'intervention pourra être prise en charge si le téton s'éloigne de plus de trente-trois centimètres la clavicule. Par contre, si le téton dépasse seulement de 30 centimètres, la patiente devra prendre en charge financièrement l'intervention, car celle-ci sera considérée de « pur » confort.

47 Malgré cela, je n'ai pas pu recueillir de données plus précises. Les interventions comme la reconstruction de fente labiale, ou la réparation suite à des accidents sont prises en charge mais, à, dite des chirurgiens, tous les autres types d'interventions sont à charge du patient.

48 Voir le suivant lien : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Actes_medicaux_sans_finalite_therapeutique.pdf> consulté le 24/08/2015.

d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales) les dommages corporels :

> « imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi (…) Ainsi, le seul recours désormais ouvert aux victimes d'un aléa thérapeutique – accident médical non fautif – suite à un acte de chirurgie esthétique de confort, sera de demander réparation devant les tribunaux où les juges devront différencier les actes de soins des actes de confort et apprécier le degré de gravité ».[49]

Néanmoins, il faut observer qu'en France les critères de prise en charge de la sécurité sociale se font de plus en plus souples. De plus en plus d'interventions qui étaient auparavant considérées de la « pure » esthétique sont aujourd'hui basculées sous l'appellation de chirurgie réparatrice ou reconstructive. S'il n'y a pas encore une reconnaissance officielle du caractère thérapeutique de la chirurgie esthétique, ce basculement progressif des interventions dans la catégorie de « réparatrices » constitue, de fait, une validation de celui-ci.

Voici un aperçu des interventions qu'étaient remboursables en France, en 2014, avec ou sans « entente préalable », établie avec le médecin conseil :

> « Paupières (blépharoplastie) : dans le cas où la peau des paupières est très relâchée et gêne la vision, une chirurgie plastique peut être prise en charge après entente préalable.
>
> Oreilles décollées (otoplastie) : Une chirurgie plastique des oreilles est prise en charge sans aucune entente préalable, dans le cas où il existe une gêne importante, et ce indépendamment de l'âge.
>
> Nez (rhinoplastie) : Une rhinoplastie est prise en charge après entente préalable dans les cas uniquement de déviation de la cloison avec gêne respiratoire et suite à un traumatisme nasal.
>
> Plastie mammaire de réduction. L'intervention est prise en charge sans demande d'entente préalable lorsque lorsqu'il est nécessaire de retirer plus de 300g par sein sur un bonnet égal ou supérieur à C.
>
> Gynécomastie (réduction mammaire chez les hommes). La gynécomastie ne nécessite pas d'entente préalable. Cependant, une échographie ou une mammographie sera demandée par le praticien pour confirmer le diagnostic.
>
> Plastie mammaire d'augmentation. Une augmentation mammaire par prothèse peut être prise en charge après entente préalable dans les cas d'asymétrie mammaire, lorsque la taille du bonnet est inférieure à A ou sur seins tubéreux.
>
> Plastie abdominale (dermolipectomie abdominale). Dans certains cas, elle peut être associée à la remise en tension des muscles de la paroi abdominale (lorsqu'il existe un « diastasis » gênant,

49 Voir le site de l'ONIAM: <http://www.oniam.fr/accidents-medicaux> consulté le 24/08/2015 et le site de la société SDR Accidents, qui se charge de « fournir un soutien aux victimes d'accidents corporels et les aider à avoir droit à une pleine et entière indemnisation » <http://www.sdraccidents.fr/alea-therapeutique-chirurgie-esthetique/> consulté le 24/08/2015.

c'est-à-dire un élargissement de la séparation des muscles abdominaux) et/ou à une lipoaspiration de certaines zones de la paroi abdominale. Elle n'est prise en charge par la sécurité sociale qu'en cas de dégradation majeure de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant totalement le pubis, justifié par une photographie préopératoire (après amaigrissement pour obésité morbide, dans les suites d'une chirurgie bariatrique, en postopératoire, ou en post-gravidique).

Lifting de bras. Cette intervention peut être prise en charge après entente préalable dans le cas où la peau tombe suite à un important amaigrissement.

Lift de cuisse – Lift de fesse : Tout comme pour le lifting de bras, le lifting de cuisse peut être pris en charge après entente préalable.

Lifting de la face postérieure du corps (fesses, face externe de cuisse, dos) peut être pris en charge après entente préalable, suite à un fort amaigrissement. Dans ce cas, il s'agira avant tout d'un acte lié à une dermolipectomie abdominale totale circulaire.

Prothèse de mollet : La pose de prothèse de mollet s'effectue uniquement dans les cas de poliomyélite ou encore de pied bot.

Nymphoplastie (labiaplastie) : L'acte peut être pris en charge sans demande d'entente préalable dans le cas d'hypertrophie des petites lèvres.

Plastie du prépuce (posthectomie) : La plastie du prépuce est prise en charge sans entente préalable dans les cas uniquement de phimosis et paraphimosis. La chirurgie esthétique est considérée pour tous les autres cas. Quelle soit réalisée en France ou à l'étranger, elle n'est en aucun cas prise en charge par l'assurance maladie. En ce qui concerne les suites opératoires, l e s insatisfactions, les malfaçons, les complications classiques (hématomes, nécroses ou infections hors septicémie), ainsi que les résultats inesthétiques, il n'y a également aucune prise en charge possible ; même si la chirurgie esthétique a été réalisée en France. Seules les complications médicales graves (embolie pulmonaire, septicémie, complication nécessitant une hospitalisation en secteur de soins intensifs) sont prises en charge. »[50]

Or, il est intéressant de souligner que ces critères législatifs ne se basent pas sur une étude qui tient compte du point de vue des acteurs de terrain. Ce sont des critères arbitraires définis par des commissions ministérielles. Sur le terrain j'ai souvent entendu les chirurgiens commenter que la souffrance du patient ne pouvait pas être mesurée au centimètre près. Le non-remboursement de certaines interventions détermine de fait, la non-reconnaissance de la souffrance du patient porteur des défauts qui ne sont pas suffisamment graves pour être considérés comme pathologiques.

De fait, la frontière entre la chirurgie esthétique et reconstructive n'est pas nette comme pourrait sembler. Ces deux branches de la chirurgie plastique partagent les mêmes gestes et techniques opératoires et sont exécutées par le même type de chirurgien.[51] La différence est

50 Voir le site du Syndicat national de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique : <http://www.sncpre.org/espace-public/chirurgie-plastique-reconstructrice-ou-esthetique/> consulté le 25/08/2015.

51 Le chirurgien plasticien est formé, en effet, à la fois aux techniques reconstructives et esthétiques.

marquée donc uniquement par les circonstances dans lesquelles intervient cette chirurgie. Elle est considérée être thérapeutique lorsqu'elle intervient pour reconstruire une partie du corps après un accident ou pour réparer une « anomalie congénitale » –encore faut-il préciser qu'est-ce que l'on entend par anomalie congénitale–. Par contre, si la chirurgie plastique intervient sur un corps « sain », on nie toute valeur thérapeutique. En ce sens, l'observation faite par Yannick Le Hénaff me semble très pertinente : « Les travaux se sont par ailleurs accumulés pour démontrer combien les frontières du pathologique étaient éminemment sociales, culturelles, politiques, historiques et surtout, le fruit de luttes entre groupes aux intérêts divergents » (Le Hénaff, 2010, 12).

RÉSUMÉ

L'esthétisation du corps peut-elle être thérapeutique ? C'est une question certainement complexe qui sera reprise notamment dans la quatrième partie de ce manuscrit. Toutefois, il me semblait important de présenter brièvement les enjeux polémiques qu'elle suscite. De fait, la question de la reconnaissance de la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique pose indirectement la question de l'acceptation morale des interventions techniques sur le corps humain dans les sociétés contemporaines.

Dans une continuité étonnante avec les oppositions morales ecclésiastiques du Moyen Âge les technosceptiques et les éthiciens s'opposent encore aujourd'hui à une normalisation et une légitimation de l'usage des technologies « d'amélioration » du corps humain. Cette question touche la chirurgie esthétique, mais aussi l'ensemble des pratiques « d'amélioration » de l'humain (comme l'amélioration génétique ou à l'amélioration chimique, voire la prise de *smart drugs* pour augmenter les prestations intellectuelles). Les technosceptiques se disent incapables de reconnaître une valeur thérapeutique aux techniques qui visent à augmenter l'humain. Reconnaître qu'elles ont une utilité pour l'humain serait les justifier. Or, les oppositions face à ces techniques d'amélioration ne sont pas basées sur un argumentaire logique, mais sur un positionnement moral ou idéologique. Ces positionnements sceptiques se basent sur la crainte d'une corruption de la nature du corps par la technique. Pour légitimer le bien-fondé de ces positionnements sceptiques, on se retranche derrière des concepts vagues, prétendument scientifiques, comme la menace de l'avènement d'un paradigme *posthumain*, ou d'une anthropotechnie (Goffette, op. cit). On craint une transformation ontologique de l'humain, une corruption de la nature par la technique. Or, cette question a peu de sens en anthropologie. Depuis Marcel Mauss et son célèbre essai autour des techniques du corps

(Mauss, 2010) nous savons que toute culture s'inscrit dans le corps et le modifie, dans son apparence ou dans ses manières d'être au monde. La crainte d'une corruption technique du corps est donc anthropologiquement irrecevable, car le « corps naturel » selon l'anthropologie n'existe pas.

Malgré cela, les technosceptiques, ou biocatastrophistes (Klein, op. cit.), s'emparent des débats en bioéthique et jouissent du consensus du grand public, comme nous le voyons régulièrement dans le Forum Européen de Strasbourg.[52] Un des argumentaires soulevés contre la chirurgie esthétique est la « normalisation » de cette pratique. Il ne faudrait pas s'habituer à considérer cette pratique normale et légitime, comme si l'on craignait que le recours à cette pratique puisse un jour devenir obligatoire pour tous, comme le laissent entendre les théoriciens féministes. Elles ressentent la chirurgie esthétique comme oppressive, même si personne n'oblige les femmes à y faire recours. Elles parlent donc d'une pression sociale sournoise, indirecte et d'une violence symbolique. Proches de la critique de la culture, d'empreinte marxiste, ces féministes dénoncent toute pression d'uniformisation à un standard culturel qu'elles jugent être sexiste, patriarcal, raciste et dominant. Reconnaître une valeur thérapeutique à la chirurgie esthétique signifierait la justifier et la légitimer. La plupart des chercheurs féministes sont donc radicalement opposés à cette éventualité.

Il est d'ailleurs d'un grand intérêt anthropologique d'analyser ces représentations « sceptiques » de la chirurgie esthétique, y compris celles développées par le monde académique. En effet, seule la compréhension de ces discours nous aidera à appréhender les raisons pour lesquelles persiste une stigmatisation des pratiques esthétiques, et par conséquent, des chirurgiens esthétiques. Il me semble que ce scepticisme se fonde sur un présupposé déductif de la recherche. De fait, les chercheurs qui ont fait du terrain et qui se basent sur les représentations émiques des interlocuteurs reconnaissent que la chirurgie esthétique peut être thérapeutique, telles les recherches de Kathy Davis (1995, 2007), Ruth Holliday (2007, 2012, 2019) ou Debra Gimlin (2012). Or, les chercheurs qui partent d'une hypothèse déductive pour trouver les preuves de sa validation dans les données extrapolées du terrain auront plus de facilité à valider leur hypothèse posée a priori. Ce faisant, ils perpétuent –de manière involontaire, bien entendu– des idées reçues imperméables à la complexité du monde. Comme le remarque Alexandre Klein:

52 Voir le site du FEB <https://www.forumeuropeendebioethique.eu> consulté le 6/2/2021.

> « ceux qui ont introduit la différence entre la notion de thérapeutique et d'amélioration sous-entendent que les opérations d'interventions sur l'humain à visée thérapeutique seraient éthiquement acceptables, et celles qui visent à une amélioration seraient à première vue, suspectes » (Klein, 2014, 59).

La séparation entre modifications du corps « réparatrices » (et donc thérapeutiques) et modifications « d'amélioration » (et donc non thérapeutiques) me paraît être une illusion positiviste qui réfléchit un positionnement moral. Cette catégorisation arbitraire des pratiques corporelles réfléchit tout simplement un jugement de valeur. Il me semble intéressant de comprendre comme les médias, et notamment la science-fiction, ont joué un rôle considérable dans la production d'idées reçues négatives et dystopiques autour des techniques de modifications du corps en général et sur la chirurgie esthétique en particulier. Nous analyserons ces imaginaires dans les chapitres à suivre.

1.4 SCANDALES SANITAIRES ET « INTRUS »

Les critiques autour de la chirurgie esthétique comme pratique « d'amélioration » de l'humain trouvent un appui sur les scandales sanitaires qu'ont investi la pratique. Essayons d'analyser les causes de ces scandales sanitaires et la manière dont les chirurgiens esthétiques les ont affrontées. Dans un deuxième temps, nous aborderons la question des « intrus » en chirurgie esthétique, c'est-à-dire les personnages qui se font passer par chirurgiens plasticiens tout ne l'étant pas, et les représentations que les mêmes chirurgiens plasticiens ont de ces personnages troubles.

SCANDALES SANITAIRES

L'histoire des scandales sanitaires en chirurgie esthétique commence au XXe siècle, lorsque se popularise l'injection de paraffine liquide pour augmenter le volume des zones creuses comme les nez ensellés ou les seins avant l'invention des implants. Initiée par un praticien autrichien, cette pratique se répand dans le monde entier. À partir des années 1950, cette technique a été abandonnée en Europe et États-Unis, mais elle est pratiquée encore aujourd'hui dans des pays d'Asie ou d'Amérique latine.

Ces injections peuvent entraîner des complications majeures y compris un risque mortel, en raison de la migration de ces produits dans l'organisme, provoquant des tumeurs dites « paraffinomes », des gangrènes des tissus, voire des embolies pouvant conduire au décès.

Aujourd'hui, cette pratique reste l'apanage d'experts autoproclamés qu'injectent tout type de liquides (huiles végétales, minéraux, silicones liquides ou bio-polimères) afin d'augmenter le volume des parties du corps et du visage (Torres Gomez et al., 2010 ; Gordillo Hernandez et al., 2013 ; Martinez Estrada et al., 2013). Répandue notamment dans les pays de l'hémisphère sud, l'injection de produits non homologués provoque une pathologie définie par l'appellation de "maladie dérivée de produits de modelage". Lorsque les liquides migrent dans l'organisme, ils provoquent des dysfonctionnements graves, défigurent l'apparence et créent gêne et douleur. Au Mexique, cette maladie est considérée comme un grave problème de santé publique, car incurable et dégénérative. Cette problématique est apparue au grand jour en 2009 en raison du scandale provoqué par la chanteuse mexicaine Alejandra Guzmàn.

Celle-ci avait accepté que son esthéticienne, Valentina de Albornoz, lui injecte des substances non homologuées dans les fessiers, afin d'en augmenter le volume. L'exécutrice de ces actes a ensuite été dénoncée par la chanteuse, avant qu'un accord par compensation financière ne soit finalement trouvé. Le fait que ce type de pratiques que l'on croyait souterrain ait touché un personnage public comme Alejandra Guzmàn, a choqué l'opinion publique. De fait, par ce biais on a compris que même les esthéticiennes de « haut de gamme » pouvaient être impliquées dans l'injection de substances illégales et nocives. Il faut spécifier que l'augmentation des en particulier est une intervention très demandée en Amérique Latine ; les implants de silicone ne sont pas toujours la meilleure option, car ils peuvent former une « coque » inesthétique et douloureuse et ils ne sont pas très confortables, notamment pour les artistes chanteurs (et danseurs) comme Alejandra Guzmàn. Aujourd'hui une technique assez répandue est l'injection de graisse autologue (du même patient), mais pour en bénéficier il faut avoir une réserve importante de graisse, qui sera prélevée et la transférée dans les fessiers. L'option la plus facile est l'injection de produits de modelage, dont celui qui est le plus certifié est l'acide hyaluronique, qui reste très cher à injecter en grandes quantités. C'est pourquoi certains patients acceptent de se faire injecter des substances moins chères, mais avec un effet immédiat, ignorant les complications et les risques mortels qu'implique cette pratique.

Ainsi, les scandales sanitaires qu'ont marqué l'histoire de la chirurgie esthétique concernent surtout les matériaux d'usage dans cette chirurgie, leurs composition, distribution et commercialisation. Ceux relatifs aux implants mammaires ont eu un énorme retentissement. Ces implants sont produits et commercialisés par des laboratoires médicaux privés, soumis à des règles définies par des instances étatiques.[53] Les problèmes surgissent quand ces laboratoires accélèrent le processus de vérification des produits, voire en falsifiant les résultats, comme cela s'est démontré avec les prothèses PIP (Poly Implant Prothèse) que nous verrons par la suite.

Après les injections de paraffine, le deuxième scandale mondial dans la pratique de la chirurgie esthétique a été celui des prothèses mammaires en silicone. L'augmentation mammaire est une technique assez récente dans l'histoire de la chirurgie. Elle se développe notamment après 1945, d'abord par autogreffe de tissu graisseux, ensuite, à partir des années 1960, par prothèse de silicone (Glicenstein, 2005). À partir des années 1980, de nombreuses

53 L'ANSM en France (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), la COFEPRIS au Mexique sont les homologues de la FDA (Food and Drug Administration) aux États-Unis.

femmes se plaignaient de gênes suite à l'implantation de ces prothèses. La FDA (Food and Drug Administration) prit donc la décision de les interdire, considérant qu'elles n'étaient pas encore mises au point, qu'elles se rompaient facilement et qu'elles relâchaient du silicone dans le corps des patientes - et pour cela ont été associées au développement de maladies autoimmunes (*ibidem*, 346).

> « En janvier 1992, David Kessler, responsable de la FDA, établissait un moratoire sur la distribution et l'implantation des prothèses mammaires en silicone. Un mois plus tard, le « General and Plastic Surgery Devices Panel » recommandait de réserver les prothèses en gel de silicone aux reconstructions mammaires et à certaines équipes suivant un protocole scientifique rigoureux. Le risque de maladie auto-immune n'était pas établi, mais des études ultérieures étaient nécessaires. Quant au risque de cancer du sein [112–113], des études faites sur de grandes populations [114–115] semblaient l'éliminer. En France, le retentissement de la polémique américaine ne devint important qu'au début des années 1990. » (Glicenstein, 2005, 346).

Cette décision prise aux États-Unis a eu des répercussions aussi en France où, en 2000, l'Afssaps[54] décida de suspendre la mise sur le marché et l'utilisation des prothèses mammaires internes pour la grande majorité des fabricants de prothèses.[55] À peine un an après, l'Afssaps leva cette interdiction et les prothèses de silicone retournent en commerce. Suite à ce scandale, les matériaux présents dans les prothèses furent diversifiés, notamment pour en diminuer la dangerosité en cas de rupture. Des prothèses au sérum physiologique, au gel de soja ou à l'hydrogel furent également mises au point dans l'objectif d'induire moins de complications.

Les chroniques dans la presse se sont apaisées jusqu'au grand scandale mondial des prothèses PIP (Poly Implant Prothèse) éclaté en 2012. Ces prothèses étaient fabriquées en France et distribuées dans le monde entier (je renvoie à l'annexe « PIP : chronique d'un scandale » du quotidien Le Monde). À cette occasion les responsabilités de ce scandale retombent directement sur les fabricants des prothèses, c'est-à-dire Jean-Claude Mas, fondateur de la société PIP, ses collaborateurs et le certificateur allemand TÜV Rheinland, qui sont poursuivis par la loi pour fraude, tromperie aggravée et escroquerie, ainsi que blessures involontaires et homicide involontaire. Ce scandale a certainement fort dans les imaginaires communs. Ces scandales sanitaires contribuent à renforcer l'image de la chirurgie esthétique comme une pratique « à risque », mais aussi comme une pratique qui menace la santé publique. Ce scandale a atteint aussi l'image des chirurgiens esthétiques qu'avaient implanté

54 L'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) est l'ancienne dénomination de l'ANSM.

55 Voir : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Retraits-de-lots-et-de-produits/Retrait-du-lot-06701-de-protheses-mammaires-preremplies-de-gel-de-silicone-reference-IMGHC-TX-de-la-societe-POLY-IMPLANTS-PROTHESES> consulté le 3/2/2021.

ces prothèses mettant à risque leurs patientes (bien évidemment sans être au courant de leur dangerosité).

Suite au scandale PIP, les praticiens ont dû faire face à une demande massive d'explantation et de remplacement des prothèses mammaires. Il est curieux de constater qu'une distinction a été opérée au niveau des remboursements des interventions. En effet, seules les patientes en cancérologie eurent droit à un changement de prothèses avec un remboursement intégral des frais, alors que les patientes en chirurgie esthétique, qui encouraient pourtant les mêmes risques sanitaires, eurent droit seulement à la prise en charge financière de l'explantation des prothèses PIP. Les patientes de l'esthétique ont dû payer à leurs frais l'implantation de nouvelles prothèses, alors que le scandale sanitaire les impactait de la même manière que les patientes qu'avaient été implantées suite à un cancer.[56]

Au scandale PIP a succédé le scandale appelé « Implant files » (2018) -voir l'annexe « Prothèses macrotexturées, un énième scandale sanitaire-. Ce dernier a mis en lumière la nocivité de certains types d'implants, dont les prothèses mammaires texturisées, soupçonnées de contribuer à développer un cancer de type lymphome anaplasique à grandes cellules. La décision d'interdire ce type de prothèses « rugueuses » ou « texturisées » a été prise par l'ANSM le 4 janvier 2019 et les autorités de santé ne n'ont plus recommandé une explantation préventive, laissant entendre que celle-ci ne serait pas remboursée. Au moment de ce scandale, j'ai eu l'opportunité d'interroger le Dr Manneau, qui travaille à Montpellier en pratique libérale. Je voulais comprendre comment cet énième scandale était vécu de l'intérieur, voire comment il était commenté par les sociétés savantes :

> ***« Quel est votre avis sur le dernier " scandale" autour des prothèses texturisées ? Est-ce qu'il y a eu des débats auprès des sociétés savantes, est-ce que cela se discute?***
>
> *Oui, oui. En fait la presse ne s'en est pas emparée, mais nous, ça fait à peu près deux ans que l'on suit ce problème, une pathologie cancéreuse, le lymphome à cellules géantes, causé par des prothèses. Il y a eu 59 cas, sur des centaines et des centaines de milliers de femmes opérées avec ces prothèses, mais à partir du moment où il y en a un, c'est déjà trop. C'est une pathologie qui ne se voit qu'avec des prothèses macro texturées; pour l'instant les prothèses qui ont été répertoriées sont toujours de la marque américaine Allergan. On pense que c'est peut-être lié à la colle du macro texturage, c'est en cours d'expertise. Ce qu'il faut savoir, c'est que cette pathologie n'est jamais silencieuse, elle s'annonce bruyamment, par l'augmentation brutal d'un sein, qui produit du liquide qu'on ponctionne pour faire un diagnostic. Le traitement consiste à enlever la prothèse de la membrane. Les patientes ont été guéries, sauf deux qui ont refusé d'enlever leur prothèse et sont finalement décédées. Alors, c'est sûr que l'on est en alerte par rapport à ça depuis*

56 Voir : < https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/implants-mammaires/implants-mammaires> consulté le 19/10/2020.

deux ans, à peu près. Alors, moi, par chance, je n'ai jamais mis de prothèses macro texturées, parce que je ne voyais pas vraiment les indications. Mais il ne faut pas dire que c'est avec toutes les prothèses texturées, car il y a les micro et nano texturées qui n'ont rien à voir avec tout ça et qui ne sont pas du tout indiquées. Voilà, donc pour l'instant, il est interdit de mettre des prothèses macro texturées. Il n'y a pas eu de décision des instances nationales, la demande d'ablation de prothèses texturées, c'est sous surveillance une fois par an, et la proportion de cancers c'est un cas sur 200000, voyez-vous ?

Bien sûr, ce qu'ils disaient, c'est que c'est une pathologie rare. Mais que ressentez-vous en tant que praticien si, du jour au lendemain, on vous dit que le matériel que vous utilisez n'est pas sûr ? Les conséquences finissent toujours par rejaillir sur les chirurgiens eux-mêmes…
Alors, oui, je comprends votre question. Si vous voulez, il y a le fait que jusqu'à présent rien ne prouvait qu'il y aurait un problème avec ces prothèses-là ! Les chirurgiens n'auraient pas accepté de les mettre en place ! À partir du moment où il y a des prothèses qui posent problème, je serais un chirurgien ayant mis ce type de prothèse, j'appellerais mes patientes pour les mettre en garde, vous avez des prothèses qui sont considérées à risque. Il n'y a pas d'indications officielles pour les enlever. Si vous étiez de mon premier cercle, de mes amis, etc., je vous conseillerais de les enlever, de mettre des prothèses plus sûres à la place. Mais faites ce que vous voulez. Il est difficile de conseiller à quelqu'un de subir une intervention, parce que toute intervention comporte un petit risque, donc c'est pas simple cette responsabilité que l'on a…

C'est une responsabilité qui relève aussi des fabricants.
Ah, oui. Oui bien sûr.

Donc la conséquence indésirable retombe sur les chirurgiens, alors que ce serait la responsabilité des commerçants !
En première instance oui. Mais c'est comme un médicament, après dix ans de mise sur le marché, on découvre un effet secondaire nocif ! Jusque- là, on ne le savait pas, quoi. Et jusque- là vous le prescriviez ! À partir du moment où on vous dit, attention il y a des effets secondaires, vous arrêtez de le prescrire ! Mais vous l'avez prescrit pendant un certain temps !

Oui, d'ailleurs j'ai participé à un congrès au Mexique, il y avait des fabricants qui vendaient des matériels chirurgicaux de tout type. Souvent il s'agissait de fournisseurs européens, allemands. Le matériel chirurgical allemand est considéré de très bonne qualité au Mexique.
Oui

J'ai observé aussi que commencent à apparaître sur le marché des fabricants de prothèses et de matériel chirurgical venant d'Amérique centrale. Mais la plupart sont d'importation européenne.
Oui, mais bon, on risque de voir apparaître des choses, avec des coûts de fabrication plus faibles, et cetera, toujours dans une optique de rentabilité. C'est ça qui est difficile ! Quand le commerce et le profit financier se mêlent aux histoires de santé, et cetera. Il y a une espèce de collusion de choses un peu incompatibles. »

(Entretien téléphonique avec le Dr Manneau, praticien exerçant à Montpellier en libéral, Avril 2019).

Le Dr Manneau n'accuse pas frontalement ces laboratoires, car il envisage ces scandales comme des aléas imprévisibles, liés aux effets imprévisibles à long terme que peuvent avoir certains matériaux. Son attitude est plutôt fataliste. Face à ces scandales

l'important est savoir réagir rapidement pour sauvegarder au mieux la santé des patients, sans pour autant déclencher une panique généralisée, qui rendrait la crise ingérable.

À différence de tout médicament qui doit être retiré du commerce dès lors qu'il présente des conséquences trop graves et des dommages collatéraux, procéder à l'explantation des prothèses en chirurgie esthétique n'est pas une décision simple. C'est pourquoi les organisations internationales comme l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ont jugé bon de s'exprimer à ce sujet, incitant les acteurs à s'unir pour prévenir ce type de scandales. En particulier, elle s'est prononcée pour un contrôle strict de la production et de la circulation de matériaux non homologués.[57] Voici un extrait de leur communiqué paru en 2019 :

> « Les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/ falsifiés/contrefaits nuisent à la santé des patients, portent atteinte à la confiance dans les produits médicaux et les dispensateurs de soins et augmentent le poids supporté par les systèmes de santé. Les dispositifs médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/ falsifiés/contrefaits peuvent résulter d'erreurs de fabrication ou d'une falsification délibérée d'un produit. Ce dernier cas correspond généralement à une activité clandestine, souvent difficile à détecter et vise à pousser un dispensateur de soins ou un patient à croire que le dispositif est le véritable produit et que ses caractéristiques en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité ont fait l'objet d'une évaluation poussée.
> Des dispositifs médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/ falsifiés/contrefaits ont été signalés dans le monde entier. (…) Le commerce des dispositifs médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits est motivé par le profit. Là où une demande existe, ceux qui participent à la fabrication et à la distribution de tels dispositifs y répondront. Ils utiliseront les circuits de distribution en ligne ainsi que la chaîne d'approvisionnement réglementée pour commercialiser leurs produits, souvent accompagnés de faux logos de certification de sécurité et de qualité. L'identification visuelle peut être extrêmement difficile et des analyses en laboratoire (voir section 4) peuvent être nécessaires pour distinguer le produit de qualité inférieure/faux/ faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits du produit véritable.
> L'approche mise en place est une approche qui privilégie la prévention, la détection et la riposte (18). L'existence d'un cadre juridique prévoyant des exigences et des pouvoirs réglementaires adaptés, notamment des sanctions dissuasives, est essentielle. Un système de réglementation, assorti d'une surveillance efficace de l'importation, de la distribution et de la vente de dispositifs médicaux, aidera à empêcher les dispositifs de qualité inférieure/ faux/faussement étiquetés/falsifiés/ contrefaits d'atteindre les utilisateurs et les patients. Une sensibilisation adaptée des consommateurs, des dispensateurs de soins et des distributeurs peut aider à minimiser la menace posée par ces produits médicaux tout en préservant la confiance dans les technologies sanitaires. Il est important de convaincre le grand public d'acheter auprès de sources fiables, en particulier lorsqu'il s'agit d'achats sur Internet.
> Des systèmes efficaces de surveillance et de vigilance postcommercialisation sont les deux méthodes permettant de détecter rapidement des dispositifs médicaux de qualité inférieure/faux/ faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits. Les autorités de réglementation devraient mettre en place des mécanismes qui permettent et encouragent la déclaration des dispositifs médicaux suspects pour leur permettre d'agir aussitôt. L'engagement des organismes de réglementation avec les parties prenantes concernées, notamment les organisations des secteurs public et privé, les entités chargées de l'application de la loi, la société civile, les groupes de consommateurs et les patients, entraîne une

57 La production et le commerce de produits sanitaires illégaux seraient beaucoup plus fréquents dans les pays dits du « tiers monde », où la production de matériaux sanitaires répondant à des normes officiels est inexistante, et où leur importation reste trop onéreuse.

augmentation des notifications et une détection plus précoce des produits de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits (73– 77). »[58]

Ces recommandations prévoient donc un contrôle accru de la vente de certains matériaux, notamment sur internet, une incitation à la délation des vendeurs suspects, mais aussi une éducation du consommateur en matière de recours à des praticiens fiables, aussi en matière d'esthétique. Suite aux recommandations de l'OMS, chaque pays a mis en place une lutte conjointe entre institutions de santé publiques, société savantes privées et l'ensemble des citoyens pour collaborer afin d'éradiquer ces mauvaises pratiques.

En ce sens, nous constatons qu'une collaboration active entre les sociétés savantes de chirurgie plastique et les autorités de santé se crée de manière plus fréquente et systématique. Ce phénomène peut s'accompagner de campagnes de délation, impliquant des citoyens pour dénoncer des praticiens suspectés de déroger aux normes sanitaires. La délation des pratiques -ou des praticiens- suspectes est encouragée comme un signe de responsabilité citoyenne. Les émissions télévisées s'emparent de ces recommandations et multiplient les incursions par caméra cachée,[59] et les journalistes publient leurs enquêtes dans des ouvrages grand public qui visent aussi les chirurgiens esthétiques (Abonneau et Baron, 2010).

Un retentissement plus direct sur les chirurgiens esthétiques ce sont les scandales médiatiques liés à des « ratages » qui ont vu le patient porter plainte et engager des procès avec les praticiens. Les premiers cas datent des années '20 du XXe siècle.

En 1927, le chirurgien Joseph Eastman Sheenan, irlandais d'origine, a été le protagoniste du premier procès largement médiatisé. Il avait réalisé un lifting sur une femme étasunienne, lui laissant des cicatrices auxquelles elle ne s'attendait pas. La patiente porta plainte contre lui. Sheehan affirma avoir dû « changer ses plans » en cours d'opération, en découvrant les traces cicatricielles d'un lifting précèdent dont sa patiente n'avait pas parlé. Du coup, en changeant l'emplacement prévisionnel des cicatrices, il aurait dérogé à l'accord médical défini avec la patiente et Sheehan fut reconnu coupable. En raison de la médiatisation du procès, sa réputation en souffrit durant le reste de sa carrière, ce qui ne l'empêcha pas toutefois de devenir président de l'AAPS (American Association of Plastic Surgery) en 1935.

Entre les deux guerres, un procès historique vint bouleverser le monde français de la chirurgie plastique: l' « affaire Dujarier » (Le Hénaff ; 2010 , 2017). En 1926, le Professeur

58 Voir : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311666/9789242512359-fre.pdf?ua=1> consulté le 12/10/2020.

59 Le Dr Knipper a été sollicité par l'émission M6 pour évaluer des consultations en caméra cachée auprès d'autres praticiens, voir : <https://www.youtube.com/watch?v=m2UceAkI_Tc> consulté le 7/2/2021.

Dujarier reçut la demande de Suzanne Geoffre, un modèle de couturier, pour lui enlever un excès de masse graisseuse au niveau de ses jambes. Le chirurgien accepta de l'opérer sans honoraire, car c'était la première fois qu'il réalisait ce type d'opération. Celle-ci échoua du fait que le chirurgien n'a pas réussi à refermer la plaie chirurgicale, et il fut contraint d'amputer la jeune fille d'une jambe. Cette malheureuse affaire donna lieu à un procès qui se conclut par la condamnation du chirurgien à payer une compensation financière. La peine a été encore plus sévère du fait que cette opération ayant pour seul but de corriger la ligne de la patiente ne valait pas le risque encouru et constituait donc une faute professionnelle entraînant la responsabilité du chirurgien (Le Hénaff, 2010, 88).

Ces scandales sanitaires ont eu plusieurs conséquences. Ils ont contraint les législateurs à définir une frontière entre chirurgie réparatrice et chirurgie esthétique. Mais ils ont aussi conduit les législateurs à préciser les responsabilités médicales face à un risque jugé « non vital », ce qui a poussé les chirurgiens pratiquant l'esthétique à se séparer des chirurgiens hospitaliers et à s'installer en libéral, distinguant ainsi physiquement - ou territorialement - les deux domaines de compétence (Le Hénaff, 2010, 90).

CIRUJANOS PATITO : LES « INTRUS » DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

> « La lutte acharnée du médecin « officiel » contre le charlatan, qui lui prend sa clientèle et parfois le dénigre, est aussi une lutte contre son double ou un faux frère qui l'irrite non seulement à titre d'imposteur possible (ce qui justifie éthiquement ce combat), mais aussi de rappel d'une dimension subjective et suggestive du soin que son modèle scientifique de maîtrise et de rationalité (…) l'imaginaire du charlatan hante l'histoire et la pratique médicales » (Jean-Marc Mouillie dans Bonah et al. 2014, 30).

Les polémiques médiatiques qui investissent la chirurgie esthétique concernent aussi les cas de personnes qui ne sont pas chirurgiens plasticiens -et parfois même non-détenteurs d'un diplôme en chirurgie- qui pratiquent la chirurgie esthétique de de manière illégale. Je me suis rendu compte de l'ampleur que ce phénomène recouvrait au Mexique, lors de mon terrain exploratoire en 2013. D'après les chiffres médiatiques de l'époque pour chaque chirurgien plasticien certifié existent de huit à douze « charlatans », tel l'écrit le quotidien El Universal en 2014.[60]

60 Voir l'article « Proliferan cirujanos plasticos "patito"» : < https://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/proliferan-cirujanos-plasticos-34patito-34-1061773.html> El Universal, consulté le 6/2/2021.

Entre 2013 et 2014 l'institution gouvernementale COFEPRIS (Comision Federal para la Proteccion contra los Riesgos Sanitarios)[61] entreprend une lutte aux *cirujanos patito*,[62] les « charlatans » de la chirurgie esthétique. Cette lutte, motivée officiellement par l'augmentation inquiétante de la maladie pour l'injection de modelants, s'inscrit en réalité dans le cadre d'une énorme réforme de régularisation de tout le système de services liés au corps, c'est-à-dire : vente de médicaments (pharmacies, laboratoires pharmaceutiques, magasins de phytothérapie), alimentation, restauration, esthétique, coiffure, etc. Ces mesures font suite à l'approbation en 2011 de la *Ley Général de Salud*[63] (Loi générale de santé), qui légifère sur les conditions d'hygiène à respecter pour la production et la commercialisation des services à la personne. Il faut spécifier que cette campagne menée par COFEPRIS a été radicale, improvise et agressive ; elle a eu comme conséquence la réquisition des matériels et la fermeture des établissements *manu militari*.[64]

Les contrôles ont amplement touché les chirurgiens esthétiques installés en libéral, qui ont souvent dû apporter des importants changements dans la structure et l'organisation de leur travail. Cela a engendré beaucoup de mécontentement notamment pour les petites cliniques telles celles du Dr Garcia qui accuse la COFEPRIS de mener une « chasse aux sorcières »:

> *« Depuis le scandale d'Alejandra Guzman, ils ont commencé à s'attaquer à toutes les petites cliniques comme la mienne. Ils m'ont fait subir énormément de pressions, hein? Mais le souci est que le problème d'Alejandra Guzman, il a été provoqué par une docteure, une femme qui tenait un centre de bien-être. Alors, cela fait qu'aujourd'hui, avec le régime politique que nous avons, la plainte d'un citoyen, plutôt que d'apporter un bienfait à la communauté, sert aux autorités comme prétexte pour faire pression sur nous, exercer des chantages sur des personnes "captives". Qui sont les "captifs"? Nous, les bons. (...) Notre gouvernement est très corrompu. Ils prennent tout, ils font pression sur nous, ils cherchent une raison pour obtenir ce qu'ils veulent, non? Ils demandent de l'argent [sous forme d'amendes], tout de suite après avoir changé les normes, lesquelles changent d'un mois à l'autre. Clairement, la pression vient toujours de la corruption. Où doivent aller les aiguilles ? Et les ampoules ? Tout d'un coup, un jour on te dit : dans la*

61 Comité Fédérale pour la Protection contre les Risques Sanitaires.

62 Patito est un terme qu'assimile ces praticiens à des « charlatans », ceux qui n'ont pas de qualifications, qui ne sont pas « originaux ». Le dictionnaire de la langue mexicaine renvoie à « marque patito », une marque peu connue ou de mauvaise qualité « marca patito. loc. adj. De marca poco conocida o mala. » Voir : < https://www.academia.org.mx/obras/obras-de-consulta-en-linea/diccionario-breve-de-mexicanismos-de-guido-gomez-de-silva> consulté le 6/2/2021.

63 Voir la dernière version de cette loi, mise à jour le 7/1/2021 : http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf consulté le 6/2/2021.

64 L'armée mexicaine a soutenu parfois les contrôles de COFEPRIS des magasins de phytothérapie dans l'État de Mexico, comme le rappelle cet avocat dans ce témoignage en ligne qui vise à renseigner les commerçants sujets à ces contrôles de leurs droits « Como atender una visita de COFEPRIS en un establecimiento naturista » <https://www.youtube.com/watch?v=VJQgKs4mad8> consulté le 6/2/2021.

poubelle rouge. Après on te dit que cela doit être mis dans la poubelle municipale, ensuite ils disent, non, les seringues vont dans la poubelle rouge, même si il n'y a pas de sang dessus. À tout bout de champ, ils changent les protocoles, et mon sentiment est qu'ils font cela pour pouvoir nous accuser de nous tromper sur ça et sur ça, et pour pouvoir exercer une pression sur nous. C'est une chasse aux sorciers. »

(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2016)[65]

Un commentaire qui est revenu plusieurs fois de la part des praticiens certifiés qui se sentaient visés par ces contrôles, pointait le fait que cette répression sanitaire ne viserait pas les « vrais charlatans », lesquels se replieraient de plus en plus dans la clandestinité, en opérant même la nuit afin d'éviter les suspicions.

De son côté, l'AMCPER (Asociacion Mexicana de Ciruia Plastica, Estetica y Reconstructiva), soutient la COFEPRIS et établit avec elle une alliance stratégique. Désormais uniquement les chirurgiens inscrits à la AMCPER sont considérés comme fiables et certifiés. Alors qu'en réalité tout chirurgien plasticien ayant un diplôme de spécialité en chirurgie plastique est techniquement considéré comme légitime, sans forcément être inscrit à la AMCPER. C'est pourquoi certains de mes interlocuteurs ont exprimé leur mécontentement pour ce monopole de la « légitimité » de la part de l'élite liée à la AMCPER. Certains de mes interlocuteurs ont affirmé que l'appellation de *patito* était utilisée par les membres des sociétés savantes pour qualifier tout praticien qui ne les cautionnait pas.

J'ai rapidement compris qu'il s'agissait d'un sujet sensible. Malgré cela, je voulais l'approfondir, car il s'agissait d'un sujet récurrent dans les entretiens et omniprésent dans les chroniques de l'époque. Néanmoins, l'AMCPER était fermée hermétiquement et refusait toute possibilité d'échange. Après plusieurs mails et appels sans suite, je me suis présentée directement au congrès de l'AMCPER organisé en décembre 2016, à Mexico. On m'a interdit l'entrée, malgré la carte de présentation officielle de l'université me présentant comme chercheuse en anthropologie. Un climat de suspicion généralisée régnait chez des membres de l'AMCPER fermés à tout contact extérieur, probablement pour préserver l'intégrité de la profession face aux « intrus ». Ces faits ont retenti sur le déroulement de mon travail d'ethnographe au Mexique. De fait, si les membres certifiés de l'AMCPER m'assimilaient à un *patito*, les chirurgiens libéraux pouvaient m'assimiler à un agent de COFEPRIS, j'étais prise entre deux feux. Certains de mes interlocuteurs rencontrés préalablement en 2013 avaient changé de cabinet sans laisser de trace, probablement visés par des contrôles.

65 Extrait traduit de l'espagnol par mes soins.

J'ai dû apprendre à peser mes mots, car toute maladresse pouvait éveiller la suspicion de mes interlocuteurs. Et pourtant, éviter la suspicion était impossible dans ce moment historique très tendu que traversaient ces praticiens. Lorsque j'ai réussi à contacter des chirurgiens inscrits à la AMCPER on m'a fait de la pression pour savoir si j'avais « collaboré » avec des potentiels *patito* et dévoiler leur identité. Cela était évidemment incompatible avec le principe d'anonymisation de ma recherche. Cela a été un facteur qui a poussé certains de mes interlocuteurs à couper tout contact avec moi.

Plus généralement, le problème des chirurgiens *patito* au Mexique touche à l'uniformisation de la formation en chirurgie plastique. De fait, dans ce pays, il existe peu de pôles hospitaliers de formation certifiés et certifiants en chirurgie plastique esthétique. L'admission dans cette spécialité est très sélective. Par ailleurs la demande de chirurgie esthétique de la part de la population est exponentielle. Ce paradoxe entraîne la naissance d'écoles de médecine « privées », qui sont jugées être de écoles *patito*, car elles ont peut-être les autorisations d'exercice locales, régionales, mais ne sont pas officiellement reconnues par les autorités nationales de santé. Des écoles de ce type existent dans plusieurs villes de taille moyenne au Mexique, comme Veracruz, Puebla, Guanajuato, etc.

Cela dit, la problématique s'articule différemment en France et au Mexique. En France la notion d'intrus dans le territoire de la chirurgie esthétique est plutôt appliquée aux médecins esthétiques, comme l'a montré Yannick Le Hénaff (2010). Ce dernier a observé que, bien que les chirurgiens font aussi de la médecine esthétique, celle-ci a tardé à se légitimer comme pratique respectable auprès de ces praticiens (Le Hénaff, 2019). Maintenant en France, la médecine esthétique (c'est-à-dire les injections de toxine botulique, acide hyaluronique, ou d'autres produits volumateurs) peut être exercée par tout médecin généraliste non spécialiste. Parfois, les chirurgiens plasticiens reprochent à la médecine esthétique de promettre des résultats qui sont obtenus uniquement avec la chirurgie.

En France, les cas de praticiens qui exercent la chirurgie esthétique illégalement sembleraient être exceptionnels. Citons quand même le cas du docteur Michel Maure, en 2009, appelé par les journaux, le « boucher de la chirurgie esthétique », présenté ainsi sur le site d'un magazine féminin :

> « Le docteur Michel Maure a été mis à procès en 2009 à Aix-en-Provence, car il menait des interventions de chirurgie esthétique sans être certifié. Il opérait dans une clinique interdite administrativement depuis 1995. Il a été condamné pour exercice illégal de la médecine. Depuis, il est en fuite. (…) assisté d'une infirmière non diplômée qui endossait aussi les rôles de femme de ménage et de standardiste, Michel Maure opérait, la fenêtre ouverte et en costume de ville, deux ou

trois patients en même temps, répondait au téléphone pendant ses interventions, ne nettoyait pas ses instruments, implantait des prothèses mammaires périmées… Il utilisait des techniques « révolutionnaires » comme l'anesthésie locale pour de grosses opérations ou la cicatrisation « spontanée » des plaies. (…) Ray-Ban sur le nez, moumoute vissée sur le crâne, Michel Maure, qui roule en Mercedes ou en Bentley, donne toutes les apparences de la réussite. Il aime le luxe, l'argent. Sa vocation n'est pas l'exercice de la médecine même s'il est titulaire d'un diplôme d'État depuis 1974. Non, ce qui le fait vibrer, ce sont les « affaires ». Depuis plus de vingt ans, il pratique la cavalerie financière, achète et revend des sociétés dans des domaines variés : garages, pièces détachées, maisons de retraite, cliniques… Sans succès : toutes ses entreprises font faillite ou sont en infraction avec la loi. Les scrupules ne l'étouffent pas ».[66]

LA PUBLICITÉ

Le cas des *patito* ou des « charlatans » de l'esthétique s'accompagne de la problématique de praticiens certifiés qui frôlent les limites éthiques et les conventions établies. Par exemple, c'est le cas pour les praticiens qui se font de la publicité. Le Dr Buenaventura à Tijuana est un cas emblématique. Un de ses confrères de Tijuana m'a fait remarquer qu'il « abuse » des moyens publicitaires. Effectivement, pour attirer vers sa clinique la clientèle américaine prête à faire de la route pour se faire opérer à moindre coût qu'aux États-Unis, ce médecin investit d'importants moyens publicitaires. D'immenses panneaux, le montrant en blouse blanche dans sa clinique, parsèment la route reliant les États-Unis au Mexique. Ce praticien intervient aussi régulièrement dans les émissions télévisées et radiophoniques qui s'adressent à la communauté latino-américaine de Californie. Cette publicité massive contribue à renforcer sa popularité à Tijuana suscitant l'envie de ses confrères:

« Le Dr Buenaventura fait une publicité impressionnante. Il a mis de grands panneaux dans toute la ville de Tijuana. Nous ne faisons pas de publicité.

Et pourquoi n'en faites-vous pas ?
Nous n'en faisons pas, parce que nous croyons que ce n'est pas un moyen très éthique. Auparavant, la publicité était interdite. À l'époque du docteur Ortiz Monasterio, quand nous avons commencé, c'était interdit, ce n'était pas éthique. Dans les statuts de l'American Board des États-Unis, il y avait cette interdiction de faire de la communication de cette nature. Mais maintenant, cela a changé et tout le monde fait sa publicité. Je ne vois pas de mal à cela, parce que tout le monde fait quelque chose pour essayer d'avoir plus de patients, mais ici on travaille davantage par bouche-à-oreille et recommandation des patients qui viennent nous voir depuis des années. Aujourd'hui, j'opère des personnes que j'ai opérées il y a 40 ans, j'opère leurs filles… Mes patientes se transmettent mon adresse, entre filles, grand-mères, tantes, etc. C'est mieux comme ça, c'est plus économique, car la publicité est très chère. »

66 Voir l'article « Danger de Maure » : < https://www.elle.fr/Societe/Les-enquetes/Danger-de-Maure-687445>, consulté le 15 /10/2020.

(Entretien avec le Dr Cames, Tijuana, Mexique, 2017).

Si au Mexique l'interdiction de se faire de la publicité est tolérée, en France elle est bien formalisée (interdite par le Conseil de l'Ordre des médecins) et généralement respectée. Ceux qui dérogent à cette convention, sont considérés dans les deux pays, comme des praticiens douteux, bien qu'ils soient certifiés et inscrits à des sociétés savantes. Faire de la publicité est un acte perçu comme du marketing déloyal à l'égard des chirurgiens qui respectent l'éthique médicale et les lois interdisant de le faire. Quelle est la différence entre communiquer de l'existence de son cabinet et faire de la publicité ? Apposer une plaque devant la porte d'entrée et se faire connaître par le bouche-à-oreille sont des moyens acceptables. Par contre, faire paraître une annonce encadrée et mise en évidence, qu'il soit sur les pages jaunes ou par panneaux publicitaires, est entendu comme de la publicité illicite. Ce caractère « vendeur » est condamné par la SOFCEP (Société Française des Chirurgiens Esthétiques Plasticiens) qui s'exprime à ce propos :

> « II faut toujours se renseigner sur les qualifications [des praticiens] directement auprès du Conseil de l'Ordre des médecins de votre département ou directement auprès du Conseil national de l'Ordre. Évitez à tout prix les établissements dits spécialisés qui font de la publicité dans les médias et les magazines féminins (voir : les pièges de la publicité) et qui cherchent à créer des « supermarchés de l'esthétique ».[67]

Des moyens détournés de se faire connaître du grand public naissent auprès de ces praticiens. C'est le cas des participations aux émissions télévisées ou radiophoniques, l'écriture de livres destinés au grand public ou la création d'un blog internet professionnel. Ces actions ne peuvent pas être condamnées à titre de démarches publicitaires, mais contribuent indéniablement à accroître la visibilité du praticien.

« BONNES » ET « MAUVAISES » PRATIQUES

Lors des entretiens avec les praticiens je leur ai demandé quelle était la différence entre un « bon » et un « mauvais » chirurgien esthétique. Cette question visait indirectement à saisir les critères déontologiques valorisés par chaque praticien, ce qu'à ouvert parfois à une analyse des « bonnes » et « mauvaises » pratiques en chirurgie esthétique.

---

67 Voir : < https://www.chirurgiens-esthetiques-plasticiens.com/congres-sofcep-2/> consulté le 25/10/2020.

Certains, comme le Dr Gassiot, français, ont présenté leur liste -par ordre de gravité- des mauvais pratiques que l'on peut trouver en chirurgie esthétique (le voici de suite selon mes notes de terrain) :

> « Les praticiens certifiés qui « opèrent mal », qui ne rendent pas justice à la formation hospitalière dont ils ont bénéficié ;
>
> Les spécialistes d'autres spécialités chirurgicales, comme les ORL ou les gynécologues qui font de l'esthétique sans avoir reçu une formation complète dans le domaine de la chirurgie plastique ;[68]
>
> Les médecins généralistes, aujourd'hui peu nombreux en France, qui s'improvisent chirurgiens plasticiens et pratiquent des interventions lourdes comme des rhinoplasties ou des liposuccions ;
>
> Les fabricants de prothèses et de matériaux chirurgicaux esthétiques qui trichent sur la qualité de leurs produits, mettant ainsi gravement en danger la vie des patients, Jean-Claude Mas, dirigeant de l'usine de prothèses PIP, en est un exemple. »
> (notes de terrain avec le Dr Gassiot, Paris, France, 2015)

Usurpateurs du territoire médical

Un des points qui revient souvent c'est le thème des « intrus » et donc des praticiens d'autres spécialités chirurgicales qu'usurpent le territoire des chirurgiens plasticiens :

> *« En France on est 700 des vrais chirurgiens plasticiens ! C'est-à-dire de vrais chirurgiens qu'ont fait le cursus. Tout le cursus. Qui sont diplômés, qui sont membres des sociétés savantes, c'est-à-dire des vrais plasticiens ! Parce qu'il y a beaucoup de monde qui fait la chirurgie esthétique, mais qu'ils ne sont pas diplômés. C'est ça le problème ! Surtout en Italie !*
>
> ***Ils ne sont pas médecins ?***
> *Oui, ils sont médecins et chirurgiens, mais ils ne sont pas chirurgiens esthétiques ! Ils sont par exemple chirurgiens généraux et ils font des liftings pour l'argent ! »*
>
> *(Entretien avec le Dr Singer, Paris, France, 2015)*

Selon le Dr Cames, les mauvais praticiens ce sont ceux qui n'ont pas suivi un cursus de chirurgie plastique reconstructive à l'hôpital :

> *« À Tijuana on fait de la très bonne chirurgie plastique, mais aussi de la très mauvaise. (...) Le problème est ce que la demande fait qu'il y a beaucoup d'intrus*

68 Légalement, les non spécialistes en chirurgie plastique peuvent exercer la chirurgie plastique, mais ne sont pas reconnus comme légitimes par les chirurgiens plasticiens spécialistes. La loi du 4 mars 2002 spécifie que les actes de chirurgie esthétique ne peuvent être pratiqués que par des médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, inscrits auprès de l'ordre des médecins. Mais les spécialités en ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillo-faciale, gynécologie et urologie peuvent également pratiquer la chirurgie esthétique, à condition que ce soit dans le cadre de leur spécialité anatomique.

dans la chirurgie plastique. Ce sont des gens qui ne sont pas formés. Ils vont six mois en Cuba. Certains charlatans ici en Tijuana payent un cours de six mois en Cuba et reviennent chirurgiens plasticiens.

Avec un certificat ?
Ils leur donnent un diplôme, qu'atteste qu'on fait un cours de six mois. Quand j'étais au Collège des Médecins, j'ai découvert tous ces problèmes et j'ai dû confronter ces praticiens ! Ils sont médecins-chirurgiens généraux.

Et ça ce n'est pas illégal ?
Non. Ce n'est pas légal, mais maintenant la loi mexicaine est très bien régulée »

(Entretien avec le Dr Cames, Tijuana, Mexique, 2017).

Le Dr Cournet affirme de même l'importance d'avoir le bon diplôme, celui en chirurgie plastique ; ne pas être accros à de substances (même s'il y a des médecins dans ce cas) ; et s'adapter à la personne en termes d'approche psychologique :

*« **Quelle différence il pourrait y avoir entre un bon chirurgien et un « charlatan » ?***
Il faut connaître le métier déjà ! Un charlatan il n'a pas ses diplômes, un pilote d'avion qui n'a pas ses diplômes ce sera un charlatan, hein ? voilà ! bon bah voilà déjà il faut avoir fait ses études, être formé chirurgien plasticien et puis voilà. (…) Je discutais samedi soir avec un collègue qui est généraliste et il y a certains confrères qui sont alcooliques, malheureusement ça… existe ! Il y en a quelques-uns… ça existe il y a une clientèle qui va avec, qu'ils sont alcooliques ! Il y a de tout… Moi je suis assez psychologique (…), mais après il ne faut pas quand même couper le cheveu en quatre hein ? Il y a des gens qui veulent une intervention mammaire, ils n'ont pas envie de que vous leur fassiez la messe quoi ! Ils veulent une augmentation mammaire, d'accord ! Et puis d'autres qu'ils veulent que vous le compreniez un peu plus. Donc en fait, on dit que la clientèle du médecin ressemble au médecin, voyez ? (…) Donc les charlatans ils… bah il n'en a pas tant que ça ! C'est assez cadré quand même hein ? Il y a une loi en France, on est quand même très sécurisé en France hein ? On ne s'en rend pas compte, mais les gens sont bien formés, dans leur ensemble, c'est sérieux hein ? »

(Entretien téléphonique avec le Dr Cournet, travaillant à Lyon, France, 2015)

Au Mexique il y a des écoles privées de médecine qui préparent à l'exercice de la chirurgie plastique en six mois à un an. Rien à voir avec le cursus de douze ans de médecine, chirurgie générale et spécialité chirurgicale. Ces « formations *patito »* sont fortement contestées par la société savante AMCPER, qui ne peut toutefois s'opposer à leur existence, car chaque région du Mexique, État fédéral, est autonome dans la législation en matière de formation médicale.

Le Dr Luna, praticien hospitalier et professeur dans un hôpital public de Mexico, affirmait ainsi : « Un chirurgien plasticien complet est un chirurgien qui fait tout. Tu peux

être connu parmi tes amis pour mieux réussir une intervention qu'une autre, cela est normal. Mais tu dois être formé pour savoir tout opérer ».[69]

D'autres praticiens, comme le Dr Higos, mexicain, parlent explicitement d'intrusion dans le territoire de la spécialité :

> *« La chirurgie esthétique est un gâteau auquel tout le monde veut goûter. Parce qu'elle est lucrative. C'est la réalité. C'est un sujet polémique dans le monde entier.*
>
> ***Que dit la loi mexicaine à ce propos ?***
> *Maintenant elle protège le chirurgien plasticien, mais pas depuis longtemps, ça fait huit ans. C'est pareil aux États-Unis, Brésil ou Argentine. (...) Cela a été un problème pour les injections de médecine esthétique, mais aussi pour la liposuccion, parce que les gens croient que c'est facile à faire. Maintenant il y a un autre problème, les gynécologues. Ils disent que le ventre est leur territoire, pourquoi ne pourrais-je l'arranger, le corriger esthétiquement ? Alors ils font des liposuccions et des lipostructures. Et aussi les seins ! Et les ORL se disent, si je maîtrise le visage, les fractures et les tumeurs du nez, pourquoi ne pas faire de la chirurgie esthétique du nez ? Et voilà ! Un autre bout du gâteau ! L'ophtalmologue se dit que, si la paupière recouvre l'œil qui est son territoire, il a le droit de faire des blépharoplasties esthétiques, et il commence à se nommer oculoplasticien. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Higos, Mexico, Mexique, 2016)*

D'autres praticiens, comme le Dr Grubers, sont plus nuancés. Ce praticien souligne, probablement à raison, que certaines techniques en chirurgie esthétique ont été inventées par des non-spécialistes en chirurgie reconstructive : [70]

> *« **Comment définirez-vous un bon chirurgien pas rapport aux praticiens?***
> *C'est quoi un praticien?*
>
> ***C'est justement pas des spécialistes en chirurgie générale.***
> *Bah, savez, c'est difficile à répondre parce que la plupart des opérations esthétiques sont étés inventés par des praticiens et pas par des chirurgiens esthétiques ! La liposuccion au début c'est pas des chirurgiens esthétiques qui l'ont inventé, au contraire ! Au début de la liposuccion les chirurgiens esthétiques ils disaient que surtout il faut pas faire de la liposuccion, c'est très dangereux, ça donne de très mauvais résultats... Attention, catastrophe! Et tout... Donc en général c'est des praticiens qui ont inventé des opérations. Et après les chirurgiens ils ont dit: Il y a que nous qui ont le droit à le faire!*
>
> ***Du coup il y a n'a encore de praticiens?***
> *Oui, il y a n'a encore!*
>
> ***Et sont fiables ou?***
> *Je sais pas si sont fiables, peut être...mais c'est pas tout à fait licite hein?!*
>
> ***Vous en connaissez?***

69 Entretien eu en 2016.

70 Je n'ai pas pu confirmer cette information, mais plusieurs praticiens interviewés ont dit que Yves-Gérard Illouz, l'inventeur de la liposuccion, n'était pas plasticien, mais simplement gynécologue. Il aurait détourné l'usage de la canule pour faire les avortements, la transformant en canule pour liposucer.

Non, j'en connais pas. Moi je m'occupe juste de moi. »

(Entretien avec le Dr Grubers, Strasbourg, France, 2012)

Ceux qu'opèrent pour l'argent

Le Dr Bruder souligne que les mauvais praticiens en chirurgie esthétique opèrent uniquement pour l'argent et poussent les patients à se faire opérer, malgré qu'ils n'en aient pas besoin objectivement :

> *« Je ne pousserai jamais quelqu'un à… se faire opérer, si je pense que le résultat… sera moyen ou n'apportera pas un grand bénéfice ! Et pourtant, on a des patients qui sont très demandeurs, qu'on pourrait opérer entre guillemets très facilement, parce qu'ils veulent à tout prix se faire opérer ! Je pense qu'il faut avoir l'honnêteté de leur dire : "l'intervention ne va en rien vous aider…" Il faut peser le pour et le contre et dire : "moi je vous déconseille cette intervention". Ça, c'est de l'éthique personnelle que de pas opérer quelqu'un juste pour gagner de l'argent, en sachant que le résultat va être très modeste, voire inexistant ! Ça c'est Picasso ! »*
>
> *(Entretien avec le Dr Bruder, Strasbourg, France, 2012)*

Finesse ou vulgarité des résultats : artisans et artistes

Il semblerait que pour certains praticiens, particulièrement en France, s'opère une distinction entre un résultat artisanal, et un résultat artistique, et cela réfléchit le style de chaque praticien. Généralement la démarche la plus valorisée est la démarche artisanale, qu'opère dans l'ajustement du geste chirurgical à la morphologie du patient en finesse.

Selon le Dr Rossi, le « bon » praticien se reconnaîtrait à la finesse du résultat chirurgical :

> ***« Qu'elle est votre déontologie en tant que médecin ?***
> *Je vous l'ai dit, le respect pour la personne [le patient] essayer de faire dans le sens de, ne pas me limiter à faire une intervention et ensuite rien. Mais m'en occuper avant, pendant et après, et chercher à faire un travail global, comme je vous ai dit. Et ensuite, du point de vue chirurgical, respecter la personnalité, la personne, ne pas vraiment les canons de la mode. Faire de sorte que la chirurgie soit discrète, avec un résultat naturel, non artificiel. On m'a fait un compliment que j'ai beaucoup aimé, on m'a dit que je fais la dentelle en chirurgie ! (elle rit) Oui, cela est un très beau compliment! De ne pas faire les choses, moi j'aime les faire en finesse. Faire les choses fines, qui ne se voient pas. Car quand vous voyez quelqu'un dans la rue qu'a fait quelque chose d'artificiel qui n'est pas naturel, ce n'est pas beau pour moi, alors... »*
>
> *(Entretien avec le Dr Rossi, Paris, France, 2013)*

Le Dr Noguès partage le même avis que le Dr Rossi, la particularisation du résultat esthétique, et le fait de ne pas appliquer des recettes toutes prêtes, ferait la différence entre un bon et un mauvais praticien en chirurgien esthétique :

> *« **Et la différence entre un bon et mauvais chirurgien… ?***
> *Un bon et un mauvais peut-être c'est ça. Peut-être un mauvais c'est un type qui va penser de juste vous jouer des sous pour, enfin il y a différents mauvais ! Il y a l'escroc ! Et le mauvais parce que simplement il n'analyse pas les choses ! Il y a plein de mauvais. Il y a beaucoup de raisons pour être mauvais hein ? C'est un métier qui est plein d'embouches. Vous pouvez être mauvais parce que vous êtes mal formé. Parce que vous n'êtes pas curieux et que vous appliquez des recettes, que vous avez apprises, et que les recettes sont dépassées. Et que les recettes c'est… il y a tellement de cas particuliers dans notre métier ! Tous les gens sont légèrement différents que si vous essayez d'appliquer la même recette pour tout le monde, ça va marcher sur 60% des patients, et puis vous avez 40% des patients chez qui vous avez un résultat suboptimal et 10% chez qui vous avez un résultat catastrophique ! Et j'ai des collègues qui font ça ! Qui continuent à faire ça, ils ont appris une recette, et ils appliquent la recette pour tout le monde ! Parce que c'est plus facile ! Ils ne se posent pas de questions.*
>
> ***La recette, ça veut dire la technique ?***
> *Oui, une technique ! même technique. Ils ont appris une technique au moment de leur formation, par exemple pour les plasties mammaires, 90% des plasticiens français font une technique de plastie mammaire en T à pellicule supérieure. Qui est une technique qui date des années 70. C'est une façon de remonter le mamelon, on utilise la vascularisation qui vient du haut, on coupe l'innervation, on coupe la glande, on remonte ça on fait une grande cicatrice en T. C'est une technique qui a 40 ans, qui est totalement dépassée, qui pose plein de problèmes parce que ça coupe l'innervation, ça coupe la vascularisation, on a des rides de nécrose de l'aréole, des cicatrices sont souvent moches, euh… Et, mais c'est celle qui est enseignée généralement à l'hôpital, et vous avez la plupart des chirurgiens qui font ça. Parce que c'est la technique qu'ils ont apprise. Alors, il y a eu plein d'innovations, on a compris comment passer le nerf, comment passer le sang, et tout ça. Comment on pouvait diminuer le nombre de cicatrices ! Mais pour ça il faut lire et il faut voyager ! Il faut aller voir les chirurgiens qui font mieux que les autres, donc c'est avant tout un artisanat. Donc je dirais que c'est un " mauvais " au sens technique, quand il a appris au début et qui ne se remet pas en question. Qu'il voyage pas et qu'il continue pas à se former, et qui ne cherche pas à adapter son truc. Après il y a l'escroc qui ne pense pas au bien du patient, mais qui pense avant tout à son portefeuille.*
>
> ***Et il y en a beaucoup de mauvais et d'escroc, en France ?***
> *Bah dans tous les pays !*
>
> ***Et vous pensez que ce fait nuit à l'image de votre discipline ?***
> *Bien sûr ! Hum (affirmatif) »*
>
> *(Entretien avec le Dr Noguès, Paris, France, 2015)*

Au contraire de l'artisan, le chirurgien « artiste » ne respecterait pas les conventions esthétiques. On attribue à ces chirurgiens les résultats d'un lifting trop « tiré », de la pose de très grosses prothèses mammaires, des rhinoplasties rétrécissant excessivement la pointe du nez ou les narines ou des injections dans les pommettes. La

figure du « chirurgien artiste » a suscité des nombreuses caricatures cinématographiques qui le présentent comme le chirurgien des *people*.

Le Dr Manneau nous donne ici sa vision d'une chirurgie qu'il appelle « chimérique », qu'il estime être vulgaire :

> *« **Est-ce que les gens recherchent plutôt un résultat naturel, qui ne peut pas être décelé et donc évalué ?***
> *Hum… Alors, concernant ce type de chirurgie, il y en a deux . La chirurgie esthétique est une chirurgie très naturelle, donc la motivation est de donner l'image de ce que l'on est. (…) Donc, quelqu'un qui a la peau du bas du visage qui commence à se détendre… qui perd l'ovale du visage, qui donne l'image de quelqu'un de fatigué, alors qu'intérieurement il se sent capable de déménager des montagnes et de faire beaucoup mieux que beaucoup de jeunes fatigués ! Hum, je comprends qu'il ait envie de donner une image de lui très tonique, mais en restant naturel ! Donc ça, c'est la vraie chirurgie esthétique ! À côté il y a toute une autre chirurgie qui est décriée et dont on a parlé tout à l'heure : les gens qui sont en quête de jeunesse, qui mènent des combats à mon avis totalement vains, qui sont à côté de la plaque et qui se font apposer sur le visage des stigmates comme des lèvres charnues qui n'ont rien à voir avec leur âge ! Mais il est vrai que cette opposition entre chirurgies esthétique et chimérique est une chose que j'aimerais bien qui soit dite et comprise : ce sont deux choses différentes ! C'est comme quand on parle de la cuisine française ou de la cuisine en général ! Tout ça s'appelle de la cuisine, mais d'un côté vous avez de la cuisine gastronomique tout à fait naturelle, c'est un plaisir, c'est culturel, et cetera, et, à côté, vous avez tout ce qui est de la malbouffe ! Quand vous allez dans un MacDo, vous ne dites pas : je vais au restaurant, vous dites : je vais au Macdo ! Quand vous allez au restaurant, vous allez au restaurant, vous recherchez de la gastronomie ! Eh bien, je crois qu'on devrait faire la même distinction en chirurgie esthétique. Quand on voit quelque chose de noble, de reconnu, on fait de la chirurgie esthétique (sous-entendu la chirurgie reconstructive), mais quand on va se faire gonfler à droite et à gauche, on va faire de la médecine, de la chirurgie chimérique ! Pour moi c'est le même distinguo !*
>
> ***Du coup, les praticiens qui acceptent de faire ce type d'interventions chimériques, sont-ils conscients d'être dans ce paradigme-là ?***
> *Alors, oui, oui. Peut-être pas tous. Pas tous ! Je vais vous dire pourquoi ! Pour bon nombre, oui, et ils vous le disent, parce que ça m'arrive d'avoir ces discussions avec les confrères, bien sûr ! Je leur dis : mais ça te plaît ça ? Tu ne me peux pas dire que c'est naturel ! Ils me répondent : " Non, je suis d'accord avec toi, mais à elles, ça leur plaît! Elles ne me demandent que ça ! Alors, on y va ! " Et ça, à mon avis, c'est un mauvais raisonnement, c'est un raisonnement avant tout commercial, et là on se trompe de route ! À côté de ça, vous avez des chirurgiens qui ont ce goût de l'artificialité et j'en veux pour preuve les confrères, et certains de renom, qui se font opérer, qui s'opèrent entre eux et je vois des modifications morphologiques qui me font euh… bondir ! Je ne citerai pas de noms, bien sûr ! Et ce n'est pas qu'à Paris, ailleurs aussi. Ils avancent en âge, se font opérer par X…, se font gonfler les pommettes lisser le front et ça leur donne des airs complément étranges, pas naturels du tout !*
>
> ***Des hommes du coup ?***
> *Ouais, des hommes. Et s'ils le font sur eux… ils raisonnent peut-être différemment que moi, certainement ! Et pour moi, ça participe aussi d'une espèce de chimère pour se vouloir toujours jeune, alors ils travaillent leur image, de peur que leur clientèle ne les trouve pas assez jeunes, je ne sais pas. En tout cas, à mon sens, ils sont à côté de la plaque. Si j'étais le patient, je prendrais rendez-vous avec eux, je les verrais comme ça… je leur serrerais la main, je leur dirais : " Écoutez, je me suis trompé d'adresse" et je m'en irais ! »*

(Entretien téléphonique, Dr Manneau, travaillant à Montpellier, France, 2019)

Le chirurgien « artiste » est aussi le chirurgien qui se prête à intervenir sur les zones délaissées par les autres, c'est-à-dire les organes génitaux. Ou bien, celui qui se prêt à intervenir sur les personnes discriminées par les autres chirurgiens, comme les personnes homosexuelles et transsexuelles, souvent refusées par les praticiens certifiés.

C'est le cas du Dr Tours qui pratique des interventions non conventionnelles, voire expérimentales, comme des implants de silicone pour augmenter les pectoraux des hommes, les implants fessiers, la chirurgie d'élargissement du pénis.[71] De surcroît, ce praticien dirige une entreprise de produits d'injection, ce qui relève plutôt du domaine de la médecine esthétique. Je n'ai pas rencontré ce praticien, mais j'en ai entendu parler très négativement par le Dr Tarbes pendant une conversation de bloc opératoire. Il l'accusait d'opérer « mal » et de faire des « opérations honteuses » tout en s'étonnant de cela, car ils ont suivi la même école chirurgicale. « Certains n'ont pas de talent, ils sont maladroits... ce sont des braconniers », dit le Dr Tarbes.

D'ailleurs, le Dr Tarbes porte un regard critique sur le nomadisme du Dr Tours qui opère à Paris, Bruxelles et Londres. La représentation du « charlatan » en chirurgie esthétique est souvent liée au nomadisme médical. Intervenant dans des villes ou des pays différents, il paraît chercher à « brouiller les traces », son activité se situant à la lisière de la légalité. Exerçant sur plusieurs sites, se déplaçant régulièrement, il échappe plus facilement aux plaintes des patients et par conséquent à la justice.

Une autre forme de nomadisme médical liée à l'image du charlatan existe dans le tourisme chirurgical. Le contact éphémère avec les patients dans ce cadre n'est pas considéré comme professionnel, car il n'y a ni véritable consultation préopératoire ni suivi postopératoire. Acceptant de déroger aux conventions médicales, le chirurgien renonce ainsi à une partie importante de sa mission médicale, le rapport humain avec le patient et la garantie d'un suivi sur le long terme.

Le Dr Levallois en parle rapidement lors de notre entretien :

> *« (...) Alors que l'esthétique tout de suite ça fait heu… la une de la presse, ça passe dans des émissions et tout ça, et voilà, malheureusement dans toute profession il y a toujours des gens honnêtes et toujours des voyous hein !?*

71 Le site internet de ce praticien montre des vidéos de patients, dont l'identité n'est pas anonymisée. Il montre leur sexe et leur visage tout au long de leur prise en soin, avant, pendant et après l'opération. Or, cette démarche n'est pas considérés très éthique dans le milieu médical.

…Ce serait laquelle la différence entre… un bon praticien et un soi-disant un « charlatan » d'après vous ? C'est ce que l'on appelle…
(soupire) Bah, un charlatan c'est quelqu'un qui n'a pas de scrupules, et comme je vous disais, qui est prêt à opérer tout et n'importe quoi à partir du moment où il est payé. Qui est capable même de tromper des gens en faisant des choses qui ne sont pas licites ! Voilà. Donc, il y a une vision purement mercantile de leur métier et pas une vision médicale ! Voilà. Après par charlatan on peut entendra aussi les gens qui n'ont pas le droit de faire ça parce qu'ils n'ont pas le bon diplôme…

Oui
Voilà. Ça, mais bon, c'est un degré de charlatanisme qui est un peu moins grave, mais qui peut être grave quand même ! Voilà c'est des gens qui, font esthétique et qui ne devraient pas en faire ! Maintenant il y a beaucoup de médecins qui le font et qui ne sont pas chirurgiens ! Maintenant la limite et plutôt entre les spécialités chirurgicales ! Parce que le chirurgien gynécologue qui fait les seins, est-ce que c'est un charlatan !? Je ne sais pas ! Est-ce qu'un chirurgien ORL qui fait un lifting c'est un charlatan !? Je n'en sais rien ! Mais voyez ! Mais ce n'est pas la même gravité que ceux qui sont là juste pour ramasser, vous voyez ?

Donc, c'est plus grave…
Oui, parce que ça veut dire que c'est des gens… même quand votre état de santé est mauvais, même s'il est sûr qu'il ne va pas vous aider, il va quand même vous opérer quoi ! C'est… ils vont faire beaucoup de malheureux ! hein !? Et beaucoup de dégâts ! Et nous on les voit à l'hôpital après ! Les gens souvent ils vont en clinique, mais en général quand ils ont un problème ils viennent pleurer ici ! (il rit) Ouais.

Oui, à ce moment-là, vous les acceptez ?
On n'abandonne jamais les gens, hein !? On a aussi un phénomène des jeunes femmes qui vont partir se faire opérer à l'étranger ! En Tunisie par exemple, et… qui reviennent avec des problèmes, ils débarquent dans des hôpitaux ici ! Uhm…

Avec quel type de problèmes ?
Bah, des soucis, des infections, des… des ratages, des choses qui ne sont pas bien faites ! Et ils reviennent ici parce qu'on assure le service après-vente ! C'est un gros souci actuellement hein !?

Parce qu'elles n'ont aucun référent ici en France !
Bah non ! Il faut savoir que…

Elles n'ont pas des moyens de retourner là-bas?
C'est pour ça que c'est dangereux aussi d'aller trop trop loin ! Les gens pensent toujours, ça va se passer simplement, mais, en cas de difficultés, il faut voir que ça devient vite très très compliqué hein ! On va vous dire, bah retournez voir votre chirurgien ! Et il n'est pas juste à deux rues à côté, mais à l'étranger, et ça devient compliqué hein !? Oui. »

(Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015)

En ce sens, que ce soit dans le cadre du tourisme chirurgical ou pas, le « charlatan » de la chirurgie esthétique est celui qui déroge des temporalités du soin et des formalités rituelles en général. Par exemple, il incite le patient à se faire opérer rapidement, sans respecter le délai de réflexion préopératoire, fixé à quinze jours en France. Ou bien il minimise les risques opératoires, la douleur et les gênes postopératoires, promettant aux patients une récupération « miraculeuse » et rapide.

RÉSUMÉ

Les scandales sanitaires en chirurgie esthétique ponctuent l'histoire de cette pratique. La répétition de ces scandales tout au long des dernières années, montre la faiblesse des protocoles de recherche en matière de produits ayant un but purement esthétique. À ma connaissance n'existent pas encore des protocoles hospitaliers systématiques ou des financements publics à faveur de la chirurgie esthétique. Les expériences sont menées principalement par les laboratoires privés, lesquels ont un intérêt de commercialisation qui peut engendrer des négligences en dépit de la santé des patients. Souvent les produits révèlent des complications seulement des années d'usage (telles les prothèses mammaires), ce qui rend plus difficile à mettre en place un protocole expérimental.[72]

Les pratiques à risque, clandestines, souterraines comme les injections des produits nuisibles dits « modelants » au Mexique, doivent être analysées dans leur complexité. Pourquoi ces pratiques pourtant mortelles, ou très fortement handicapantes, sont-elles perpétuées depuis des décennies ? D'une part, ces produits offrent un résultat à court terme très notoire et à un moindre coût économique. Ce serait le manque d'alternatives sûres et abordables en matière de techniques et technologies, qui pousserait les patients à recourir à des pratiques « *home made* » voire à s'auto injecter des huiles et des produits dangereux pour la santé pour obtenir l'effet esthétique souhaité. D'autre part, la discrimination que les chirurgiens esthétiques certifiés ont à l'égard des patients hommes homosexuels et des femmes transgenres, c'est un facteur propulseur au recours à ces pratiques clandestines ou au tourisme chirurgical (notamment depuis la France). Tandis qu'au Mexique l'élitisme des sociétés savantes et des formations hospitalières en matière de chirurgie esthétique serait un facteur qui favorise la naissance d'écoles *patito*.

La « chasse aux *cirujanos patito* » inaugurée par la COFEPRIS au Mexique suite à l'approbation de la « Loi générale de santé » (2011) inaugure une période de forte répression de la part des autorités sanitaires. Néanmoins, grâce à l'individualisation des *patito* comme « ennemi commun », l'AMCPER et la COFEPRIS se sont alliées. Grâce à cette alliance

72 Or, un espoir naît avec les techniques qui visent à réutiliser les matériaux biocompatibles, c'est-à-dire du même organisme du patient. Seulement en 2015 la technique de réinjection autologue de graisse a été approuvée comme technique sûre, certifiée, qui peut représenter une alternative ou un complément aux produits de synthèse -et donc aux prothèses en silicone- pour le remplissage et l'augmentation de volume des zones à traiter (Carpigo, 2016a).

l'AMCPER trouve une légitimité aux yeux de la société au sens large et la COFEPRIS trouve le soutien des scientifiques respectables qu'approuvent publiquement ses politiques martiales.

Il est indéniable que certains éléments de la chasse aux *cirujanos patito* renvoient à la théorie de la panique morale formulée par Stanley Cohen (2002). Ce dernier dénonce l'acharnement sur toute une série de catégories de personnes présentées par les médias comme des menaces à l'ordre social (Cohen prenait l'exemple des rockeurs dans les années '70 en Angleterre). Ces « boucs émissaires », sont diabolisés et accusés de corrompre l'ordre social. Or, la panique morale autour des *patito* détourne certainement l'attention publique des crimes systémiques dont l'État mexicain est coresponsable (guerre au narcotrafic, assassinat des 42 étudiants d'Ayotzinapa, la hausse de féminicides et de la corruption, etc.). Cette analyse ouvre une nouvelle piste de réflexion sur le phénomène des *cirujanos patito* au Mexique et de comprendre pourquoi celui-ci se profile différemment qu'en France. D'ailleurs, aucune donnée ne prouve, dans l'espace des trois ans que j'ai mené l'enquête -en 2013 et en 2016- que les politiques paniques de la COFEPRIS aillent endiguer ou résolu le problème des *patitos*. Elles ont certainement contribué à les pousser en clandestinité. Comme dans le cas d'interdiction d'autres pratiques corporelles, telle l'IVG, la répression étatique ne fait qu'empirer la vulnérabilité des patients.

La deuxième partie de ce chapitre illustre un panoramique autour des « mauvais » praticiens en chirurgie esthétique suivant les représentations des praticiens. La question a été posée de manière large afin de saisir les critères déontologiques généraux qui orientent les actions des chirurgiens esthétiques. La catégorie d'« intrus » ou de « charlatans » de l'esthétique est à géométrie variable. Dans ce sens, il est nécessaire de nuancer la vision manichéiste selon laquelle il y aurait les chirurgiens certifiés, réunis en sociétés savantes et, par opposition, les *outsiders* des usurpateurs de cette spécialité.

La transgression s'opère à plusieurs niveaux, même chez les chirurgiens certifiés. Par exemple, certains chirurgiens peuvent céder à la demande des patients d'utiliser de nouvelles techniques mêmes si elles sont nouvelles et potentiellement risquées.[73] Ce sont souvent ces transgresseurs qui découvrent des nouvelles techniques et des innovations, comme cela aurait été le cas pour le Dr Yves-Gérard Illouz, qu'a inventé la liposuccion. J'ai moi-même rencontré sur le terrain des chirurgiens esthétiques assez particuliers, très

73 Cela se fait, mais légalement le praticien devrait refuser ces demandes, comme le rappelle le juriste Lucien Médard Ngaba, le consentement du patient ne peut pas légitimer une opération interdite, car « si le patient jouit de la liberté de disposer de son corps, encore faut-il que celle-ci ne soit pas totale, le chirurgien se voit refuser, dans l'exercice de son art, la liberté d'apporter son secours à une entreprise à caractère dangereux. » (2009, 89).

créatifs, protagonistes de procédés innovants lesquels étaient mis à la marge des sociétés savantes (qui déclarent les moratoires et qui représentent plutôt des institutions normatives).

La transgression chez les praticiens certifiés peut se présenter dans le fait d'accepter d'opérer les parties génitales, ou accepter d'opérer des catégories de personnes généralement discriminées, comme les hommes[74] ou les personnes transgenres. Ou bien, ils se caractérisent pour être des « chirurgiens artistes », transgresseurs des conventions esthétiques (en France, cela signifierait produire un résultat excentrique, visible, « vulgaire », etc.).

En conclusion, si nous devions dresser deux portraits fictionnels du « bon » et du « mauvais praticien », selon les récits des interlocuteurs, nous nous trouverions face à cela :

Le portrait idéal du « bon praticien » de la chirurgie esthétique correspondrait à un profil de médecin diplômé et spécialiste en chirurgie plastique, régulièrement inscrit à une société savante, à jour avec ses cotisations et ses formations annuelles, qui respecte les conventions rituelles avec le patient (délai de réflexion, signature du consentement éclairé, etc.), qui respecte le désir du patient et s'y tient, qu'il n'est pas motivé par l'argent, qu'il ne se fait pas de publicité, qui respecte les moratoires des sociétés savantes, qui s'installe de manière stable dans un cabinet de ville, qu'opère dans un bloc opératoire à norme, suivant parfaitement toutes les règles d'hygiène, etc. La majorité des praticiens certifiés en chirurgie esthétique accomplit avec les conditions de ce portrait idéal.

Au contraire, le portrait fictionnel du « mauvais praticien », indiquerait un praticien qui n'a pas de diplôme en chirurgie esthétique ou qui n'est même pas médecin, qui opère dans des conditions sanitaires déplorables, chez lui ou en ambulatoire, sans anesthésie ou sous anesthésie locale pour des grandes opérations, qui abuse de la confiance de ses patients pour les manipuler pour leur extorquer de l'argent, il consomme des substances illégales ou il est alcoolique, il provoque systématiquement esthétiques que les autres jugent horribles à voir, il est responsable des morts et des complications, mais il ne s'assume jamais responsable. Ce prototype du « boucher » est nomade et il voyage d'une ville à l'autre pour dépister ses

74 Cette question renvoie aux observations proférées par Yannick le Hénaff (2013) qu'a montré que les chirurgiens qu'opèrent uniquement les hommes sont regardés avec une certaine suspicion par leurs confrères. La demande de chirurgie esthétique de la part des hommes (ou des femmes transgenres) n'est souvent pas considérée comme légitime ou comme « normale » de la part des chirurgiens qui discriminent de fait la plupart des fois ces patients. Ces refus s'expliquent, comme nous le verrons par la suite, pour le fait de ne pas réussir à rentrer en empathie avec le patient. Tout laisse penser que féminiser le corps masculin est considérée comme une demande déviante. Par conséquent, les chirurgiens que s'y plient seraient de réflexe, eux même des déviants.

victimes. Or, il est rare de rencontrer ces mauvais praticiens et de réussir à témoigner directement de leurs méfaits. De fait, la catégorie du « charlatan » de la chirurgie esthétique est très mythifiée, et c'est sur la base de cette caricature que l'on a construit les représentations médiatiques (littéraires, cinématographiques) des chirurgiens esthétiques. C'est cette question que nous explorerons dans le prochain chapitre.

1.5 REPRÉSENTATIONS MÉDIATIQUES

Les productions artistiques littéraires et cinématographiques se sont beaucoup inspirées de la médiatisation des « charlatans » de la chirurgie esthétique. Aussi, est-il important de porter notre attention sur ces représentations artistiques, parce qu'elles nous montrent comment certains imaginaires se cristallisent dans ces représentations très répandues, voire populaires, sur les chirurgiens esthétiques. Ces caricatures mettent en avant un chirurgien esthétique incarnant l'archétype du savant fou, qui défie les conventions de la science et de la morale pour satisfaire un ego démesuré et sadique. Ce thème a été repris dans de nombreuses œuvres de genre horreur ou *thriller*. Il est d'autant plus intéressant d'analyser ces représentations, qu'elles apparaissent constantes dans le temps, du moins depuis le XIXe siècle et circulent presque sans changement d'une culture à l'autre. À partir des années 80 et 90, on voit aussi apparaître dans les séries télévisées des personnages de chirurgiens esthétiques mondains, complètement soumis aux désirs de leurs patientes et mis en scène dans des scénarios cauchemardesques ou comiques, toujours caricaturaux.

En réaction à ces représentations, les chirurgiens esthétiques cherchent à être présents dans les médias : émissions télévisées, à la radio, conférences dans le domaine des sciences humaines et sociales. Ils publient des ouvrages destinés au grand public, des articles dans les magazines ou dans les quotidiens locaux. Certains de ces ouvrages sont destinés aux patients, mais aussi aux jeunes chirurgiens, donnant ainsi une vocation pédagogique à ces produits littéraires. Certains, plus âgés, se livrent à des autobiographies, dans lesquelles ils racontent leur parcours, illustré par les anecdotes qui ont marqué leur vie professionnelle et personnelle. La mise en scène de soi, dans ces récits, est à la fois intimiste et héroïque.

Quel que soit le cadre dans lequel les chirurgiens esthétiques interviennent dans les médias, ils défendent leur philosophie médicale personnelle face aux détracteurs de leur spécialité et aux représentations caricaturales qui en sont faites. Dans les médias, ils sont interrogés souvent comme experts chirurgiens ou bien ils sont invités à apporter leurs réflexions sur différentes problématiques de morale et de société : augmentation de l'humain, biotechnologies, identité et identification, etc.

Dans ce chapitre, nous allons mettre en exergue certains thèmes récurrents, qui apparaissent tant dans les représentations artistiques (cinématographiques, littéraires) que dans les réponses apportées par les chirurgiens esthétiques.

REPRÉSENTATIONS ARTISTIQUES

Par représentations artistiques, j'entends ici les ouvrages de littérature, les films et les séries télévisées dont des chirurgiens plasticiens sont les protagonistes. Il s'agit d'identifier et de comprendre comment ces œuvres, qui se situent dans le registre de l'horreur, du *thriller,* se sont servies de la figure du chirurgien plasticien esthétique pour donner un visage à leurs personnages, des antihéros, souvent obscurs. Nous y trouvons différentes représentations : le savant fou, le tortionnaire, le complice du crime, le chirurgien *people* et la vedette de téléréalité. Toutefois, ces catégories ne sont pas étanches, car elles se chevauchent souvent, mais elles nous serviront d'indicateurs de l'évolution des imaginaires incarnés par ces praticiens.

Savant fou

En premier lieu, je citerai l'œuvre de Mary Shelley, *Frankenstein*. Le moderne Prométhée (1818), repris au cinéma par James Whale en 1931, dans le film *Frankenstein. A man who made a monster.* Il est nécessaire de reprendre l'analyse de cet ouvrage, car la comparaison entre le chirurgien esthétique et ce savant fou a été suggérée, à mon étonnement, par le public lors des conférences où j'exposais mes recherches.

Dans l'histoire de la littérature « occidentale », cet ouvrage est le premier à avoir pour sujet un médecin, savant fou, délirant, père de créatures monstrueuses et souvent hybrides.[75] Le docteur Frankenstein est un chirurgien rebelle, *outsider,* qui déroge aux moratoires de l'École de médecine pour satisfaire son ego de scientifique. Il se lance dans une expérience folle, qui vise à recoudre chirurgicalement des morceaux de cadavres pour les réanimer, grâce à la puissance électrique de la foudre. Enfermé dans son laboratoire isolé du monde, il travaille à ce rafistolage organique monstrueux. Sa créature vit ! Mais, bien que son expérience soit un succès, elle n'est pas reconnue comme tel, au contraire, la société fuit le monstre qui devient un bouc émissaire. La créature se rebellera contre le médecin pour l'avoir faite si laide et répugnante.[76]

Dans le scénario de Frankenstein, le chirurgien personnifie le maléfique démiurge, qui défie ouvertement les limites esthétiques et morales, reconstituant un monstrueux assemblage

75 Littéralement, le docteur Frankenstein devrait être comparé plutôt à un chirurgien spécialiste en greffes d'organes, mais dans les faits, ce sont les plasticiens qui héritent de cette aura inquiétante.

76 Cette histoire n'est pas sans rappeler le cas des patients insatisfaits de la chirurgie esthétique, qui cherchent à se venger de leur chirurgien, parfois-même en le tuant (Glicenstein, 2009).

de plusieurs morceaux de cadavres. Proche de la figure anthropologique du zombi,[77] cette créature confectionnée chirurgicalement est un être hideux, chancelant, balbutiant, ni vivant, ni mort, liminal, terrifiant en raison de son pouvoir de déstabilisation et de destruction de l'ordre social. Ceux qui voient les patients de la chirurgie esthétique comme des créatures monstrueuses, regardent aux chirurgiens esthétiques comme une version contemporaine du Dr Frankenstein. Pour certains, les corps visiblement refaits de la chirurgie esthétique peuvent susciter de l'inquiétude et de la crainte. De fait, à l'instar de la créature du Dr Frankenstein, ces corps ont un caractère liminal, à cheval entre « naturel » et « artificiel ». Ce statut ambigu et double peut susciter de la désorientation. Les patients de la chirurgie esthétique sont regardés parfois comme de véritables créatures monstrueuses, assurément dérangeantes. En découvrant les comparaisons que certains font des chirurgiens esthétiques en Dr Frankenstein, nous comprenons que l'archétype du savant fou créé par Shelley investit pleinement aussi les représentations contemporaines et trouve un terroir fertile chez ces spécialistes du remaniement morphologique.

Le thème du chirurgien plasticien en savant fou est repris par l'ouvrage *Mygale* de Thierry Jonquet (1984) et par le film de Pedro Almodovar, *La piel que habito* (2011), adaptation du livre de Jonquet. Dans cette histoire, le docteur Ledgard, chirurgien esthétique, est animé par un sentiment passionnel : il accomplit une terrible vengeance sur le violeur de sa fille. Il le kidnappe et lui impose une transition sexuelle, lui donnant d'attributs féminins. Le chirurgien ne se contente pas d'imposer un changement de sexe à sa victime en guise de vengeance, mais il expérimente sur elle des procédés de modification génétique de la peau. Son expérience utilise un procédé de « transgenèse », permettant l'hybridation de cellules humaines avec celles d'un porc. Le chirurgien esthétique crée un être recomposé dont la « nature » est ambiguë et ainsi faisant, il déroge à la convention éthique établie par société savante à laquelle il appartient. Bien que l'hybridation de la peau humaine avec la peau du porc vise à créer un nouveau prototype de peau résistant aux brûlures, cet acte franchit l'éthique médicale et l'avis négatif de son maître :

> - « Profitons des progrès de la science pour améliorer notre espèce », affirme le docteur Ledgard.
> - « La thérapie transgénique chez l'être humain est formellement interdite. Vous êtes fou ! » s'exclame son maître.

77 Comme le rappelle l'ethnologue, Philippe Charlier, dans son enquête sur les zombis, à Haïti « le défunt est considéré comme potentiellement dangereux puisque pouvant remettre en question l'ordre établi (…), des pratiques magiques ont pour but d'empêcher le défunt de revenir dans son foyer y semer le désordre. » (Charlier, 2015, 21). Le zombi, un être maintenu par sorcellerie entre la vie et la mort, est vecteur de chaos et pour cela, il faut le saisir, le maîtriser.

Le chirurgien fou d'Almodovar ignore les limites de l'éthique médicale. Sa détermination est tirée d'une tragédie personnelle. Ses recherches visent à venger le décès de sa femme, morte des suites de brûlures, ainsi que la violation de sa fille. Le docteur Ledgard est présenté comme un *outsider*, un marginal de la chirurgie esthétique, un « dérangé » apparemment froid, calculateur et hyper lucide. Retiré du monde académique, il continue ses expériences dans le laboratoire qu'il a fait construire chez lui, dans sa villa coupée du monde. Dans ce lieu isolé, il cohabite avec la créature qu'il soumet à d'innombrables expériences médicales. Finalement, à l'instar de Pygmalion, il tombe amoureux de son œuvre. Cette intrigue baroque créée par le génie d'Almodovar, condense des nombreux éléments symboliques incarnés implicitement par le chirurgien esthétique dans les imaginaires communs.

Le scénario de *La piel que habito* se rapproche de celui du film d'horreur *The Human Centipede* de Tom Six, une trilogie réalisée en 2009, 2011 et 2016. Le personnage est ici beaucoup moins humanisé que le docteur Ledgard. Il est poussé uniquement par son délire psychopathique. Le docteur Heiter[78] kidnappe des touristes qui s'égarent aux alentours de sa villa, dans le but de les assembler chirurgicalement de la bouche à l'anus, pour former un « mille-pattes humain ». Sa volonté n'est pas de les tuer, mais de garder en vie cette créature monstrueuse, afin qu'elle devienne son esclave, son jouet.

Comme dans Frankenstein, le docteur Heiter est un chirurgien plasticien délirant, menant des expériences folles dans son laboratoire, dans le sous-sol de sa villa. Il fait toute abstraction de la subjectivité des personnes qu'il opère. Son but n'est aucunement de soigner ni de faire avancer la science, ni de se venger, mais seulement de s'amuser en torturant ses victimes. Il réduit les corps humains à une matière organique manipulable à son gré et selon ses caprices. Dans ce scénario, ce docteur fou n'a aucun passé, il est tout simplement obsédé par son idée de réussir à créer sa créature, son monstre, et il est persuadé d'y parvenir, coûte que coûte.

Tortionnaire

Le film *Les yeux sans visage* est un classique du cinéma d'horreur. À l'origine, tiré d'un livre écrit par Jean Redon (1959), il a été rapidement adapté au cinéma par Georges Franju (1960). Ce scénario aura un très grand succès et sera repris par différents réalisateurs

78 Nom d'assonance allemande, qui renvoie dans l'imaginaire aux expériences secrètes menées par les nazis dans les camps de concentration.

du monde entier. Le personnage principal est un chirurgien esthétique qui kidnappe des jeunes filles, afin de leur prélever le visage. Son objectif est de réparer celui de sa fille, défigurée dans un accident dont il est responsable. Si le sentiment qui l'anime à l'égard de sa fille peut s'expliquer, les moyens pour atteindre son but sont criminels, car il est prêt à défigurer et tuer des personnes innocentes pour assouvir son sentiment de culpabilité. Dans cette œuvre, le chirurgien plasticien est présenté comme un « voleur de visages », tortionnaire poussé par une passion irrationnelle. Le scénario des *Yeux sans Visage* a été repris tout récemment par le réalisateur français Roman Sérir dans *La fille aux deux visages* (2018). Cette série d'horreur met en scène un chirurgien qui transplante le visage de sa femme défunte sur celui d'une jeune victime, dupée et kidnappée par le chirurgien.

Pour élargir notre approche anthropologique au-delà du cadre des frontières occidentales, il est intéressant de souligner que le script du film *Les yeux sans visage* a été repris par le réalisateur coréen Man Dae-Bong dans *Cinderella la malédiction du scalpel* (2006). Dans cette production, sont décrits les méfaits d'une chirurgienne esthétique qui kidnappe une fille de la rue pour greffer son visage sur sa fille qui a subi un accident. L'intérêt anthropologique de ces représentations est évident. Ces imaginaires s'exportent dans des sociétés où le recours à la chirurgie esthétique est fréquent.

Cela nous indique que la pratique de la chirurgie esthétique éveille, probablement de manière inconsciente, une crainte profonde, atavique, liée à la possibilité de changer l'apparence. Le chirurgien esthétique qui détient cet immense pouvoir de changer les attributs faciaux des sujets que demandent ses services, est craint comme un magicien ou un sorcier des plus redoutables. La chirurgie esthétique incarne aussi une certaine fragilisation identitaire -et relationnelle- expérimentée par les individus dans des contextes urbanisés et industrialisés, comme le montre un autre film coréen, *Time* (2006) de Kim Ki-duk.

Complice de crime

Le chirurgien esthétique a été dépeint souvent en complice de crime. Le premier ouvrage à décrire ce thème est *Le mystérieux docteur Cornélius* (1912) de Gustave Le Rouge. Le docteur Cornélius, « sculpteur de chair humaine », « traitait la substance vivante comme une véritable matière plastique qu'il façonnait au gré de son caprice » (*ibidem*). Cornélius est

un chirurgien plasticien qui mène des fausses autopsies[79] et il est « tenu responsable d'assassinats, vols et crimes, en collaboration avec son frère commerçant d'art » (*ibidem*). Ce chirurgien se déplace de ville en ville et d'un pays à l'autre pour dépister ses détracteurs. Il incarne ainsi la figure du médecin mercenaire par ce nomadisme, une des facettes du « charlatan » de la chirurgie esthétique comme nous l'avons vu précédemment.

Le docteur Cornélius rappelle le docteur Rossiter, protagoniste du film *Le cirque des horreurs* de Sydney Hayers (1960). Ce chirurgien esthétique fuit l'Angleterre pour rejoindre la France, après avoir raté une opération. Après une période durant laquelle il se met au service des mafieux, modifiant les traits de leur visage, il devient le responsable d'un cirque où des personnes rescapées de la rue, sous son emprise charismatique, s'exhibent en spectacle. Nomade, prêt à se reconvertir du monde médical à celui du spectacle, tout en prêtant service aux criminels, ce personnage incarne le stéréotype du charlatan de la chirurgie esthétique.

Les imaginaires du chirurgien plasticien au service du crime ont été renforcés par les faits rapportés par la presse, concernant des criminels qui auraient eu recours à la chirurgie esthétique pour transformer leur visage et ainsi échapper à la police. C'est le cas très médiatisé du criminel John Dillinger aux États-Unis, en 1934. Ce fait divers eut un très grand retentissement dans la presse de l'époque, influençant profondément le genre du *thriller*. Citons, comme exemples, quelques productions ayant repris ce thème : *Des frissons partout* de Raoul André (1963), *Inspecteur la bavure* de Claude Zidi (1980) ou encore *Anthony Zimmer* de Jérôme Salle (2005).

Mondain

Avec *Brazil*[80] de Terry Gilliam (1985) et la série Nip/Tuck de Ryan Murphy (2003-2010), apparaît un nouveau cliché sur le chirurgien plasticien esthétique, celui du chirurgien mondain. Complètement soumis aux désirs des patients, obsédés par l'argent, le luxe, les belles femmes, les fêtes, les voitures sportives, ce stéréotype habite profondément les

79 À noter l'attribution d'autopsies au chirurgien plasticien, indiquerait un rapprochement de la figure du chirurgien plasticien à celle des anatomistes de la Renaissance, qui traitaient les cadavres comme du « matériel humain » (Le Breton, 2008, 119).

80 Dans Brazil, le chirurgien esthétique n'est pas le personnage principal, mais la scène où il manipule le visage de sa patiente, mère aisée du protagoniste du film, est restée dans l'histoire du cinéma. Cette séquence est extrêmement caricaturale, car elle montre la manipulation de la peau de la patiente comme si c'était du caoutchouc, image d'ailleurs reprise sur la couverture de l'ouvrage d'Anne Gotman L'identité au scalpel (2016). Cette représentation particulièrement caricaturale des chirurgiens esthétiques nous fait comprendre le regard que cet auteur porte sur ces praticiens.

représentations des chirurgiens esthétiques jusqu'aujourd'hui. Il s'agit d'ailleurs d'une représentation qui porte exclusivement sur les chirurgiens esthétiques exerçant en libéral, que l'on croit avoir choisi la pratique privée exclusivement pour une pulsion vénale. Cette image paradoxale, d'un chirurgien qui se soumet aux désirs de ses patients renonçant à son autorité médicale par amour de l'argent, fait basculer ces représentations dans le registre comique.

Maladroits et incapables de contrôler leurs émotions, *séducteurs* qui franchissent systématiquement les limites de la relation professionnelle pour séduire leurs patientes, les chirurgiens de *Nip/Tuck* incarnent la caricature du chirurgien esthétique américain. Le Dr Sean McNamara et le Dr Christian Troy opèrent des patients qui se révèlent être des mafieux, des pédophiles, ce qui leur cause de nombreuses mésaventures, dont ils ont beaucoup de mal à sortir. Le ton comique est donné également par les erreurs grossières qu'ils accomplissent au bloc opératoire : ils mettent les prothèses à l'envers, font sauter des tubes de liposuccion qui aspergent complètement le bloc opératoire de graisse, etc.

Ces deux praticiens sont présentés comme un duo comique, aux caractéristiques spéculaires. Le Dr Troy est célibataire, extraverti, séducteur, attiré par le luxe, excellent en marketing, mais chirurgien médiocre et incapable de professionnalité, il représente le stéréotype du mauvais praticien. Son acolyte, le Dr McNamara, est père de famille, beaucoup plus raisonné, consciencieux, réservé, très bon chirurgien, mais incapable de réfléchir sur le plan du marketing et de la communication, représente le bon praticien.

Protagoniste de téléréalité

Tout récemment sont apparues des émissions de téléréalité telles que Botched[81] (2014-2016) de Terry Dubrow et Paul Nassif, qui mettent en scène deux chirurgiens esthétiques qui prêtent secours aux patients précédemment « ratés » par d'autres praticiens. Ces deux chirurgiens sont filmés pendant qu'ils mènent leurs consultations. Ils accueillent le patient et les accompagnants, évaluant leur physique et réfléchissant à une prise en soin possible. Les caméras suivent tout le processus de la phase préopératoire à la phase postopératoire. Les cas présentés sont, par exemple ceux de patients qui se retrouvent avec une structure bancale de leur nez, suite à plusieurs rhinoplasties ; ou bien des personnes défigurées après avoir subi des injections de produits de modelage qui ont provoqué des tumeurs internes et différents désagréments. Les patients venus consulter sont des patients « désespérés », ayant subi des

81 Disponible sur Youtube: <https://www.youtube.com/c/E-EntertainmentNews/search?query=botched>, consulté le 27/10/2020. Créée aux États-Unis, elle a été rediffusée en Europe peu de temps après.

opérations « ratées » par d'autres chirurgiens ou pseudo chirurgiens. Il s'agit donc plutôt ici de chirurgie réparatrice, le but étant de réparer les dégâts et de redonner aux patients un aspect « normal ».

Les consultations qui sont montrées au téléspectateur correspondent-elles à des situations cliniques habituelles ? Ma réponse est négative, au vu de ce que j'ai pu observer sur le terrain. Ces praticiens sont confrontés à des cas extrêmes présentés par les patients, qui ne réfléchissent pas les problématiques des patients lambda de la chirurgie esthétique. D'ailleurs, la plupart des chirurgiens que j'ai côtoyés refuseraient d'intervenir sur ce type de patients, car d'une part ce sont des interventions de réparation difficiles à réaliser en libéral, d'autre part parce que ces patients qu'ont fait recours à des techniques « extrêmes » sont considérés être des patients psychiquement « problématiques » qu'il faut écarter, comme nous le verrons dans la prochaine partie de ce manuscrit.

Pour conclure, la série *Botched* présente sur un ton caricatural (déjà employé par *Nip/Tuck)* une approche sensationnaliste d'un type de chirurgie esthétique qui n'est pas du tout représentative des dynamiques ordinaires en chirurgie esthétique. Ce que montrent les caméras est une mise en scène grotesque du monde de la chirurgie esthétique, banalisant les cas les plus dramatiques, et véhiculant une image erronée des patients de la chirurgie esthétique ce qu'influence certainement les imaginaires communs de cette pratique, tant aux États-Unis qu'en Europe.

LA PAROLE AUX CHIRURGIENS

Devant les représentations caricaturales, voire stigmatisantes, entretenues par le cinéma, la littérature et la télévision, les chirurgiens esthétiques réagissent sur plusieurs fronts. Ils acceptent de s'exprimer dans des émissions télévisées ou radiophoniques, interviennent dans des conférences, publient des ouvrages destinés au grand public. Les praticiens s'investissent dans les médias non seulement avec un but d'autopromotion -qu'ils ne nient pas- mais aussi avec un objectif pédagogique. Par ces biais, ils défendent leur spécialité essayant de déjouer les idées reçues et forts de leur expérience clinique ils témoignent des répercussions thérapeutiques (sociales et psychologiques) de la chirurgie esthétique.

Ouvrages grand public

Les ouvrages grand public écrits par les chirurgiens esthétiques s'adressent principalement aux patients potentiels.[82] Ces publications sont plus nombreuses dans la décade 2000-2009 (ce qui est peut-être dû au fait que les praticiens ont senti le besoin, à cette période, de réagir face à l'image stéréotypée du chirurgien esthétique people qui se développait dans les imaginaires communs).

Les ouvrages grand public ont presque tous le même type de contenu. La plupart d'entre eux sont uniquement dédiés à la présentation d'une ou de plusieurs techniques susceptibles d'être exécutées en chirurgie esthétique. Implicitement, ces ouvrages font fonction de « catalogues » des interventions que l'auteur propose dans son cabinet. Ces techniques sont généralement présentées en deux grandes sections thématiques : la « chirurgie de la silhouette » (tout le corps sauf la tête) et la « chirurgie du visage et du cou ». Avec plus ou moins de détails selon l'ouvrage, sont expliqués le jargon technique, les lignes d'incision, les risques de complication, la durée de récupération postopératoire, etc.

L'intérêt ethnographique de ce matériel est considérable, car celui-ci nous permet de faire plusieurs observations. Tout d'abord, nous constatons que, durant les cinquante dernières années, en termes de types d'interventions, il n'y a eu que peu d'innovations dans cette spécialité. La dernière invention importante, qui a d'ailleurs bouleversé la discipline, a été la liposuccion, mise au point dans les années 70. Par contre, différents procédés non chirurgicaux sont venus enrichir la panoplie de l'offre des chirurgiens esthétiques, tels les peelings, les procédés de médecine esthétique comme les injections, le laser, la lumière pulsée. Parfois, ces procédés moins invasifs sont décrits dans ces ouvrages comme des traitements complémentaires à la chirurgie, mais ils ne sont que rarement exécutés par des chirurgiens.

Ces ouvrages montrent aussi un souci pédagogique à l'égard des candidats à une intervention, lecteurs potentiels de ces publications. Chaque praticien y aborde les éventuels malentendus ou idées reçues dont peuvent être porteurs les individus souhaitant se faire opérer, cela afin de décourager ceux qui envisageraient une opération pour de mauvaises raisons ou avec trop d'attentes. Chaque type d'intervention est alors passée en revue pour en montrer les bénéfices, mais aussi les limites.

---

82 J'ai acheté et consulté une quarantaine d'ouvrages francophones de ce type, trouvés notamment en ligne sur le site Amazon.fr. Les réflexions que je porte sur cette bibliographie concernent ces ouvrages et ne sont pas exhaustives de toute la production de ce type. Ceux que j'ai consultés ont été publiés entre 1963 et 2018. Voire annexe au manuscrit.

Ces ouvrages sont aussi l'occasion, pour les chirurgiens esthétiques, de développer leur philosophie médicale. Cet effort de communication en direction du grand public peut être entendu comme une réaction à la stigmatisation des représentations artistiques, mais aussi comme une réponse aux travaux sociologiques publiés sur cette spécialité médicale. Dans ces ouvrages, les praticiens s'opposent aux accusations de leurs « détracteurs », auxquels ils reprochent d'avoir terni l'image de leur discipline ou de l'avoir caricaturée. Comme le souligne le Dr Mattéoli :

> « Dans les émissions télévisées, on retrouve presque toujours les mêmes cas de figure, les scandales, les ratages, toujours des situations excessives montrées de manière show-biz. À partir de là il est normal que les chirurgiens ne soient pas satisfaits de la façon dont la télé et la presse parlent de leur discipline, soit qu'elles mettent trop tôt en avant une technique émergente, comme les prothèses des fesses, ou un phénomène comme le tourisme chirurgical, soit qu'elles la critiquent sévèrement, et les chirurgiens esthétiques avec : la plupart seraient des escrocs uniquement intéressés par l'argent, qui méprisent leurs patients, surtout en cas de complications » (Mattéoli, 2006, 147)

Les praticiens mettent tous en avant la nécessité de revenir à l'expérience clinique, qui démontre que si les rituels et les indications sont respectés, la chirurgie esthétique peut-être véritablement thérapeutique.

Cette exigence de se démarquer d'une image stéréotypée de leur pratique et de se faire connaître, grâce à des publications, n'est pas récente. Ce « genre littéraire » date de presque cent ans en France. Un des premiers exemplaires d'ouvrage grand public écrit par un chirurgien esthétique est *La chirurgie esthétique, son rôle social* (1926) du Dr Suzanne Noël. Cette praticienne, reconnue comme la première chirurgienne esthétique française, évoque brièvement son invention du procédé du lifting, son expérimentation de la technique. Ensuite, elle consacre le reste de son ouvrage à apporter des preuves visant à démontrer que la chirurgie a un véritable rôle social. Elle présente au lecteur de nombreux cas cliniques de personnes ayant bénéficié d'un lifting. Face aux résultats de ces interventions, elle-même se dit stupéfaite, tant par le résultat esthétique, que par les répercussions sociales sur la vie des patients. De fait, elle observe que les liftings, en donnant une apparence plus jeune aux individus, leur permettent de ne plus être exclus du « marché de l'emploi ». À une époque où « n'existaient pas de protections légales contre le licenciement indiscriminé des employés, Suzanne Noël a trouvé un autre moyen pour détourner ce type de discriminations » (Martin, 2014, 55). Noël n'hésite pas à évoquer le contexte social d'après-guerre, marqué par une certaine rareté des offres d'emploi, pour démontrer l'importance de l'apparence physique dans la vie professionnelle, en particulier dans les domaines où il y a beaucoup d'interaction sociale, comme les métiers de la vente, du spectacle, etc.

> « Dès 1918, la vie apparut comme devant devenir de plus en plus dure. Or, chacun sait combien il est difficile pour un être qui travaille de trouver un emploi lorsqu'il est marqué par l'âge. À part quelques exceptions, partout il faut de la jeunesse et de la beauté! N'est-il pas également désolant pour les artistes, d'être obligés de renoncer à leur art, en raison de leur physique, alors que leur talent est le plus souvent dans toute sa plénitude? ... Au début, la chirurgie esthétique apparut au public, pardonnez-moi l'expression, comme une véritable galéjade ! Beaucoup refusèrent d'y croire ; puis, les plus déshérités, les plus désespérés se hasardèrent et obtinrent un résultat certain, leur permettant de trouver du travail. (Noël, 1926, 9).

Suite à l'observation des répercussions positives de sa pratique, elle affirme :

> « La chirurgie esthétique m'apparut dès lors comme un véritable bienfait social permettant aussi bien aux hommes qu'aux femmes de prolonger leurs possibilités de travail d'une manière inespérée. » (Noël, 1926, 7)

Selon Suzanne Noël, la chirurgie esthétique était envisagée comme un outil pour une meilleure intégration sociale et professionnelle ; elle concevait l'investissement sur l'apparence comme un atout pouvant garantir à un individu une place dans une société urbaine de masse et de plus en plus compétitive. À cette époque, la chirurgie esthétique était envisagée, selon le témoignage de Suzanne Noël, comme un moteur d'insertion sociale.

Dénonciation de la moralisation de la chirurgie esthétique

De manière assez optimiste et en guise de souhait, plutôt que de constat, le Dr Noël affirme, en 1926, que la chirurgie esthétique « est entrée dans les mœurs *:* son mauvais temps est passé, et les difficultés sont aplanies. » (Noël, 1926, 14). Cela nous laisse entendre qu'une certaine hostilité à la chirurgie esthétique existait déjà à cette époque. Mais, qui étaient donc ses détracteurs au début du XXe siècle ? Le Dr Noël le précise : l'hostilité venait surtout des élites bourgeoises, qui « considéraient la chirurgie esthétique presque comme une abomination, puisqu'elle empêchait hommes et femmes d'accepter l'inévitable déchéance physique. » (Noël, 1926, 14). Loin de disparaître pendant le XXe siècle ces réactions d'hostilité vers la chirurgie esthétique se sont cristallisées. Les intellectuels se sont emparés de ces critiques et les ont portées au paroxysme, comme le dénonce le Dr Divaris en 2008 :

> « Dictature du paraître ? Parfois je me demande si je ne devrais pas avoir mauvaise conscience, et tous mes confrères aussi, quand je lis dans la presse ou dans des livres de brillants sociologues ou observateurs dénoncer ce qu'ils nomment la « religion de la beauté », la « dictature du paraître », « l'artificialisation du corps » comme autant de dangers et de signes de déchéance de la société… Quand je lis sous la plume de Noëlle Châtelet : « Dans ce pays, des hommes et des femmes livrent leur visage et leur corps à de cruelles pratiques sacrificielles, l'officiant porte blouse blanche, l'autel se nomme bloc opératoire » ou sous la plume d'une historienne : « La manifestation la plus violente

et la plus déguisée de la tendance aux mutilations dans le monde occidental contemporain est, sans nul doute, la chirurgie plastique »[83] dois-je éprouver de la culpabilité ? Non, car, quand je vois le sourire des patients et leur bonheur de découvrir rectifiée une partie de leur corps qui les gênait, comment et de quoi se sentir coupable ? » *(Divaris, 2008, 186).*

Les chirurgiens esthétiques n'ont pas une argumentation théorique pour contrer les accusations qui viennent des « savants ». Ils cherchent pourtant à comprendre les origines et les raisons des discours qui discréditent leur pratique. Du moment que ces critiques ne se basent pas sur des faits cliniques, qu'est-ce qui justifierait cette hostilité profonde, parfois même militante de la chirurgie esthétique ? Certains praticiens n'en concluent qu'il s'agirait purement d'une question de résistances morales posées contre tout acte d'autodétermination corporel :

« Nous sommes, en France, dépendants d'une morale judéo-chrétienne qui laisse ses traces indélébiles dans notre psychisme. La notion de péché reste forte même inconsciemment et chez les individus n'ayant plus aucune pratique religieuse. Pécher c'est aller contre les règles de Dieu. Or, s'il vous a fait à son image avec ce grand nez et s'il vous fait vieillir et mourir, il ne faut pas vouloir contrer sa volonté. Il existe une telle réticence inconsciente ou formulée à forcer les lois naturelles. Ce frein fonctionne contre la chirurgie esthétique comme il a fonctionné et fonctionne contre la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. » (Schapiro, 1984, 61)

Le Dr Schapiro laisse entendre que les détracteurs de la chirurgie esthétique et les opposants à la contraception ou à l'avortement basent leur critique sur un même argumentaire : l'interdiction morale de toucher et changer la « naturalité » du corps.

Valeur thérapeutique

Le Dr Shapiro se propose de démontrer dans son ouvrage que la chirurgie esthétique est thérapeutique, malgré le fait que les critiques n'admettent pas cette possibilité :

« Entre autres « boulets » qu'elle traîne derrière elle, la chirurgie esthétique a fait dire à ses détracteurs qu'elle n'avait pas sa place dans le monde de la médecine, parce qu'elle ne « soignait pas ». Elle était le caprice des femmes du monde désœuvrées et ne sachant que faire de leur temps et de leur argent. (…) Or, ce que je vais tenter de démontrer c'est que, *dans tous les cas et sans exception,* la chirurgie esthétique *pratiquée dans des conditions normales, et à bon escient*, est une thérapeutique à part entière ». (Schapiro, 1984, 36).[84]

Le Dr Shapiro présente donc de nombreux cas cliniques, témoignant des succès thérapeutiques de la chirurgie esthétique. Il conclut cette série de démonstrations affirmant en

83 Il s'agit d'une citation de France Borel (1992).
84 Les Italiques sont miennes.

voix haute : « Oui, le mal-être, le malheur d'exister sont des maladies. Et mes mains, mon bistouri peuvent les soigner » (Schapiro,1984, 38).

L'attention à la dimension psychologique inhérente aux demandes de chirurgie esthétique, prend essor dans la deuxième moitié du XXe siècle. De fait, c'est suite à la diffusion de la notion psychanalytique de « complexe psychologique » ou « complexe d'infériorité »,[85] introduite par Alfred Adler, que les chirurgiens peuvent expliquer la dimension psychologique de ce qui était envisagé auparavant comme un simple caprice de vanité. Grâce à ce concept, les chirurgiens esthétiques peuvent comprendre mieux les mécanismes de l'efficacité de leur pratique et élaborer leur propre réflexion sur les implications « invisibles » de la chirurgie des apparences.

La reconnaissance de l'imbrication des dimensions visibles et invisibles en chirurgie esthétique, c'est-à-dire du corps et des représentations liées à son apparence, oblige les praticiens à solliciter des concepts tels l'effet placebo pour expliquer ces liens de correspondance symbolique :

> « Il existe en médecine un phénomène passionnant appelé " effet placebo ". Il s'agit de l'action objective d'une matière neutre sans caractère pharmacodynamique, utilisée à son insu sur un individu, à la place d'un agent thérapeutique. (…) Comment expliquer l'effet placebo ? " Tout est dans la tête ", disait l'autre… vraisemblablement tout est bien dans la tête, mais pas de la manière dont on croyait. Depuis longtemps, on connaît les maladies psychosomatiques. On admet enfin vraiment que d'authentiques troubles organiques pussent être induits par des états de dépression. On redécouvre "scientifiquement" les fondements de médecines millénaires utilisant l'acupuncture. On est bien obligé de reconnaître certaines guérisons " miraculeuses ", survenant dans des circonstances très particulières où l'esprit humain se trouve en état de " surmultiplication ". Foi intense, croyance en un gourou, en une magie, en Dieu, peu importe, mais croyance. Croyance, foi, guérisseurs, placebo tout cela procède du même phénomène. (…) Revenant à la chirurgie esthétique, pourquoi ne pas penser que ce bonheur, ce plaisir ne déclenchent pas la formation de substances cérébrales ayant un authentique effet de " rajeunissement ". Mais il s'agit là d'une théorie et non d'une preuve. J'abdique donc : je ne soigne pas ceux-là. Je leur apporte simplement une joie de vivre. Mais dans le fond, la médecine ne fait-elle pas la même chose ? La maladie, les maladies, c'est avant tout une souffrance, un malheur, un obstacle à la vie normale ; soigner, faire recouvrer la santé, c'est faire retrouver l'équilibre et le bonheur. La chirurgie esthétique, dans absolument tous les cas, ne fait pas autre chose. Elle a entièrement sa place dans l'éventail thérapeutique mis au service de l'homme. » (Schapiro, 1984, 39-40-41)

Le Dr Schapiro laisse entendre que la chirurgie esthétique suit un mécanisme de « guérison par la foi », ce serait la foi qui susciterait un mécanisme de rajeunissement, un retour à la vie, un sentiment de bonheur retrouvé, une joie de vivre.

Coûts de la chirurgie esthétique

85 Cette notion est expliquée dans le texte d'Alfred Adler, Le sens de la vie. Étude de psychologie individuelle (1933).

Une autre accusation dont se défendent les chirurgiens esthétiques dans leurs ouvrages est le coût de la chirurgie esthétique. De fait, à partir des années 80, cette chirurgie commence à être associée de plus en plus aux élites, aux riches. Les chirurgiens esthétiques commencent à être associés à des commerçants. La question du coût des interventions est abordée ainsi par le Dr Schapiro :

> « Paradoxalement, par rapport à d'autres spécialités chirurgicales, la chirurgie esthétique n'est absolument par onéreuse. La différence essentielle -et quelle différence !- c'est qu'avec les couvertures sociales, c'est la Sécurité sociale, donc tous les cotisants qui payent habituellement. (…) la chirurgie esthétique est très difficile, demande une minutie particulière, est longue à réaliser et demande une formation très spéciale. Elle engage une responsabilité très particulière, car le patient est le premier juge de son résultat. Elle est coûteuse au chirurgien en assurances qui le pénalisent. Tout cela justifierait déjà les honoraires complémentaires, mais il existe un autre facteur : le chirurgien libéral est un travailleur manuel ultraspécialisé qui fait honorer son temps de travail. (…) Je dois paraître bien mercantile. Qu'est-ce que je cherche à prouver ? Je voudrais simplement montrer ici que je suis le premier à déplorer ces dépassements, car ils font reculer certaines femmes modestes qui auraient un véritable besoin de cette chirurgie. Mais pour les supprimer, il faudrait que le chirurgien soit rémunéré convenablement et que la nomenclature soit révisée. Par rapport à d'autres spécialités chirurgicales, en termes de temps passé en salle d'opération, la cotation de la chirurgie esthétique est la moitié ou le tiers. (…) La chirurgie esthétique est entièrement payante [aux frais du patient] : honoraires et hospitalisation, frais de salle d'opération et frais annexes. Puisque pour l'instant, son action thérapeutique n'est pas admise, il ne s'agit pas de maladie… la société n'a pas à payer. Et pourtant, comme le fait remarquer Pierre Simon dans son livre La Femme de quarante ans, le remboursement par la société des interventions de chirurgie esthétique pure lui coûterait vraisemblablement moins cher que la note payée en actes médicaux et tranquillisants divers, utilisés pour les complexes qu'elle peut effacer. (…)» (Schapiro, 1984, 63, 64, 65).

Selon Schapiro, la chirurgie esthétique semble chère pour la simple raison qu'elle n'est pas remboursée par la Sécurité sociale comme les autres interventions chirurgicales. De fait, elle est un des premiers types de chirurgie qui se développe en dimension libérale dans les réalités urbaines du XXe siècle -avec la chirurgie dentaire-, et les coûts qu'elle génère sans les dépassements d'honoraires paraissent être largement justifiés. Selon le Dr Mattéoli, « ce qui est anormal, ce n'est pas qu'un chirurgien esthétique gagne de l'argent, c'est qu'un accouchement ne rapporte pas autant. » (Mattéoli, 2006, 152). À cet égard, il faut souligner que certains chirurgiens esthétiques se battent pour la suppression de la TVA sur les actes de chirurgie esthétique, ce qui contribuerait à en faire baisser les prix pour les patients. D'ailleurs l'imposition du payement de la TVA est symbolique, car il indique que ce service n'est pas considéré comme thérapeutique par l'État.

Histoire de la chirurgie esthétique

Un autre thème apparaît dans les ouvrages grand public des chirurgiens esthétiques, en guise de réponse aux détracteurs : le rappel à l'histoire de la chirurgie. Dans l'ouvrage

Histoire de la chirurgie esthétique de l'Antiquité à nos jours (2008), le Dr Ohana se demande : « Pourquoi cette branche de la chirurgie a-t-elle entraîné une sourde réprobation dès le début de l'histoire de l'humanité ? (…) ». Il s'étonne que les chirurgiens hésitent encore à se qualifier de chirurgiens esthétiques, et doivent encore travailler dans un « climat de semi-clandestinité par pudeur des patients, par crainte du ridicule ». (Ohana, 2008, 23). Cette résistance serait-elle culturellement connotée ?

> « Contrairement aux pays anglo-saxons, la demande est restée longtemps honteuse en France. (…) la chirurgie a dû se battre pour s'imposer face aux moqueries, aux jalousies et à l'animosité du corps médical. Pendant des siècles, les médecins ont voué une haine implacable aux chirurgiens, puis les chirurgiens généralistes ont méprisé les chirurgiens plasticiens, tandis qu'il n'y a pas si longtemps, les chirurgiens plasticiens refusaient d'être assimilés aux chirurgiens esthétiques » (Ohana, 2008, 27).

Selon le Dr Ohana, les chirurgiens esthétiques seraient les héritiers de ce scepticisme visant autrefois les chirurgiens en général. Les chirurgiens esthétiques revendiquent que la légitimation de la chirurgie esthétique doit suivre celle de la chirurgie reconstructive. Les deux branches de la chirurgie plastique ont une histoire commune, valorisée et mise en avant. Le temps est venu, nous dit le Dr Julien Glicenstein, dans la préface de l'ouvrage d'Ohana, de reconnaître qu' « il n'est pas possible de dissocier l'histoire de la chirurgie plastique de celles de la médecine, de la chirurgie, de la chirurgie réparatrice même. (…) la chirurgie réparatrice et la chirurgie esthétique sont indissociables». C'est par la mise en évidence des racines communes de la chirurgie de type reconstructif et de la chirurgie esthétique que les chirurgiens esthétiques développent un argumentaire fort en faveur de l'acceptation de la chirurgie esthétique et notamment de sa valeur thérapeutique.

Émissions télévisées[86]

Les archives audiovisuelles de l'INA (Institut national de l'audiovisuel) nous montrent que la télévision s'intéresse à la chirurgie esthétique au moins depuis les années 50.[87] Dans l'émission intitulée *Choisir son visage*, le chirurgien esthétique est dénommé « magicien moderne ». Il est filmé en train de prendre les mesures d'un visage muni d'un compas de Pythagore, avec lequel il prépare l'action opératoire sur les « lignes du visage ».

86 Je me réfère ici à l'analyse de quelques reportages et émissions télévisées projetées en France.

87 Voir cette émission de 1952 disponible en ligne : <https://www.ina.fr/video/AFE85004386/l-a-chirurgie-esthetique-du-nez-video.html> consulté le 6/2/2021.

Vêtu en habits de ville, en chemise et gilet, il n'a nullement l'air d'un malfaiteur cynique, tel que le présentent les fictions, mais au contraire, apparaît comme une personne lambda. Accompagné d'un jeune assistant, il fait un moulage en plâtre du visage de la patiente – pratique abandonnée depuis – dont est réalisée une copie qui sera sculptée en guise de projection « avant et après ». L'opération de rhinoplastie est filmée en direct, sous anesthésie locale, pratiquée par deux chirurgiens en blouse blanche. Dans ce reportage, le praticien ne parle pas, mais une voix *off* fait les commentaires. Le reportage s'achève avec la présentation d'un avant et après de la patiente, apparemment ravie du résultat.

Quelques années après, le chirurgien esthétique est présenté comme un « expert ». Dans une émission française datée de 1963,[88] la parole lui est donnée dans le cadre d'une interview qui se déroule directement dans un bloc opératoire. Vêtu d'une blouse blanche, ce praticien réagit à certains faits évoqués dans la presse, notamment l'hypothèse que certains criminels auraient fui l'Angleterre pour recourir en France à la chirurgie esthétique et ainsi, brouiller les pistes de la police. Le chirurgien interviewé se montre professionnel et très ouvert au questionnement des journalistes. Il veut donner à entendre que les chirurgiens esthétiques sont prêts à collaborer avec la justice pour aider à reconstruire le portrait originel de ces malfaiteurs et il tient à préciser que : « Je ne pense pas que ces gangsters puissent trouver en France un chirurgien à la foi consciencieux et compétent qui accepte ce genre d'entreprises ».

Dans la période qui suit, laquelle coïncide avec l'engouement massif pour la chirurgie esthétique des années 70 à 80, les chirurgiens esthétiques sont présentés par les médias de manière assez positive. Ils sont filmés tout au long du processus, de la consultation à l'intervention chirurgicale. Ils sont dépeints comme des experts chirurgiens, qui aident les individus à retrouver une estime de soi et favorisent ainsi leur retour à l'emploi.

Interviewés à l'hôpital ou en clinique, parfois même au bloc opératoire, en blouse blanche de médecins, ces professionnels expliquent au public les enjeux thérapeutiques d'une spécialité dont la popularité grandit de jour en jour.

Ainsi s'exprime un chirurgien esthétique dans une émission diffusée en 1985 :

> « La jeune fille dont le nez est trop long peut être aussi malheureuse qu'une mamie qui boite. Les malades sont très différents, mais il y a énormément de points communs. Le premier point commun, c'est que c'est une chirurgie qui rend service à des gens. Une chirurgie qui compense le malheur

88 Émission disponible sur: < https://www.ina.fr/video/CAF96078636/enquete-policiere-et-chirurgie-esthetique-video.html> consultée le 6/2/2021.

d'être vieux et boiteux ou le malheur d'être jeune et avoir un nez trop long. On ne guérit pas leur maladie, on leur rend service ».[89]

Un autre chirurgien, en 1988, s'exprime de cette manière :

« Cette transformation est positive quand il y a *retentissement entre le corps et l'âme*.[italique mien] On dit toujours que la tempête dans la tête crée un désordre du corps, c'est la psychosomatique. (…) Quand la demande d'amélioration révèle que le moindre petit détail a une répercussion trop importante, ce sont des gens qui ne voient pas une transformation assez heureuse, mais seulement des petits bouts d'angoisse et qu'ils ne sont pas prêts à analyser lucidement leur demande. Mais nous avons appris qu'il faut qu'ils soient écoutés (…) quand on modifie de façon heureuse une apparence, il y a une ondée de bonheur qui va rendre les gens plus gais et plus joyeux ».[90]

Ces praticiens sont désormais conscients du fait que la chirurgie esthétique est intiment liée à des enjeux psychologiques, car elle intervient sur le malheur des patients, elle a le pouvoir de retentir positivement sur leur âme. L'écoute du discours des patients vient alors jouer un rôle de premier plan en chirurgie esthétique. Cette attention à la manière dont le patient exprime sa demande, à son écoute psychologique, devient un critère important dans l'approche du chirurgien esthétique.

Plus tard, dans les années 90, une nouvelle image du chirurgien esthétique fait son chemin dans les émissions télévisées françaises. Invité régulièrement dans les émissions le chirurgien esthétique devient un personnage pop ou *people*, largement médiatisé. Dans une émission de 1999, *La femme idéale*, animée par Thierry Ardisson, le conducteur questionne les invités, dont le chirurgien esthétique autour des normes universelles de beauté, thème qui deviendra centrale dans les décades qui suivent.[91] Le praticien n'apparaît plus en blouse blanche, mais en costume et cravate. Il n'est pas interrogé en tant qu'expert médical, mais comme invité parmi d'autres qui discute avec les invités de la table ronde. Son image est désacralisée. Il rit et il participe aux blagues légères échangées par le groupe d'invités, composé de mannequins, photographes et journalistes. Ces interventions contribuent à faire connaître les chirurgiens esthétiques au grand public, permettent de nuancer leur aura « inquiétante » qui revêtaient auparavant, mais les décrédibilisent d'un point de vue scientifique et médical, car ils sont assimilés de plus en plus à des personnages mondains.

---

89 Émission disponible sur : <https://www.ina.fr/video/CAB8501339201/le-billard-de-la-dignite-video.html> consultée le 6/2/2021.

90 Émission disponible sur : <https://www.ina.fr/video/CPB88004663/la-beaute-au-scalpel-video.html> consultée le 6/2/2021.

91 Émission disponible sur : < https://www.ina.fr/video/I07297734/debat-sur-la-femme-ideale-de-l-an-2000-video.html> consultée le 6/2/2021.

Émissions radiophoniques[92]

Les émissions radio donnent plus rarement la parole aux chirurgiens esthétiques. Dans l'émission de Radio France Culture, *Changer son corps par nécessité ou par goût ?* en 2012, l'invité est le chirurgien plastique esthétique Maurice Mimoun. Le journaliste invite Mimoun à parler de la chirurgie plastique et de la chirurgie esthétique comme s'il s'agissait de deux disciplines à part, l'une au service des blessés, l'autre sous emprise des charlatans. De son côté Mimoun se présente tout d'abord en chirurgien reconstructeur, mais il milite activement pour que la chirurgie esthétique soit reconnue pour sa valeur et pratiquée aussi dans les hôpitaux publics.

> « - Dr Mimoun : « La chirurgie esthétique, c'est un savoir-faire qui est difficile, les gens, ils pleurent souvent quand ils viennent en consultation. Il ne faut pas penser que la chirurgie esthétique est « légère » à confrontation avec la chirurgie « lourde » qui est celle réparatrice. Faire entrer la chirurgie esthétique dans les hôpitaux, c'était mon combat. Mes patrons adoraient ça, ils étaient très fiers de ça et en même temps c'était caché, il ne fallait pas le dire, c'était honteux. Et mon combat c'était de dire : c'est quoi la honte ? Je fais des brûlés, et je ne les prends pas comme prétextes pour justifier l'autre, c'est mon métier. Les grands brûlés sont très contents que l'on fasse de l'esthétique, sont très indulgents avec ceux qui font de l'esthétique.
>
> - journaliste : Sur le plan du travail l'un enrichit l'autre.
> - Dr Mimoun : Bien sûr, dans mon travail hospitalier je me suis dit que je ne cacherai rien. Ça a été tout un combat, mais je peux dire que maintenant c'est gagné. (…) Les techniques de lifting nous servent pour les prothèses de la paralysie faciale. Les prothèses mammaires ont été inventées avant les techniques de reconstruction. Vous voyez, il y a une sorte de savoir-faire qui fournit la réparatrice et l'esthétique et puis il y a une exigence. Ce que j'ai appris du brûlé, je l'ai appliqué à la reconstruction du sein… »[93]
> (Radio France Culture, 2012)

Dans les années 2010, lorsqu'ils interviennent en public, les chirurgiens esthétiques se revendiquent plasticiens et reconstructeurs avant tour. L'effort tend vers une démonstration qu'entre la chirurgie reconstructrice et esthétique il y a peu de différences et beaucoup d'analogies. Les deux devraient avoir la même dignité. Mimoun est fier de cette double casquette qui, pour lui, n'en est qu'une. Par-là, les chirurgiens esthétiques veulent aussi déjouer le stéréotype médiatique du chirurgien esthétique *people* qui a émergé dans les années 80 à 90.

Toutefois, l'archétype du savant fou refait surface soudainement, notamment quand Mimoun explique que parfois pour soigner les grands brûlés, on utilise la peau de cadavres en guise de pansements temporaires (ou la peau de porc ou encore des peaux synthétiques).

---

92 Je prends comme exemples les émissions France Culture, car elles sont les plus accessibles en replay sur internet.

93 Émission du 9/10/2012 disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/revolutions-medicales/modifier-son-corps-par-necessite-ou-par-gout> consulté le 6/2/2021.

Le journaliste le compare instantanément au docteur Frankenstein. Mimoun acquiesce, minimisant le ton dramatique du journaliste, il lui répond avec une voix ferme et sur un ton réfléchi. Ensuite le journaliste lui demande de parler de l'intervention où il a « greffé le pied dans la main » d'un patient gravement accidenté.[94] Le ton du journaliste est sensationnaliste, mais Mimoun banalise cette prouesse, rappelant qu'il s'agissait d'une greffe temporaire qui a permis au patient de ne pas perdre son pied avant la reconstruction de sa jambe. C'est le propre de la pratique de rétablir l'apparence et de faire usage de créativité afin de soigner. Mimoun poursuit rappelant la figure historique de Tagliacozzi : « Vous savez, regardez l'histoire de Tagliacozzi, qui s'est fait brûler sur le bûcher, il reconstruisait le nez avec un avant-bras, donc à cette époque existaient déjà des techniques de transfert, donc pour nous c'était assez normal » (*idem*). Être comparé à Frankenstein ne le surprend pas. La formation de chirurgien reconstructeur lui a enseigné que tout geste, même le plus hasardeux, est légitime si l'objectif est de soigner.

En 2013, Radio France Culture consacre une autre émission à la chirurgie esthétique, *La chirurgie esthétique dans l'atelier des apprentis Pygmalion*.[95] Cette fois-ci sont invités Bernard Mole, chirurgien plasticien, membre de la Société Française des Chirurgiens Esthétiques Plasticiens et le sociologue Yannick Le Hénaff. Les journalistes animent le débat entre les deux invités et un jeune interne interviewé dans son cadre hospitalier. La discussion entre les invités aborde un peu tous les sujets : le quotidien des chirurgiens, leur ambiance de travail, la déontologie, leur vocation, l'aspect psychologique de la chirurgie esthétique, la chirurgie génitale, les discriminations des patients sur la base du genre, la médecine esthétique, la notion de beauté universelle, la distinction entre normal et pathologique, le scandale PIP etc.

Le Dr Mole est un chirurgien expérimenté, il parle avec une voix douce, calme et posée. Il s'exprime avec une extrême clarté et son ton est rassurant. Enseignant de médecine esthétique et cofondateur d'une société savante, ce praticien a de l'expérience dans la prise de parole.

Dans l'interview il revient sur les fondamentaux :

> « Notre chirurgie ne triche pas, elle se voit et on ne peut pas tricher, bien sûr nous avons une attirance artistique pour ce métier. Nous ne cherchons pas l'idéal, mais des concepts qui puissent

94 Il s'agit d'une greffe temporaire d'un pied à l'artère de la main, en attendant la reconstruction de la jambe gravement accidentée. Le patient a donc pu conserver sa jambe et son pied, grâce à cet exploit dû à l'inventivité de ce chirurgien.

95 Émission disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/grantanfi-13-14/chirurgie-esthetique-dans-latelier-des-apprentis-pygmalion> (minute 20') consulté le 6/2/2021.

permettre au patient, non pas d'être plus beau, mais lui rendre confiance. Parfois à partir de rien, l'enlèvement d'un grain de beauté sur une joue, jusqu'à la réfection complète d'un corps chez une personne ex-obèse qui faut « refaire » de la tête aux pieds. (…) Le propre de cette spécialité est d'écouter le patient, et de ne pas deviner pourquoi il vient. (…) Chez les femmes qui souffrent de pathologies mammaires, des seins trop importants ou inexistants, le patient on le voit complètement prostré sous ce poids et on sent très bien qu'à travers le corps, c'est *l'âme qui est en péril* [italique mien]. Là, on est amenés à rendre un service certain. »[96]

On interroge ensuite le jeune interne sur ses motivations à devenir chirurgien plasticien. Il affirme aimer l'art autant que la médecine, mais préférer la chirurgie reconstructive à l'esthétique, car il la trouve plus plaisante, plus complexe et donc une source plus riche d'apprentissages.

« Interne : Moi je suis pas du tout d'une famille de médecins, je suis le seul dans la famille, c'est assez rigolo, quand j'étais petit je regardais un dessin animé, j'étais tout petit « C'était une fois la vie », je voulais faire médecine, il y a toujours eu ce fil conducteur, donc vers l'âge de 6-7 ans, puis ça me plaisait j'adorais le corps humain et tout ça. Puis c'est vrai que vers l'âge de 9-10 ans j'aimais beaucoup la peinture et je me suis vite tourné vers la chirurgie plastique, parce que c'est vrai que j'aime la reconstruction, ce côté artistique et puis ce que ça amène derrière, donc très rapidement après médecine, je ferai chirurgie réparatrice, sûrement oui.

Journaliste : Sculpteur de nouveaux corps.
Interne : Exactement, oui. De beaux corps et de tout !

Journaliste : Vous avez une préférence entre la chirurgie réparatrice et esthétique ? Entre refaire les seins à une femme ou réparer quelqu'un d'un accident, enfin… Qu'est-ce qui vous émeut le plus ?
Interne: Si l'on parle de chirurgie réparatrice, c'est sûr que ce côté-là est plus touchant, après le côté esthétique est très plaisant, parce qu'on parle très souvent de la patiente bimbo et tout ça. Mais il y a des patients qui sont bien, qui ont un complexe avec un retentissement dans leur vie, avec une répercussion socio-professionnelle importante. C'est vrai que la chirurgie réparatrice a des conséquences importantes parce que ce sont des chirurgies lourdes, très intéressantes d'un point de vue technique, mais la chirurgie a sa part aussi.

Journaliste : Est-ce que vous avez des cours de déontologie ?
Interne: Actuellement on n'en a pas, mais dans le DU, on a quand même une approche psychologique, notamment pour la chirurgie réparatrice, mais aussi dans la chirurgie esthétique. Mais on a beaucoup de cours de déontologie dans les premières années de médecine. D'éthique médicale, on apprend le code, le respect du patient, c'est un fil conducteur dans nos études, quand on parle de prothèses mammaires ou…

Journaliste : Alors, les prothèses PIP c'était un cas d'école pour vous ?
Interne: Oui, voilà. Ça nous a permis de connaître l'approche technique des PIP et l'approche psychologique.

Journaliste : Dans quelques années, vous vous voyez comment, dans dix ans ? Qu'est-ce qui vous ferait rêver ?
Interne: M'installer en ville ça a un côté intéressant, tout en gardant un pied à l'hôpital, et faire aussi de l'humanitaire, bien sûr. »

Ce témoignage de l'étudiant qui préfère exécuter la chirurgie reconstructive plutôt que l'esthétique me paraît significatif, car il montre –comme nous le verrons aussi dans le chapitre

96 Émission disponible sur : https://www.franceculture.fr/emissions/grantanfi-13-14/chirurgie-esthetique-dans-latelier-des-apprentis-pygmalion (34') consulté le 6/2/2021.

sur la vocation des chirurgiens– que l'attrait pour la chirurgie plastique est principalement lié au plaisir que l'on tire des interventions complexes de reconstruction.

Cette émission présente une figure beaucoup plus humanisée du chirurgien esthétique, et ouvre à une reconnaissance médiatique de la complexité de cette pratique. De fait, apparaît de plus en plus clairement que le chirurgien esthétique est un chirurgien formé à la reconstruction, qui peut intervenir dans différents contextes, hospitalier, libéral, humanitaire. Le chirurgien plasticien apparaît avec cette double casquette de chirurgien reconstructeur et de chirurgien esthétique, qui sont présentées comme deux facettes de la même médaille.

Autobiographies

Les chirurgiens esthétiques s'affirment aussi dans le genre littéraire des autobiographies qui s'adressent au grand public.[97] Ces ouvrages présentent des tendances et des thèmes communs. Leurs auteurs les structurent parfois autour de cas cliniques, superposés à un récit de vie, entendu comme une succession d'expériences dans différents contextes. Ce récit s'étale depuis leur enfance sur plusieurs décennies, parfois jusqu'à la retraite de l'auteur.

D'un point de vue ethnographique, ces autobiographies constituent une ressource précieuse. Tout d'abord, elles nous permettent de reconstituer le parcours d'un chirurgien et ce qui l'a influencé, selon son point de vue personnel. Ensuite, elles apportent le témoignage des maîtres fondateurs et pionniers de la discipline. Ces récits de vie détaillés et intimistes sont par ailleurs d'une qualité qui dépasse très certainement celle des informations recueillies lors des entretiens.[98] Bien évidemment, ces autobiographies sont à considérer comme une mise en scène de soi, qui utilise un langage littéraire retravaillé, avec parfois une censure de certains aspects ou expressions pour favoriser la forme finale. L'autobiographie est écrite dans le but de se faire connaître du public, mais aussi d'apporter un point de vue de clinicien sur la chirurgie esthétique, en réponse aux représentations médiatiques caricaturales. Ces ouvrages sont analysés comme une présentation publique de soi qui –à l'instar du site internet– permet aux patients d'avoir un premier aperçu de la personne du chirurgien et de sa philosophie de

97 J'ai analysé six autobiographies, citées ici par ordre d'année de parution : Le tour du monde d'un chirurgien esthétique, du Dr André Galand (1959) ; Les chemins de la beauté. Un maître de la chirurgie plastique témoigne, du Dr Ivo Pitanguy (1983) ; Jeux de mains du Dr Raymond Vilain (1987) ; L'impossible limite. Carnets d'un chirurgien du Dr Maurice Mimoun (1996) ; Peau de chagrin. La chirurgie plastique au service de l'humanité du Dr Patrick Knipper (2007) ; Chaque visage a une histoire du Dr Laurent Lantieri (2011). Je n'ai pas choisi ces ouvrages avec des critères particuliers, mais simplement grâce à leur accessibilité sur le site Amazon.fr.

98 La différence principale avec les entretiens recueillis a été le manque de disponibilité de temps de mes interlocuteurs pour évoquer toute une carrière de manière détaillée.

soin. Les journalistes qu'interviewent les praticiens se basent souvent sur la lecture de ces ouvrages pour formuler leurs questions.

Sur la première page de la couverture, ces praticiens se présentent dans un style informel, un portrait en premier plan souriant à la caméra (Vilain, 1987), au milieu d'un groupe de patients en mission humanitaire (Knipper, 2007), au travail en pyjama chirurgical (Mimoun, 1996), ils choisissent une image qui mieux les représente. Devant leur nom et prénom figure les abréviations Dr ou Pr qui indiquent leur statut de docteur ou de professeur. Le Dr Raymond Vilain se permet un jeu de mots ironique en intitulant son ouvrage, *Jeux de main*, allusion à son métier qui s'exerce essentiellement avec les mains, et à son nom de famille, Vilain, faisant ainsi référence à l'expression « Jeux de mains, jeux de vilain ». Ce détail laisse transparaître la personnalité rieuse et ironique du praticien. Le Dr Knipper adopte le titre *Peau de chagrin*. *La chirurgie plastique au service de l'humanité*, mettant en avant son engagement dans la dimension humanitaire. Quant à Maurice Mimoun, il intitule son autobiographie *L'impossible limite. Carnets d'un chirurgien*, il laisse transparaître sa passion pour la réflexion philosophique autour des frontières, qu'elles soient entre chirurgie reconstructive et esthétique, entre malformation et normalité, entre la vie et la mort, questions qui l'interrogent depuis toujours.

Ces auteurs adoptent différents styles, mais présentent tous leur vie comme une succession d'aventures et de péripéties, à la fois personnelles et professionnelles. Ils nous livrent des portraits assez intimes de leur histoire familiale, affective, professionnelle, parfois, sur un ton parfois sérieux, d'autres fois humoristique ou littéraire, mais dont ressort une réelle impression de sincérité. Un ton héroïque est sollicité à plusieurs reprises, mais de manière subtile, rarement auto déclamatoire. Tous ces praticiens se décrivent comme des enfants passionnés de science, d'animaux, de littérature, d'aventure et de voyages. Ils se dépeignent en scientifiques ou en humanistes, avec des vocations enracinées dans la plus tendre enfance.

Ils décrivent les épreuves de la vie qu'ils ont eu à surmonter, qu'elles soient familiales ou personnelles comme les accidents physiques auxquels ils ont survécu. Le choix de la chirurgie plastique est souvent expliqué par une rencontre imprévue, qui a suscité une vocation. Certains ont découvert la chirurgie plastique grâce aux mutilés de guerre, comme le Dr Vilain, engagé durant la deuxième guerre mondiale auprès des blessés. Parfois, c'est la rencontre avec un grand brûlé ou une personne malformée, qui les marque profondément et détermine leur choix. Ou bien c'est la première expérience avec un patient en chirurgie plastique qui provoque un choc visuel « violent » et éveille alors une vocation. Dans un chapitre intitulé *Souvenir d'une opération des seins*, le Dr Mitz rappelle ce souvenir

traumatisant et initiatique. Il était jeune externe et il avait été appelé par le maître, pour l'assister dans l'exécution d'une réduction mammaire.

> « Je me souviendrai toujours de cette vision d'apocalypse. Une femme les bras écartés, assise sur la table d'opération, le corps relevé, relié à des tuyaux, avec un chirurgien habillé, impatient de nous voir prêter main-forte pour son opération. Cette patiente crucifiée subissait des coups de bistouri vengeurs qui tailladaient son sein. L'image christique de cette femme et l'apparence de mutilation dont j'étais le témoin m'auraient presque conduit derechef à la police pour un assassinat mammaire dont nous étions les témoins ! Puis, après quelques minutes (…) le niveau du sein reconstruit, la forme était devenue ronde, plus sympathique, presque érotique. (…) Après le moment de panique et d'angoisse que nous venions de traverser, nous sentîmes que quelque chose était en train de se jouer devant nous, comme dans une pièce de théâtre. (…) Peut-être que, ce jour-là, ma vocation pour la chirurgie réparatrice est née. » (Mitz, 2006, 101- 102).

Certains se décrivent comme « un enfant malingre, mais au caractère affirmé et plutôt rebelle », ou bien comme « un étudiant venu de la campagne, devant s'adapter à la grande ville et aux exigences universitaires ». Ils évoquent tous leurs études universitaires comme une épreuve d'endurance, passage obligatoire avant de s'affirmer comme plasticiens. La vocation de plasticiens leur vient souvent suite à une rencontre fortuite qui a provoqué l'« éveil » d'une passion.

Ils présentent leurs vies à travers des anecdotes suivant la chronologie de leur évolution professionnelle. Ils évoquent les rencontres marquantes avec les maîtres, dont ils ont étudié les manières d'opérer et qui les ont imprégnés de l'éthos chirurgical. Ainsi, Ivo Pitanguy –qui deviendra un des chirurgiens les plus investis dans la défense de la chirurgie esthétique– relate sa rencontre avec un maître chirurgien étasunien, le Dr John Longacre, qui lui a transmis sa philosophie médicale et sa passion pour la défense de la discipline :

> « Longacre avait l'intuition du rôle humanitaire et social des chirurgies réparatrices et esthétiques qui, plus tard, fusionnèrent pour donner naissance à la chirurgie plastique. (…) Un jour, il paraîtra évident que la chirurgie réparatrice a le droit de remédier, dans la limite de nos connaissances, aux malformations naturelles qui traumatisent l'individu au point d'influer sur son comportement social. Un jour, il paraîtra tout aussi évident que la chirurgie esthétique apporte de la sérénité à ceux qui sentent trahis par la nature et en ressentent de véritables souffrances. J'écoutais mon maître et au fur et à mesure qu'il exposait sa philosophie, je présumais la multitude de difficultés qu'il me faudrait affronter pour imposer nos conceptions.» (Pitanguy, 1983, 69/70).

Rentré de sa formation aux États-Unis, Pitanguy se sent investi d'une mission : créer des services de chirurgie réparatrice dans les hôpitaux publics brésiliens.

> « L'argent m'importait peu. Ce que je voulais, c'était imposer mes idées. (…) Pour parvenir à mes fins, j'ai fait le siège de mes innombrables chefs de service, allant de l'un à l'autre, plaidant ma cause, prêchant mes idées, trépidant comme un néophyte. On me rabrouait. Je revins à la charge. Rien n'est plus hasardeux que de vouloir bousculer des mentalités figées, de troubler une apathie incrustée. Pourtant j'y parvins. Un matin, le directeur du *Pronto Socorro* m'a annoncé, pompeusement, qu'il me confiait le service des brûlés ». (Pitanguy, 1983, 86)

Dans ces autobiographies, les praticiens décrivent leurs séjours de formation à l'étranger, comme des voyages initiatiques. Les jeunes apprentis qui partent en voyage se déplacent seuls, souvent dans un autre continent, découvrent une autre culture et langue, doivent s'adapter à une nouvelle manière d'opérer, avec une nouvelle équipe. La fréquentation du « grand maître » à l'étranger permet de découvrir et apprendre ses techniques, mais aussi sa philosophie du travail et du rapport au patient.

Comme le montrent ces ouvrages, le sens de ces déplacements est mondial. Des Latino-Américains se forment aux États-Unis et en Europe, tandis que des Européens se rendent en Amérique latine. Les mêmes Dr Ivo Pitanguy au Brésil et le Dr Fernando Ortiz Monasterio au Mexique, ont formé des nombreux apprentis venus du monde entier.

Dans ces autobiographies, les chirurgiens esthétiques racontent qu'ils ont dû endurer des conflits avec les patrons, des difficultés économiques, des gardes, des stages éprouvants, avant de pouvoir jouir du statut de chirurgien. Ils mettent en avant leurs fragilités et leurs vulnérabilités, telles qu'ils les ont expérimentées durant leur formation. Ces praticiens se présentent au grand public comme des êtres humains, avec leur enthousiasme, mais aussi leurs doutes existentiels, philosophiques ou éthiques.

Ils valorisent leur apprentissage chirurgical, la confrontation avec les premières dissections, les premiers patients et plus tard, leurs meilleurs exploits techniques. Ils racontent aussi leurs échecs, les premiers patients insatisfaits. Par exemple, le docteur Mimoun raconte que lors de sa première rhinoplastie, qu'il exécute à la perfection, il n'avait pas prêté assez d'écoute à la patiente, laquelle vient se plaindre par la suite, souhaitant « redevenir comme avant ». Ce praticien laisse entendre que ce premier échec était dû à son manque d'écoute de la patiente, étape indispensable en chirurgie esthétique, mais qui n'est pas abordée dans la formation théorique et s'apprend sur le tas. Par le récit autobiographique, potentiellement lu aussi par de jeunes chirurgiens, l'auteur fait part de ses échecs pour prévenir les jeunes des pièges éventuels qu'ils pourraient rencontrer sur leur parcours, notamment dans la relation aux patients.

Dans ce sens, l'autobiographie de Raymond Vilain, *Jeux de mains* (1987), est très orientée sur la pédagogie. Ce praticien, un des initiateurs de l'école de chirurgie plastique de l'hôpital Boucicaut, décrit ses expériences cliniques avec tous les enjeux que comportent la cicatrisation, les brûlures, les greffes de lambeaux, l'hygiène hospitalière et il consacre aussi toute une partie à la chirurgie esthétique de la silhouette et du visage. Il est très intéressant de souligner un aparté que ce praticien fait sur les « malades imaginaires », problématique prégnante en chirurgie plastique et, plus particulièrement en chirurgie de la main, selon lui.

> « Notre premier devoir, en consultation et même en urgence, est d'énoncer un diagnostic. Il rassemble sous un vocable unique les symptômes épars. Il permet de rendre les lésions organiques responsables. Il éclaire le pronostic, définissant l'avenir d'un patient traité ou non traité. Il autorise enfin le choix d'un traitement. Traiter n'est pas la première démarche de notre médecine. Le préalable nécessaire à l'exercice de notre art est la nécessité de reconnaître la maladie. (…) Un ou plusieurs symptômes peuvent disparaître spontanément. Pour celui qui souffre et croit, tout est traitement, si le rituel est respecté. » (Vilain, 1987, 217).

Vilain fait référence à tous les « malades imaginaires » qu'il appelle les « patients inclassables », ceux dont on n'arrive pas à déchiffrer les symptômes, auxquels sont attribués des troubles « psychosomatiques ». Sensible à ce problème, il raconte dans son autobiographie qu'il a pris l'initiative d'ouvrir, en 1955, un département d'acupuncture à l'hôpital Bichat, annexe aux consultations spécialisées en chirurgie de la main. Ce professeur tient à faire passer un message particulier aux jeunes : d'une part que la chirurgie plastique esthétique est confrontée aux malades « psychosomatiques » qui génèrent une vraie souffrance auprès des patients. D'autre part, pour les soigner, il ne faut pas négliger le recours à des thérapeutiques complémentaires à la chirurgie comme l'acupuncture. L'affirmation « pour celui qui souffre et croit, tout est traitement, si le rituel est respecté » montre que ce praticien est parfaitement conscient que l'inscription dans un cadre rituel est un facteur qui permet la guérison de ce type de troubles. La vision de Vilain a été transmise à ses disciples du service « SOS mains » de l'hôpital Boucicaut, dont certains de mes interlocuteurs de terrain.

Dans leurs autobiographies, les chirurgiens répondent aussi aux détracteurs de leur spécialité. Le Dr André Galand, auteur de *Le tour du monde d'un chirurgien esthétique* (1959) écrit :

> « Partout, désirs et besoins justifient la chirurgie esthétique parmi toutes les catégories de populations du monde entier. Un certain conservatisme chez le médecin, un certain charlatanisme esthétique, des jalousies personnelles n'ont certes pas facilité le démarrage de cette chirurgie nouvelle. (…) Le chirurgien esthétique est un artiste, un novateur et un créateur, qui exerce une profession très difficile, pleine d'embûches. Il a trouvé, auprès du public, plus d'encouragement à exercer son métier qu'auprès du corps médical. Tout ce que je viens de dire n'est pas spécial à la France. Dans le monde entier, j'ai retrouvé le même état d'esprit vis-à-vis de notre spécialité. Maintenant, si l'évolution n'est pas encore complète, elle se fait et nous ne sommes plus considérés comme des " contrebandiers " de la médecine » (Dr Sorton). » (Galand, 1959, 187-188)

Dans les années 50 à 60, l'hostilité que percevaient les chirurgiens plasticiens de la part des autres médecins était forte et cela, sans distinction de pays, tel que le confirme Galand, grand voyageur. De son côté, le Dr Ivo Pitanguy, qui venait de se former à la chirurgie plastique aux États-Unis, lorsqu'il rentre au Brésil, il est envoyé travailler comme médecin urgentiste dans les ambulances. Pitanguy a vécu cela comme un geste de mépris de

la part de ses supérieurs, qu'il croit motivé par leur jalousie : « Mes confrères critiquaient mon choix [de faire de la chirurgie plastique] (…) selon eux, la réparatrice et, davantage encore, l'esthétique - jamais évoquée tant elle leur paraissait méprisable - étaient des branches mineures de la chirurgie. (…) », affirme Pitanguy. Il rappelle que son maître l'avait prévenu que les résistances d'ordre moral et religieux ne pourraient pas être facilement vaincues :

> « Pour le moment, Ivo, nous prêchons dans le désert. Le monde médical, comme souvent, lorsqu'il est confronté à des nouvelles théories et à des nouvelles techniques, se cabre. Disons qui fait la sourde oreille. Cela est normal. Notre société, qu'elle soit catholique ou protestante, a religieusement accepté l'infortune. Au nom du salut éternel, l'individu doit supporter toutes les anomalies de la nature et endurer les accidents de la vie. Plus il souffrira sur terre, plus il sera persuadé d'aller au ciel. (…) » (Pitanguy, 1983, 69-70)

Ainsi, Pitanguy commente l'hostilité de ses confrères qui l'accusent de prendre ses patients pour des cobayes, ravivant les fantasmes du chirurgien plastique tortionnaire :

> « Il fallut me rendre à l'évidence : mes confrères étaient jaloux. C'était mon premier contact avec l'" *invidia medicorum* ". (…) Selon certains collègues hostiles à mes interventions, j'utilisais cette masse de pauvres gens comme des "cobayes" et je profitais d'eux "pour me faire la main", pour employer leur expression injuste. (Pitanguy, 1983, 83-89)

De son côté, quelques années plus tard, en France, le Dr Mimoun accuse ses détracteurs d'être porteurs de jugements moraux contre sa spécialité :

> « Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises raisons de soulager les gens. Faut-il juger avant de soigner ? (…) Un nez traumatisé, est-il plus noble qu'un nez disgracieux de naissance, un sida transfusionnel différent d'un sida sexuel ? (…) Alors, détracteurs de cette spécialité, qui êtes-vous pour les juger, les accabler ? Car plus encore que ceux qui pratiquent cette spécialité sans se soucier de préoccupation éthique, vous qui la dénigrez, vous êtes le plus souvent d'une intolérance totale. Vous n'avez cherché ni à comprendre, ni à voir, ni à connaître. Vous êtes contre, dans la parfaite indifférence. Il y a de la souffrance là-dedans. Mais vous ne vous en souciez pas. Vous ne voulez pas la voir. C'est de vous entendre qui me conforte dans ma conviction. La chirurgie esthétique peut être la chirurgie du bonheur. Ce n'est pas une hypothèse, c'est une constatation. » (Mimoun, 1996, 135)

Dans le même ton, le Dr Knipper raconte au début de son autobiographie (2007), le souvenir d'une expérience traumatisante, alors qu'il était invité à un débat télévisé sur la chirurgie esthétique. Il se souvient qu'il s'est senti piégé par les journalistes qui lui demandaient de commenter les résultats esthétiques « ratés » de patients qui n'étaient pas les siens :

> « L'an passé, alors qu'un animateur de télé m'invitait à participer à un débat sur la chirurgie esthétique, je lui ai demandé du tac au tac :
> -Y a-t-il un piège, dans votre émission ?

-Non, non, m'a-t-il assuré.
-Il vaudrait mieux…
Pour être certain qu'il mesurait ma mise en garde, j'ai insisté :
-Direct ou non, si vous présentez les plasticiens comme des charlatans, ça va mal se passer !
-Ne vous inquiétez pas. Voici justement l'occasion ou jamais de défendre votre point de vue.
Le jour J, je me retrouve donc sur le plateau parmi une brochette d'invités. L'émission commence. Après une brève introduction, le présentateur invite chacun à parler. (…) Les présentations faites, l'animateur lance le premier sujet. Apparaît une femme blonde, figure emblématique du Paris nocturne, dont la bouche aquatique, les lèvres siliconées et la poitrine turgescente crèvent l'écran géant.
Aussitôt je me dis : « Tu es piégé ! » Le reportage ne va durer que quelques minutes. le temps m'est compté. Il me faut réfléchir vite. Mais je manque d'entraînement. Alors, quand le maître de cérémonie se tourne vers moi pour me questionner, ça ne rate pas, je pars en vrille.
-Voulez-vous savoir, dis-je, ce que je pense de « ça ? » Mais monsieur, c'est extraordinaire ! Comment se fait-il que vous et vos semblables éprouviez toujours le besoin de montrer la même caricature, à savoir ce genre de patientes qui se font opérer une dizaine de fois et que nous, praticiens sérieux, ne traitons jamais ?
Mon discours jette un froid. J'ai le choix : partir ou rester assis. Je décide de ne pas fuir. La politique de la chaise vide, à quoi bon ? Résister aux provocations, c'est plus positif. Enfin, j'aimerais le croire. Car, fait curieux, plus personne sur le plateau ne m'adresse la parole… Privé désormais de mon droit de réponse, je ronge mon frein. » (Knipper, 2007, 7/8)

Le Dr Laurent Lantieri, dans son ouvrage autobiographique *Chaque visage a une histoire* (2011) s'écarte des problématiques liées à la chirurgie esthétique, car cela ne semble le concerner, et pourtant ce praticien s'est formé à la chirurgie plastique auprès du Dr Raymond Vilain, à l'hôpital Boucicaut, avant de se spécialiser dans les reconstructions, notamment des greffes autologues et allogreffes.[99] Tout au long de sa formation, il se fait remarquer pour son ambition et son intérêt pour l'expérimentation de nouvelles techniques et leur application à la chirurgie plastique. Lorsqu'il invente la technique de reconstruction du sein, par prélèvement d'un morceau de ventre (par la technique qu'il appelle DIEP[100]), ou lorsqu'il reconstruit un talon par prélèvement d'un fragment de l'omoplate, ses confrères réagissent avec scepticisme, voire avec véhémence.

« Il m'est arrivé de me faire insulter dans des congrès médicaux, comme ce jour où l'une des grandes spécialistes de la chirurgie reconstructrice française s'est écriée, devant l'assemblée, et en ma présence : « Mais comment peut-on faire subir cela aux femmes ? C'est vraiment de votre part l'expression d'un ego chirurgical démesuré ! » (Lantieri, 2011,70).

Avec un style littéraire moins humble des autres ouvrages de chirurgiens esthétiques, cet ouvrage traite davantage des fortes tensions liées aux enjeux d'expérimentation paradigmatiques, comme la première greffe de la face auxquelles ce praticien s'est consacré.

99 Les greffes autologues sont les greffes prélevées du même patient à un autre endroit du corps, les allogreffes sont les greffes issues d'autres humains, voire de cadavres.

100 Voire le rapport de la HAS :« Reconstruction du sein par lambeau cutanéo-graisseux libre de l'abdomen, avec anastomose vasculaire. Technique DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) < https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-08/rapport_reconstruction_du_sein_technique_diep_2011-08-02_16-19-12_793.pdf>, consulté le 8/2/2021.

Lantieri évoque avec douleur la rivalité et la compétition que cette première provoqua parmi les chirurgiens du monde entier. Il montre que le monde chirurgical est loin d'être fraternel, tout particulièrement quand l'enjeu est l'attribution de l'invention d'une technique. Ce chirurgien plasticien s'oriente décidément vers l'expérimentation et l'innovation et il est lui-même hanté par la peur d'être comparé au Dr Frankenstein.[101] De fait, malgré le fait que son travail soit valorisé socialement, car il s'applique à la chirurgie reconstructive, les greffes expérimentales de face qu'il prévoyait d'exécuter ont suscité l'attention vive des comités d'éthique. De fait, la face -ou le visage, siège de l'identité-, est une zone du corps hautement symbolique et anthropologiquement significative (Le Breton, 2003a). Au-delà de l'exploit technique, les comités d'éthique se demandent : « A-t-on le droit de greffer un " visage ", siège de l'identité, d'un individu à un autre ? » Les procédés de chirurgie plastique, notamment lorsqu'ils concernent la greffe d'un organe hautement symbolique comme la face, doivent non seulement être validés du point de vue de la sécurité technique, mais aussi moralement.

Les personnes qui composent les comités d'éthique qu'évaluent ces interventions sur l'apparence humaine, peuvent être influencées d'imaginaires technosceptiques popularisés par la fiction. Comme le rappelle Lantieri, lorsque le Comité National d'éthique a rendu un rapport défavorable à sa demande d'expérimentation de greffe de face (en 2004), il a apporté l'argumentaire suivant : « Dans un film de Georges Franju, Les yeux sans visage, la plupart des questions éthiques liées à la pratique d'une opération de ce genre sont mentionnées » (Lantieri, 2011, 103). Or, pour se légitimer pleinement certains reconstructeurs prennent leurs distances avec la chirurgie esthétique, dans le but d'être mieux acceptés par la communauté médicale. C'est le choix qui fait le Dr Lantieri :

> « Le meilleur est à venir, à condition d'éviter les dérives d'une chirurgie purement esthétique. Je vois de temps en temps des femmes se présenter à ma consultation sans que je sache très bien ce qu'elles attendent de moi. Des femmes qui me disent présenter une pathologie, ou un défaut esthétique majeur, alors qu'il n'en est rien. Leur cas relève davantage de la psychologie que de la chirurgie reconstructrice. Je refuse alors systématiquement d'intervenir. Je n'exerce pas mon métier dans le but d'opérer à tout prix, à la chaîne, afin de gagner le plus d'argent possible. Les personnes que les maladies ou les accidents de la vie avaient rendues monstrueuses, je suis fier de leur avoir redonné figure humaine » (Lantieri, 2011, 181).

Cette désolidarisation affichée publiquement confirme que le stigmate porté par la chirurgie esthétique est encore vivace. Lantieri, comme ses collègues, a certainement été

101 Lantieri lui-même affirme : « Une de mes craintes était notamment ce que j'appelle le 'syndrome Frankenstein' : le rejet par la population de la prouesse chirurgicale, générant finalement une baisse des dons d'organes. », (Lantieri, 2011, 123).

formé aussi à l'esthétique. Il connaît le bénéfice qui peuvent tirer les patients de la chirurgie esthétique d'un changement d'apparence. Néanmoins, certains domaines chirurgicaux restent un territoire miné. Le mépris à l'égard de la chirurgie esthétique est un retranchement facile sur lequel replient parfois les reconstructeurs à la recherche d'une respectabilité scientifique. Le cas du Dr Lantieri est quand même unique dans son genre. En général, les plasticiens assument leur double étiquette de chirurgiens reconstructeurs et esthétiques.

Conférences de sciences humaines et sociales

Pendant mon travail d'observation sur le terrain, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'écouter les interventions de chirurgiens esthétiques, dans le cadre de conférences réunissant des chercheurs en sciences humaines et sociales ou bien, ouvertes au grand public. Ces opportunités m'ont aidée à mieux comprendre les analyses que développaient ces praticiens sur leur pratique et l'importance pour eux de pouvoir les avancer en public.

Je prendrai, comme exemples, deux conférences données, l'une par le Dr Singer, l'autre par le Dr Ayed,[102] chirurgiens que j'ai côtoyé également sur le terrain. Ces deux praticiens sont particulièrement ouverts à la réflexion sur certaines thématiques socioanthropologiques, mais aussi éthiques, en lien avec la chirurgie esthétique. Pour saisir les enjeux de leur démarche, je vais présenter quelques extraits de leurs interventions.

Le Dr Singer a beaucoup d'expérience dans le domaine de l'humanitaire. Dans le cadre d'une rencontre tenue dans une librairie strasbourgeoise, il développe son argumentation principale en expliquant, tout d'abord, que la différence entre chirurgie réparatrice, esthétique ou humanitaire répond à une définition contextuelle. Pour le démontrer, il confronte trois photographies, des cas différents de plastie mammaire et d'augmentation des lèvres, interventions réalisées dans trois contextes différents.

> « Je ne sais pas si vous voyez bien, sur la photo 1 on a une plastie mammaire. Quand les patientes ont des seins très, très gros et tombants, eh bien, on va faire une plastie mammaire, ça s'appelle de la chirurgie réparatrice. La même technique sur la photographie numéro 2 ça s'appelle de la chirurgie esthétique, entre les deux il n'y a qu'une différence de poids. Ce sont les mêmes techniques, mêmes patients, mais puisque dans la photo numéro 1, on enlève plus de 300 grammes, c'est de la chirurgie réparatrice, numéro 2, comme on n'enlève pas beaucoup de grammes, c'est de la chirurgie esthétique. On a réduit la femme et la définition de réparatrice et esthétique à 300 grammes. Quand je suis au Togo dans un petit village, dans un dispensaire, à Alada, je traite cette patiente qui a les seins brûlés et collés sur le thorax, pour l'opérer j'utilise une technique de plastie mammaire. Vous auriez le même chirurgien, la même chirurgie plastique et la même technique opératoire. En France, ça s'appelle de la technique réparatrice, ça s'appelle de la chirurgie esthétique, et au Togo ça

102 Je rappelle que mes interlocuteurs sont toujours cités avec des pseudonymes choisis par assonance avec l'origine du nom patronymique.

s'appelle de la chirurgie humanitaire. Et la chose la plus cocasse, amusante, comme j'étais en train de réparer cette petite adolescente, pour qu'en grandissant elle puisse avoir des seins qui se développent, et bien les infirmières dans le dispensaire me disaient : « Qu'est-ce que tu fais ? Tu fais de l'esthétique là ? C'est-à-dire que les propres infirmières togolaises ne comprenaient pas qu'on répare, parce que pour elles, c'était de l'esthétique. Donc les définitions sont différentes, il faut savoir que, dans d'autres contrées, les définitions ne sont pas les mêmes. »
(Conférence dans une librairie, Dr Singer, Strasbourg, France, 2018)

Le Dr Singer compare ensuite « les augmentations des lèvres en Europe, le noircissement des lèvres inférieures, dit « ethnique » dont la signification est sexuelle et la pose d'un plateau labial dont la signification est l'appartenance au groupe : trois modifications des lèvres, trois définitions, trois finalités différentes. » Tout en soulignant les différences entre les significations de ces modifications selon le contexte de référence, il les place sur le même plan. Le Dr Singer montre ainsi qu'il conçoit la chirurgie esthétique comme une modification corporelle, qui revêt un sens anthropologique propre au contexte dans lequel elle est pratiquée. Par son exposé pourtant très simple et très pédagogique, il laisse entendre que la chirurgie esthétique s'inscrit directement dans l'anthropologie des modifications esthétiques.

Le message de fond du Dr Singer est de pointer le caractère arbitraire de la séparation qui est établie entre la chirurgie esthétique et la chirurgie reconstructive. Comment définir une malformation congénitale, une modification d'embellissement ? Son expérience sur plusieurs continents, grâce à ses activités humanitaires, le conduit à conclure que toute définition de ce type est purement conventionnelle et son objectif, en participant à ces conférences, est de sensibiliser le public à cette nécessaire prise de recul.

Le Dr Ayed, dans une conférence adressée à un public de chercheurs en sciences sociales, s'exprime sur le thème de *l'empowerment* féminin et la chirurgie esthétique. Elle intervient à côté d'une sociologue pour apporter son avis de praticien.

« Ma pratique de chirurgien esthétique m'a appris que je ne peux pas juger ces demandes. Je peux, comme tout médecin, écouter une demande de manière bienveillante et empathique et mettre en œuvre les savoirs et les techniques dont je dispose pour y répondre, si je peux. Mais qui peut juger de comment quelqu'un sent son corps ? Ou comment quelqu'un se sent dans son corps ? Ou de comment chacun devrait se sentir dans son corps ? Ça, je ne sais pas. Le plus souvent, la chirurgie esthétique est accusée de servir une idéologie de standardisation. Moi dans ma pratique, c'est tout le contraire que je constate. La chirurgie esthétique est un outil comme un autre, qu'on peut utiliser bien ou mal, elle peut blesser, elle peut sauver, elle peut être une source d'aliénation, ou un formidable outil d'émancipation qui permet à chacun d'exercer librement son autonomie. Comme tout outil, elle a ses règles d'usage, et le champ de ses possibles. L'ériger en réponse à toutes les attentes, ou à toutes les souffrances, n'aurait pas plus de sens que de la condamner sans appel. Ce qu'il faut comprendre c'est que la chirurgie esthétique repose presque entièrement sur la parole du patient. Une discipline qui ne cesse de m'interroger dans cette particularité. Qui ne cesse de nous interroger vous et moi, et d'interroger la société toute entière, sur quelle place doit-on ou quelle place peut-on accorder à la subjectivité d'autrui ? À qui revient de contrôler la légitimité de la demande d'un patient ? Et plus précisément et implicitement, quand on parle de chirurgie esthétique à qui revient de contrôler la légitimité de la parole d'une femme, quel que soit son âge ? Elle est censée être toujours dénuée de bon sens, au point de consentir à des interventions dangereuses au profit

d'une futilité esthétique qui n'auraient pour elle aucun avantage ? Qui n'auraient pour elle que la valeur d'injonctions invisibles que l'on ne pourrait pas plébisciter ? Les femmes ne seraient donc pas encore capables d'exprimer un choix conscient concernant leur corps et leur désir ? Paradoxalement, c'est cette vision-là qui me semblerait misogyne. François Dubois disait que ceux qui n'ont pas besoin de la chirurgie esthétique, qu'ils ne la critiquent pas ! Je pense que la chirurgie esthétique peut être un formidable outil d'émancipation ! C'est pour moi une chirurgie qui répond, selon l'expression de Paul Ricœur, à une éthique de la sollicitude. Qu'on répare un enfant qui est né avec une fente labiale, une femme qui est mutilée par un cancer du sein, une femme qui souhaite réparer son corps après une grossesse ou une femme qui souhait embellir son corps ou son visage tout simplement, je me retrouve en tant que chirurgien face à autrui dans un dialogue substantiel, intime et singulier, et je suis un médecin au prisme de l'écoute bienveillante et attentive qui est totalement indissociable de mon acte technique. »
(Conférence universitaire, Dr Ayed, Strasbourg, France, 2017).

Cet extrait est extrêmement significatif. La praticienne, qui n'ignore pas les débats existant sur la chirurgie esthétique en sciences humaines et sociales, affirme devant les chercheurs son point de vue. En tant que praticienne, elle tient à susciter l'empathie des écoutants. De fait, elle explique, face aux éventuels détracteurs de sa pratique, qu'elle ne fait que de répondre à une demande qui vient des patients. Sa démarche suit le paradigme de la sollicitude, de la réponse à une souffrance.

Collaborations éditoriales

Les chirurgiens esthétiques peuvent être sollicités pour prendre la responsabilité ou collaborer à des journaux locaux ou nationaux, diffusés sur papier ou en ligne. Ces activités contribuent à faire connaître au grand public la vision qu'ils ont de leur pratique. Il est impossible de lister ici tous les supports qui donnent cet espace de parole aux chirurgiens esthétiques. Je me limiterai donc à citer des passages clefs d'articles écrits avec la collaboration de mes interlocuteurs de terrain.

Le Dr Ayed, qu'a une formation en chirurgie plastique et en éthique médicale, répond aux questions d'un magazine de philosophie :

« Le chirurgien plasticien peut traiter toutes les parties visibles du corps ; il a donc, par nature, une vision globale de la chirurgie et de la médecine. Très vite, on comprend que lorsqu'on touche à la surface du corps, on mobilise en même temps la part profonde de l'âme humaine, de l'intime, des relations humaines… en un mot, de l'identité. C'est donc intéressant, et cela permet d'avoir une vision un peu à part dans le monde de la médecine et de la chirurgie.
Ainsi, la chirurgie esthétique et la chirurgie réparatrice nous apprennent que la chirurgie n'est pas seulement un geste mécanique : la chirurgie esthétique a un rôle social. En effet, la réparation sociale a autant d'importance que la réparation matérielle. Notre apparence nous lie avec autrui. Par exemple, une cicatrice sur le visage peut changer tout votre rapport au monde, votre rapport à vous-même… pourtant votre vie n'est pas en danger. Par la peau, on va donc accéder à des choses très profondes dans l'humain. C'est pourquoi j'ai également un parcours en médecine légale : pour approfondir la question de la nature du préjudice esthétique et de sa réparation. Cette expérience a été forte et constructive. »
(Dr Ayed, entretien avec un magazine de philosophie, France, 2019)

Cette praticienne tient à rappeler la complexité à laquelle touche la chirurgie esthétique. Car à travers le corps elle investit l'intériorité, l'âme et le sens de l'identité. Reprenant l'expression du Dr Suzanne Noël, elle souligne le rôle social qui joue e la chirurgie esthétique, car le lien à autrui passe aussi par l'apparence. Le Dr Ayed montre que le chirurgien esthétique ne peut pas se limiter au rôle de technicien du corps. Le plasticien est artisan et artiste à la fois. Dans la démarche d'embellissement se cacherait un désir de transcendance, répondant à une pulsion de vie :

> « L'acte médical et la relation médecin-patient semblent aujourd'hui se réduire à l'acte de diagnostic et de prescription. Il y a une sorte de séparation entre l'aspect technique et l'aspect humain de notre discipline. Or ce n'est pas naturel, il s'agit là à mon sens d'une tendance contemporaine à dénaturer le métier du médecin. Fondamentalement, la médecine est bien un art et non exclusivement une science, et le médecin, le chirurgien, sont comme des artisans : à la fois ultra-techniques, mais aussi sensibles, et toujours portés vers une esthétique toute médicale, le beau diagnostic, le beau geste (…). De tout temps et dans toutes les sociétés humaines, les pratiques de transformation corporelle ont toujours existé : liées à des pratiques médicales ou chirurgicales, à des pratiques d'ornementation corporelle ou encore aux rites funéraires. La chirurgie esthétique finalement est la convergence de ces trois aspects : c'est à la fois une pratique chirurgicale, une pratique d'ornementation, et un outil puissant pour lutter contre la mort et contre le sentiment de finitude. Transformer son corps, c'est s'inscrire dans une pulsion de vie. »
> (Dr Ayed, entretien avec un magazine de philosophie, 2019)

Le Dr Ayed insiste également sur l'importance du contexte dans lequel se joue une relation médecin-patient, car il déterminerait un rôle important dans la thérapeutique :

> « Si vous mettez un médecin ou un soignant vertueux dans une structure complètement dysfonctionnante, vous avez une bonne chance de broyer le médecin et le patient, et en même temps, de broyer la relation médecin-patient. Par contre, une structuration qui prendrait vraiment en considération la relation interhumaine, la temporalité du soin, c'est-à-dire parfois une certaine lenteur, avec une place pour la parole et pour l'écoute, une place pour le toucher et pour la rencontre me paraîtrait être une structure beaucoup plus saine, qui ne peut être que le terreau d'une relation médecin-patient préservée et équilibrée."
> (Dr Ayed, entretien avec un magazine de philosophie, 2019)

Elle s'exprime aussi sur le risque de celui qu'elle nomme « charlatanisme », saisissant l'opportunité pour expliquer sa démarche éthique :

> « On sait très bien que, même 2000 ans en arrière, les gens transformaient déjà leurs corps. Le seul aspect qui attire mon attention, c'est l'augmentation des risques de charlatanisme et de marchands de merveilles : c'est-à-dire, il y a d'un côté la vraie médecine et la vraie chirurgie esthétique, et de l'autre côté, l'utopie et le marketing commercial. Si vous entendez des phrases du genre : « vous allez rajeunir », la réponse est non ! On ne rajeunit pas : on s'entretient, on ralentit le vieillissement, on réinvestit son corps pour se sentir bien dans sa peau, on corrige un défaut… mais on ne rajeunit pas, rajeunir c'est du marketing. Au XVIIIe siècle, il y avait déjà des marchands de rêves, des charlatans faisaient la tournée des villages avec des potions magiques qui rendaient plus jeunes et

plus beaux… On en est toujours là, avec plus de moyens pour communiquer, plus d'outils, mais les fantasmes sont toujours les mêmes. En tant que médecin, mon rôle est de garder un esprit critique, de savoir évaluer scientifiquement les méthodes employées, et de pouvoir proposer à mes patients des traitements éprouvés et approuvés par nos sociétés savantes. Le rôle du chirurgien plasticien est d'accompagner ses patients dans leur projet esthétique, dans le cadre d'un vrai projet thérapeutique, et dans le respect du corps, de son anatomie, de sa temporalité et de sa physiologie. Ma vision du chirurgien plasticien est qu'il est le gardien du corps, comme un gardien d'un temple sacré. »
(Dr Ayed, entretien avec un magazine de philosophie, 2019) »

De son côté, le Dr Barranca, mexicain, a développé une passion pour l'écriture du besoin de défendre la corporation AMCPER des « intrus ». Il comprend rapidement que ces thèmes intéressent beaucoup la presse locale avec laquelle il collabore régulièrement.

«Il y a des années, j'ai envoyé une lettre à la revue « Cirujanos Plasticos ». Dans cette lettre, il y avait écrit que nous, les chirurgiens plasticiens, devions faire quelque chose pour défendre nos qualifications de médecins ! Parce que cela arrive ! Qu'ici, dans ce pays, il y a des médecins qui ne sont pas des chirurgiens plasticiens, mais qui font de la chirurgie plastique ! Ils ont tellement aimé ma lettre, qu'ils m'ont invité à participer au comité éditorial de la revue. J'ai collaboré avec eux durant quinze ans. Mon travail était de corriger les travaux que les autres médecins envoyaient. Ensuite, j'ai collaboré en tant que journaliste avec « El Sol de Mexico », suite à une interview que j'ai donnée à une amie qui y travaillait. Ensuite, elle m'a présenté à son chef et lui m'a invité à écrire. J'ai apporté aussi ma collaboration à d'autres articles parus dans « El Universal », « Reforma ».

-Je suppose alors que ce sont des thèmes qui intéressent beaucoup de personnes.
Oui, c'est comme ça. Je me rends compte que les gens ont besoin de beaucoup d'informations. Ils ne savent pas si ce qu'ils voient ou lisent dans les journaux ou sur internet c'est ce qui se passe vraiment, non ? Parfois, si j'en parle au restaurant, les gens autour se rapprochent de moi, ils voudraient se mêler aux discussions, parce que ce ne sont pas des thèmes que tous connaissent ou maîtrisent. »

(Entretien avec le Dr Barranca, Mexico, Mexique, 2016).

L'engagement de ce praticien dans une collaboration régulière avec des journaux locaux, lui confère aussi un rôle pédagogique, celui de « faire connaître au public nos symboles les plus essentiels et nos rituels les plus estimables, en ne communiquant que des connaissances médicales certifiées par la communauté scientifique internationale » (*idem*).

« Les chirurgiens plasticiens sont des médecins et constituent un sous-groupe de la profession médicale. Le diagnostic de la maladie ou du défaut physique et la planification de son traitement chirurgical sont ses principaux symboles et rituels. Nous, les chirurgiens plasticiens, partageons beaucoup de symboles et rituels avec la médecine et la chirurgie, comme les hôpitaux, les blouses blanches, les ordonnances et la chirurgie, les blocs opératoires, la pratique des habilités manuelles et répétitives. La combinaison inséparable de notre fonction et de la beauté, c'est le symbole distinctif de notre spécialité. (…) Seuls les chirurgiens plasticiens ont à la fois un diplôme de médecin et l'expérience, les connaissances médicales nécessaires pour exercer la chirurgie esthétique, la chirurgie reconstructive, la microchirurgie, la chirurgie des brûlés et la chirurgie de la main. Cherchez toujours un chirurgien plasticien certifié, c'est la seule garantie du meilleur résultat ».
(Article d'un journal local où le Dr Barranca était interviewé, 2014)

Cet extrait est un témoignage historique, car il fait référence à la crise du scandale pour injection de produits modelants qui traversait le Mexique à l'époque de forme aiguë. Dans ce contexte, l'intervention des chirurgiens plasticiens certifiés dans les journaux grand public permettait de jouer un rôle pédagogique. De fait le Dr Barranca diffuse par ce biais le conseil de s'adresser uniquement à des praticiens certifiés. Différents repères sont indiqués, outre la certification officielle de chirurgien plasticien reconstructeur :[103] le contexte hospitalier, la blouse blanche, le bloc opératoire, la chirurgie, le respect des temporalités rituelles comme un temps de diagnostic et un autre de traitement. Ces repères visuels et symboliques aident les patients à reconnaître un praticien certifié d'un *patito*.

Le Dr Barranca nomme aussi les produits suspects et réorientant les candidats vers des praticiens qu'utilisent des matériaux sûrs :

> « Chaque personne doit faire attention pour ce qui la concerne, car il n'y a pas encore de contrôles sanitaires de ces cliniques clandestines ou de ces maisons particulières, où de pseudo-médecins ou pseudo-esthéticiens injectent des huiles de voiture, ou des huiles comestibles de cuisine, y compris du jus de *guayacol* ou des solutions de biopolymères. Aucune de ces substances n'est autorisée par les autorités de santé et leur injection dans le corps humain contribue au développement de la « maladie par adjuvant humain » qui présente des symptômes similaires à ceux de l'arthrite rhumatoïde et des altérations immunologiques. Il est impossible de retirer ces substances du corps sans enlever des importantes parties de tissu sous-cutané. Il faut y réfléchir à deux fois, ne mettez pas en risque votre santé ! Dans la poitrine et dans le fessier, on ne peut injecter que votre propre graisse ou de l'acide hyaluronique pour le corps, dont le nom commercial est Macrolane. »
> (Article de journal local où le Dr Barranca était interviewé, 2014)

Cette intervention vise à responsabiliser les lecteurs, à les rendre vigilants et à les inciter à exiger des certifications et des garanties pour se protéger en tant que consommateurs.

RÉSUMÉ

Dans ce chapitre nous avons vu initialement une analyse des représentations artistiques (cinématographiques et littéraires) qui ont comme protagonistes les chirurgiens plasticiens esthétiques. Dans un deuxième temps nous avons saisi la réponse médiatique apportée par les chirurgiens plasticiens, par le biais de nombreux extraits d'entretien, d'interview, de conférences et d'articles de presse et d'autobiographies. L'idée de traiter les sources artistiques est inspirée par l'approche de l'anthropologue François Laplantine, qui a

103 Les candidats peuvent vérifier le nom de leur praticien auprès des sociétés savantes ou des autorités de santé (le simple certificat imprimé n'est pas vraiment une garantie au Mexique il est très facile de pouvoir faire imprimer un faux diplôme).

élaboré une anthropologie médicale s'appuyant en partie sur l'analyse de la littérature médicale. Ce dernier a confronté les ouvrages humanistes à ceux écrits par les médecins, cherchant à saisir le lien existant entre « l'imputation étiologique et la prescription thérapeutique » (Laplantine, 1992, 27).

L'analyse des représentations artistiques nous permet de mettre en évidence un glissement sémantique de la figure médicale du chirurgien esthétique, de « magicien, capable de redonner un visage humain aux disgraciés », à un médecin sans scrupules (Glicenstein, 2007a, 12). Cette évolution apparaît notamment après la Première Guerre mondiale, lorsque surviennent les premiers scandales sanitaires, ainsi que les rumeurs sur les chirurgiens qui seraient intervenus pour favoriser le camouflage de criminels. Le chirurgien esthétique incarne progressivement, dans les imaginaires artistiques, le rôle archétypique du savant fou, prométhéen, qui détournerait le savoir scientifique à des fins personnelles, pour satisfaire son ego. Ce praticien est dépeint en criminel, tortionnaire, assassin, assurément en antihéros sombre, qui détourne complètement l'objectif premier de la science, à savoir aider l'Homme, le soigner. Il est alors plutôt animé par des sentiments personnels, passionnels, comme la vengeance ou le sadisme. À partir des années 80, un autre imaginaire caractérise le chirurgien esthétique, qui est alors présenté en personnage mondain. Une dimension frivole et commerciale de la chirurgie esthétique se développe et se cristallise à partir de cette époque-là.

Toutes ces représentations sont caricaturales. Les chirurgiens plasticiens esthétiques ne se reconnaissent pas dans ces stéréotypes. Néanmoins, ces représentations artistiques, qui exploitent surtout les genres de l'horreur, du *thriller* et du comique, s'ancrent profondément dans les imaginaires urbains (occidentaux et non occidentaux, car ils s'exportent aussi en Asie), et cela jusqu'à maintenant.

Face à ces images qu'ils aperçoivent comme caricaturales, les chirurgiens esthétiques réagissent publiquement. Ils interviennent dans des débats télévisés, dans des émissions radiophoniques, ils rédigent des ouvrages destinés au grand public ou des autobiographies. L'autobiographie se configure pour être un genre particulièrement riche de détails et d'anecdotes ethnographiques cliniques, mais aussi comme un espace privilégié d'expression des idées et des représentations personnelles. Ces « confessions » contribuent à humaniser la figure du chirurgien esthétique au grand public. Au passage, ils constituent des modèles auxquels s'identifier pour les jeunes chirurgiens, et ils transmettent des conseils pratiques pour la gestion de certaines situations cliniques.

Dans les autobiographies, les chirurgiens esthétiques se mettent en scène avec sincérité, évoquant leur vie personnelle et professionnelle, leurs réussites, leurs échecs, les difficultés, les conflits avec les collègues, parfois dans un registre héroïque lorsqu'ils décrivent les voyages de formation à l'étranger.

Ces espaces privilégiés de parole sont l'occasion, pour les chirurgiens esthétiques, de défendre la valeur de leur spécialité. Ils utilisent différents arguments pour défendre leur spécialité, comme l'histoire de leur pratique, la filiation commune avec la chirurgie reconstructive, la prise de distance avec les charlatans et les cas cliniques qui témoignent de la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique. Pour justifier la légitimité thérapeutique de la chirurgie esthétique, ces praticiens mettent en avant trois arguments principaux : le *rôle social* de cette pratique, notamment la possibilité d'une insertion professionnelle favorisée par la chirurgie ; son *rôle psychologique*, entendu comme la possibilité de résoudre les « complexes physiques » et de favoriser la récupération d'une estime de soi ; son *rôle d'harmonisation entre le corps et l'âme*, entendu comme un réajustement identitaire.

Certains praticiens mettent en avant les mécanismes d'efficacité symbolique qui se jouent dans cette pratique. Ils évoquent alors l'effet placebo, la notion de troubles psychosomatiques et ils reconnaissent que l'inscription dans une structure rituelle augmente l'efficacité des traitements. Néanmoins, nous pouvons constater un certain embarras ou difficulté pour ces praticiens d'expliquer les principes d'efficacité qui se jouent en chirurgie esthétique.

Je considère que les sciences humaines et sociales peuvent apporter leur éclairage sur l'impasse théorique à laquelle se heurtent ces praticiens. L'anthropologie médicale, à l'égal des sciences psychologiques, possède des outils pour analyser, comprendre, expliquer les mécanismes de l'efficacité thérapeutique en chirurgie esthétique.

Dans cette perspective, dans les prochains chapitres de la thèse nous observerons de plus près l'activité clinique de ces praticiens, les espaces, les étapes rituelles du soin, les discours et les représentations. Cela nous aidera à saisir les enjeux complexes qui régissent les mécanismes d'efficacité thérapeutique en chirurgie esthétique.

Deuxième partie
LES MAÎTRES DU PARAÎTRE

Dans la première partie de ce travail de thèse, nous avons saisi certains imaginaires, enjeux et débats qui touchent à la pratique de la chirurgie plastique esthétique et ses praticiens. Maintenant, voyons comment se situent les praticiens au sein de la chirurgie.

Le chapitre 2.1 présentera quelques grandes lignes de l'approche socioanthropologique du monde chirurgical, en guise d'état de l'art. Ce panoramique nous permettra de définir avec plus de clarté les éléments utiles pour l'étude des chirurgiens esthétiques. Les thèmes présentés sont : les représentations autour de l'acte chirurgical comme une guerre à la maladie qu'il faut extirper du corps du patient, les symboliques agressives et « violentes » sollicitées par la chirurgie afin de guérir, le versement du sang en chirurgie et certaines métaphores comme celle de « l'envol » pour définir l'état de conscience modifié du chirurgien lors de l'intervention. Ces thèmes seront repris et articulés avec certaines observations personnelles issues du terrain.

Le chapitre 2.2 porte spécifiquement sur les chirurgiens esthétiques, analysant certains éléments qui nous permettent de mieux comprendre ces spécialistes. Ces derniers sont, de fait, socialisés tout comme les autres chirurgiens à un éthos particulier, viril et détaché. D'ailleurs, ils doivent surmonter des épreuves « initiatiques », des bizutages, des remarques désobligeantes, de l'humour grivois, du sexisme. Ces épreuves caractérisent l'apprentissage « brutal » de la chirurgie, comme le note Emmanuelle Zolesio (2009a, 2012a, 2013, 2015). Pourtant déjà lors de leur formation un caractère particulier se dessine, un amour pour le dessin, pour l'art, pour le geste minutieux et complexe, est lu comme présage d'une vocation de plasticien.

Le chapitre 2.3 suit les enjeux de l'installation « en ville », passage presque systématique pour tout chirurgien esthétique, sauf les rares praticiens qui gardent uniquement une activité hospitalière (la minorité parmi mes interlocuteurs). L'installation en « ville » marque, pour ces « maîtres du paraître », le début de leur carrière d'entrepreneurs, mais aussi le démarrage de l'apprentissage d'une relation particulière avec les patients. Au Mexique nous observons l'existence de structures particulières, que je définis « bâtiments-cliniques »,

souvent sous l'égide d'un seul chirurgien : ils incluent des cabinets de consultation, des blocs opératoires, un service hôtelier et des centres de bien-être et beauté. D'ailleurs, en chirurgie esthétique, les cabinets sont des espaces étonnamment personnalisés, en fonction du style de chaque praticien. L'ambiance du cabinet du chirurgien esthétique est souvent très investie d'esthétisme et de décorations personnalisés, et elle est conçue en opposition à l'ambiance hospitalière. Cela permet de créer un cadre suggestif où se déroule le soin. Le regard ethnographique saisit aussi l'existence d'objets apotropaïques dont nous avons saisi une possible fonction dans l'interaction avec les patients.

Le chapitre 2.4 portera sur « l'environnement humain » choisi par le chirurgien esthétique, c'est-à-dire ses collaborateurs : la secrétaire, l'anesthésiste, les infirmières, mais aussi certaines figures comme le psychologue, les esthéticiennes, les guérisseurs avec lesquels il collabore régulièrement ou ponctuellement. Le fait de pouvoir choisir ses collaborateurs permet au praticien de former des équipes basées sur une bonne entente et qui dure sur le long terme. Pareillement, ces collaborateurs jouent un rôle non négligeable dans la satisfaction du patient vis-à-vis de l'expérience de soin.

Bien évidemment, le panorama déployé dans cette partie n'a pas la prétention de formaliser un scénario lisse et homogène de la pratique de la chirurgie esthétique. Au contraire, il sera question de signaler les particularités d'un chirurgien plutôt qu'un autre, ou d'un contexte urbain plutôt qu'un autre (comme dans le cas de la ville de Tijuana, où le tourisme médical influence le développement de bâtiments-clinique).

2.1 SOCIOANTHROPOLOGIE DE LA CHIRURGIE

La littérature sociologique et anthropologique met en exergue des traits propres à une « culture chirurgicale » telle qu'elle s'est instituée dans le milieu hospitalier. Cette culture chirurgicale, de matrice « occidentale », aurait consolidé ses protocoles, formalisé ses formations, défini des sous-spécialisations tout au long du XXe siècle. Elle est adoptée aujourd'hui dans le monde entier, tout en s'adaptant, parfois même de manière syncrétique, aux modèles thérapeutiques autochtones.

En ce sens, il serait simpliste d'affirmer qu'il existe une seule culture chirurgicale. La différentiation des mondes chirurgicaux ne se borne pas uniquement aux différentes sous-spécialisations chirurgicales : cardiaque, viscérale, orthopédique, gynécologique, neurologique, plastique, etc. De fait, la chirurgie est pratiquée dans des environnements très différents : au bloc opératoire, en ambulatoire, en mission humanitaire, parfois même « en brousse », en milieu hospitalier ou en encore en mode libéral (« en ville »).[104] L'anthropologie s'intéresse aussi à la chirurgie dite « psychique », pratiquée par des médiums en état de transe, liée au culte spiritiste Marien et répandue dans plusieurs pays du monde, des Philippines à l'Amérique latine.[105] Existent-ils des traits communs à tous ces types de chirurgies ?

Rappelons tout d'abord que l'étymologie du mot « chirurgie » renvoie à « activité manuelle, travail, industrie »[106]. Il est défini comme une : « discipline médicale, spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes, qui consiste à pratiquer, manuellement et à l'aide d'instruments, des actes opératoires sur un corps vivant ».[107]

Le sociologue Jean Peneff définit la chirurgie comme une « combinaison d'aptitudes diverses : aptitude au travail manuel et à l'application d'innovations et de savoirs évolutifs »

---

104 Exercer la chirurgie en libéral suppose un cabinet de consultation en ville, et le recours à des cliniques qui louent des blocs opératoires et des chambres de récupération, tandis qu'en milieu hospitalier toute l'activité est réalisée dans l'enceinte de l'hôpital.

105 Je me réfère, notamment, à la « chirurgie psychique », pratiquée dans des cérémonies de guérison spiritiques, principalement en Amérique Latine et aux Philippines. Voir les ouvrages Pachita de J. Grinberg-Zylberbaum (1994) ; Jean de Dieu. Le guérisseur brésilien qui a bouleversé la vie de milliers de gens de H. Cumming et K. Leffler (2010) et The Gift. Psychic surgery in the Philippines de Gail Thackray (2015).

106 Selon la définition du CNRTL < https://www.cnrtl.fr/etymologie/chirurgie> « Étymol. et Hist. Ca 1175 cirurgie (Chr. de Troyes, Chevalier lion, éd. W. Foerster, 4698); 1381 chirugie (Invent. de la Bibl. de J. de Neufchâtel, Bull. Soc. hist. Paris, nov.-déc. 1889, p. 169 ds Gdf. Compl.); fin xvies. chirurgie (A. Paré ds Littré). Empr. au lat. class.de même sens chirurgia, cyrurgia « id. », lui-même empr. au gr. χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι ́ α « activité manuelle, travail, industrie » d'où, dep. Hippocrate « opération, pratique chirurgicale ». » consulté le 9/11/2020.

107 Définition du terme « chirurgie » selon le dictionnaire Larousse <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/chirurgie/15454> consulté le 11/8/2015.

(Peneff, 1997, 269). Si nous voulions tenter une définition anthropologique de la chirurgie, nous pourrions l'envisager comme une activité manuelle invasive sur un être vivant, visant à rééquilibrer un ordre -anatomique ou non- corrompu par un agent pathologique.[108]

La chirurgie procède en enlevant, extirpant les composantes pathologiques considérées comme responsables du mal-être du patient. Elle greffe ou met en place des composantes d'origine organique ou non organique (organes, prothèses, appareillages) dans le corps du patient et génère ainsi un nouvel équilibre, répare une faille et apporte un bien-être et un épanouissement à l'individu. Parfois, elle se limite à dévier certains passages, afin de répondre à un but contraceptif (p.ex. ligature des trompes, vasectomie, etc.), d'autres fois elle agit en enlevant du corps humain ce qui pourrait compromettre la santé, la survie physique ou l'épanouissement psychosocial de la personne (p. ex. chirurgie d'interruption volontaire de grossesse). La chirurgie corrige certaines défaillances de performance (p. ex. chirurgie au laser pour les myopes). De son côté, la chirurgie plastique esthétique se concentre sur la modification des morphologies du corps.

La chirurgie est un objet d'étude relativement récent et original pour l'anthropologue. De fait, c'est seulement depuis les années 70 que « la médecine savante occidentale s'inscrit d'emblée dans les préoccupations de l'ethnomédecine » (Genest, 1990, 9). Une anthropologie des cultures chirurgicales est donc légitime si nous la considérons comme « un produit inscrit historiquement, socialement et culturellement dans une société, au même titre que tout autre système thérapeutique dans n'importe quelle société » (*idem*).

REPRÉSENTATIONS ET RITUELS

Les cultures chirurgicales révèlent la présence de systèmes de représentations et de schémas rituels qui intéressent de près l'anthropologue. La chirurgie esthétique s'inscrit dans la famille des chirurgies de type hospitalier, car tous les chirurgiens esthétiques se forment d'abord à la chirurgie générale et sont imprégnés des représentations inhérentes à la biomédecine hospitalière.[109] Quelles représentations régulent la culture médico-chirurgicale ? L'ethnologue Marika Moïsseeff affirme que la biomédecine, à l'instar des thérapeutiques traditionnelles, serait imprégnée de la notion de sacré :

---

108 Cette définition reste assez générique pour inclure les modifications de l'apparence, qui visent à apporter un mieux-être par l'effacement des défauts esthétiques envisagés comme des agents pathologiques.

109 Suivant François Laplantine (1992), nous parlerons de biomédecine ou de médecine allopathique, pour définir la médecine qui est enseignée et apprise dans les écoles de médecine rattachées aux hôpitaux universitaires.

> « Dans la cosmologie occidentale contemporaine, les forces biologiques tendent donc à se substituer à la notion de divinité : elles constituent une forme de transcendance interne au sujet, porteuse d'une intentionnalité propre, en partie indéchiffrable, et qui est symboliquement représentée par l'hélice d'ADN » (Moïsseeff, 2013, 213).

Moïsseeff considère la biomédecine comme un ensemble mythologique, où des « fidèles » suivent un « système solidaire de croyances et de pratiques relatives à des choses reconnues comme d'une importance suprême et que l'ethnologue se sent justifié à qualifier de sacrées » (ibidem, 210). La mise à l'écart de la vue et du toucher du public de l'examen médical ou des interventions chirurgicales constitue une « frontière entre ce qui peut être exhibé ou pratiqué et ce qui doit ordinairement être tenu secret » (ibidem, 214-215). Selon Moïsseeff, « les salles d'urgence, les blocs opératoires, les morgues et les salles d'autopsie renverraient beaucoup plus qu'on ne le croit, et en dépit de toute la sophistication technologique de l'outillage utilisé, à des lieux où le sacré est à l'œuvre » (idem). Selon l'anthropologue Joan Cassel, l'acte opératoire est un « drame rituel » [*ritual drama*] «qui a lieu dans un espace isolé et « sacré », interdit aux non-initiés » (Cassel, 1991, 48). Dans ce contexte sacré et chargé de rituels, le chirurgien aurait le rôle d'un prêtre qui « pénètre les cavités secrètes du corps du patient, les ouvre à la vue, et altère des parties du corps de manière irrévocable » (*ibidem*, 49).

Le caractère transgressif de la chirurgie implique la mise en place de rituels qui circonscrivent, maîtrisent, régulent culturellement l'acte de « profanation » de l'intégrité du corps. Cette violation des limites du corps impose une codification rituelle des gestes, qui se structure le plus souvent autour des normes d'hygiène. Ces dernières imposent aux participants de l'intervention - le chirurgien, son équipe et le patient - un protocole strict, et profondément ritualisé. Ces mesures se sont institutionnalisées progressivement dès la fin du XIXe siècle. La découverte des microbes a révolutionné les représentations médico-chirurgicales du « sale » et du « propre », et influencé profondément la manière de travailler au bloc opératoire. L'ouverture de la plaie chirurgicale met le corps dans une situation de vulnérabilité accrue. Le chirurgien doit veiller au respect de toutes les précautions rituelles visant à réduire les risques d'infections nosocomiales, même si, en dépit des précautions prises, tout risque d'infection n'est jamais véritablement éradiqué.[110] Le chirurgien doit

110 Une statistique de 2006, citée par le Ministère des Solidarités et de la Santé français, montre qu'n moyenne 4,97 % de patients contractent une infection nosocomiale lors d'un séjour dans une institution de santé https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/infections-osteo-articulaires/infections-nosocomiales-questions-reponses/ Selon l'OMS « entre 5 et 10 % des patients admis dans les hôpitaux modernes des pays développés contractent une ou plusieurs infections » tandis que «dans

surveiller également de près l'évolution des pansements durant la phase postopératoire. Lors des visites de contrôles, les pansements sont ouverts, la blessure est soignée avant d'être recouverte par un pansement propre. Ce protocole est très important, particulièrement en chirurgie plastique, car l'évolution cicatricielle détermine la qualité du résultat final, comme nous l'examinerons dans le chapitre 3.4.

Les anthropologues qui ont observé les dynamiques rituelles au bloc opératoire sollicitent souvent les travaux de l'anthropologue Mary Douglas**,** qui compare les systèmes de représentation traditionnels et modernes pour dégager une anthropologie générale du « propre » et du « sale » :

> « Je vais montrer que nos idées sur la saleté sont, elles aussi, l'expression de systèmes symboliques et que les comportements vis-à-vis de la pollution ne varient d'un bout à l'autre de la planète, que dans les détails (…) Par ailleurs, nos idées sur la saleté sont dominées par notre connaissance des organismes pathogènes. Au XIXe siècle, on découvrit que les bactéries transmettent certaines maladies. Cette grande découverte fut à l'origine de la révolution la plus radicale de l'histoire de la médecine. Elle transforma notre existence à tel point qu'il nous est difficile, aujourd'hui, de penser à la saleté sans évoquer aussitôt son caractère pathogène » (Douglas, 2001, 55).

De fait, au bloc opératoire il faut éviter toute « contamination » ou « salissure » de la plaie chirurgicale et par conséquent aussi de tous les objets et les surfaces que s'y rapprochent. Cela implique une organisation et une dynamique extrêmement ritualisée déjà décrite dans le détail par l'ethnologue Pearl Katz (1981). Cet auteur examine avec minutie les rituels de désinfection et la disposition des objets et des personnes au bloc opératoire.[111] Dans son travail, elle confronte plus généralement les représentations « traditionnelles et magiques, propres à la pensée scientifique et à la pratique de la chirurgie moderne » (Katz, 1988, 1175). Son étude a le mérite de montrer que l'espace opératoire accueille des situations hautement codifiées et que toute intervention se déroule toujours en trois étapes : la préparation, l'intervention et la clôture (1981).[112]

Roberto Lionetti (1988) approfondit cette observation et propose de « vérifier la possibilité d'une lecture anthropologique du rituel chirurgical en s'appuyant sur les travaux de Van Gennep, interprétant le travail en salle d'opération comme un rite - ou un système de rites

---

certains pays en développement, la proportion de patients souffrant d'une infection résultant de soins de santé peut dépasser 25%. Voir : https://www.who.int/gpsc/background/fr/ consulté le 11/2/2021.

111 Elle a travaillé dans un hôpital universitaire aux U.S.A. dans les années 80

112 La réflexion de Katz est novatrice, car elle utilise l'analyse ethnologique pour comprendre une pratique « occidentale » et « scientifique ». Elle s'appuie sur les travaux de R. Horton qui avaient essayé de démontrer qu'une pensée scientifique existait dans les rituels traditionnels (1970). Par contre, elle a une démarche interventionniste, car elle se propose de déceler les dysfonctionnements liés aux infections nosocomiales, qui persistent malgré les protocoles d'hygiène. Elle a l'objectif de suggérer des modifications pour améliorer les activités des services.

- de passage ».[113] Toute intervention serait, selon Lionetti, assimilable à un rite de passage de l'état d'affection (ou de maladie) à celui de guérison ou d'amélioration (*idem*). L'expérience chirurgicale serait, en elle-même, propice à un changement vécu comme thérapeutique, « grâce à l'incidence de l'effet placebo et à la pertinence de l'efficacité symbolique dans ce domaine de la médecine » (*idem*). Cette idée me semble éclairer un nœud fondamental concernant l'efficacité thérapeutique en chirurgie esthétique, et nous y reviendrons en détail dans la quatrième partie de ce manuscrit.

CONTEXTES DE LA CHIRURGIE

Une étude multisituée de la chirurgie est aujourd'hui possible, car la pratique chirurgicale hospitalière est répandue dans le monde entier. L'appropriation du modèle chirurgical par des cultures différentes est un élément intéressant. En effet, au-delà de son efficacité clinique, la chirurgie est aussi un modèle de soin efficace sur le plan symbolique, notamment pour sa structure rituelle en étapes successives. Est-ce que nous devrions considérer la diffusion de la chirurgie à une échelle mondiale comme une « occidentalisation » des pratiques thérapeutiques, qui s'accompagnent d'un processus «d'homogénéisation culturelle », comme le définit l'anthropologue Arjun Appadurai (1990) ? Cette hypothèse mérite d'être nuancée. De fait existent des formes de chirurgie préexistantes à l'expansion de l'influence occidentale dans le monde, comme nous l'avons vu brièvement dans le chapitre 1.2. Par ailleurs, si la chirurgie convoque des imaginaires similaires partout dans le monde, elle s'adapte aussi aux contextes locaux et se particularise, comme le montrent Josiane Tantchou et Marc-Éric Grunénais (2009). Ces derniers montrent que les blocs opératoires en Afrique ne suivent pas tous les mêmes logiques strictes de l'asepsie en Europe. Leurs observations dans un bloc opératoire au Cameroun montrent que « l'équipement rudimentaire et sale donnait à penser qu'il s'agissait d'un local pour recevoir les équipements en panne ou usagés, plutôt que l'environnement propre et stérile auquel notre imagination avait été familiarisée » (*idem*). Cette expérience leur donne l'occasion d'apporter un éclairage sur le caractère culturel, donc relatif, des notions de sale et de propre qui influencent les pratiques et les gestes en chirurgie.

113 J'ai pu accéder uniquement à la version italienne de cet article, que j'ai traduite littéralement de l'italien. Elle n'était pas numérotée. Cf . la version française Lionetti R., 1988, « Van Gennep au bloc opératoire », Cahiers de sociologie économique et culturelle, 10 : 110-127.

> « Puis, comment pouvait-on respecter les règles d'asepsie quand l'environnement ne s'y prêtait pas ? Et comment expliquer qu'en dépit de cet état de choses, les cas d'infections postopératoires ne soient pas courants ? Ainsi, sommes-nous naïvement arrivés à nous demander si les frontières du propre et du sale, du stérile et du non-stérile et toutes les procédures visant à confiner et stériliser le bloc opératoire ne relevaient pas finalement d'une majoration de risques, d'une exigence de «sécurité maximale» (Vayre, 2000), en rapport avec la responsabilité juridique du chirurgien d'une part et d'autre part, l'obsession du risque et la nécessité de dispositifs assurant à tous les niveaux un rapprochement du risque zéro, dont on a fait une des caractéristiques des sociétés occidentales contemporaines (Beck, 2003). » (Tantchou et Grunénais, 2009, 465).

Une différence dans le contexte d'exécution de la chirurgie existe aussi entre une chirurgie de bloc opératoire et une chirurgie ambulatoire, qui se pratique assez fréquemment en chirurgie esthétique. Dans ce cadre sont réalisées toutes les opérations « mineures », comme l'ablation de grains de beauté, de petites tumeurs en dermatologie, les opérations génitales,[114] les « retouches » de grandes opérations,[115] sans oublier les injections de toxine botulinique ou de produits de comblement. En ambulatoire, les protocoles d'hygiène existent (port de gants stériles, usage de gazes stériles, désinfectantes, seringues à usage unique), mais ils sont beaucoup plus souples qu'au bloc opératoire et l'anesthésie est faite localement, par le chirurgien lui-même.

Néanmoins, les différences les plus frappantes que j'ai constatées en termes de contexte de travail sont celles entre le milieu hospitalier et la pratique privée. Les observations ethnologiques faites à l'hôpital mettent en exergue un cadre structurel sous forme de macrostructure organisée en différents services aux rapports intergroupaux conflictuels à cause des conditions de travail déplorables que vit l'ensemble du personnel hospitalier :

> « Les conditions de travail obligent à intensifier les échanges, à coordonner les gestes et les missions. Le risque est dans l'excès de contacts et de face à face : l'enfermement et la promiscuité, la fatigue et la longueur des interventions engendrent des conflits et des tensions qui peuvent provoquer des crises internes, mais aussi, à d'autres moments, des réussites exceptionnelles, un fort sentiment de cohésion et de compagnonnage » (Peneff, 1997, 269).

Les rythmes de travail, les obligations de gardes, la gestion managériale des hôpitaux et le manque de moyens économiques des structures publiques ont un effet sur la qualité de vie de l'ensemble des soignants et des patients dans le cadre hospitalier. Tous ces facteurs ont des répercussions sur la relation aux matériels, aux espaces, aux collègues et à la pratique en général. C'est pourquoi les analyses des chercheurs qui travaillent principalement à l'hôpital

---

114 Les opérations génitales, de type vulvoplastie ou circoncision, peuvent être exécutées par les gynécologues ou les chirurgiens plasticiens. Certains de mes interlocuteurs les pratiquent, même si peu de plasticiens le font.

115 J'ai assisté, au Mexique, à la retouche de la pointe du nez d'une patiente. Elle a été anesthésiée localement et a pu repartir tout de suite après l'intervention.

rendent toutes compte de ces tensions latentes qui constituent un arrière-fond (parfois très brouillant) des dynamiques de soin.

Or, la dimension libérale nous offre un regard différent sur la pratique médicochirurgicale. Pour ce qui concerne les chirurgiens esthétiques, elle leur permet de s'épanouir plus à la fois en matière de conditions matérielles, de gestion de leur emploi du temps, de choix des collaborateurs, mais aussi du temps à consacrer aux patients. C'est pourquoi une anthropologie de la chirurgie pratiquée de dimension libérale nous permet de développer un regard différent sur cette pratique et sur ces praticiens.

TECHNIQUE ET TECHNOLOGIES.

De nombreux chercheurs en sociologie et anthropologie se sont concentrés sur les innovations technologiques de la chirurgie, qui est conçue comme une pratique médicale hautement spécialisée. L'anthropologue Serge Genest (1990) s'est intéressé à l'influence des innovations technologiques sur « les rapports de travail entre infirmières, anesthésistes et chirurgiens ». Genest affirme : « selon le type de rapport entretenu avec les techniques chirurgicales en salle d'opération, il y aura accroissement ou diminution de la ritualisation » ce qui définit « les rapports sociaux entre les personnages principaux » (Genest, 1990). De son côté, le sociologue James R. Zetka Jr mène une étude sur l'usage de l'endoscopie et de la laparoscopie[116] qu'il définit comme des « révolutions chirurgicales » dans les domaines de la chirurgie générale et gastroentérologique (2003). Zetka observe comment ces technologies visuelles ont bouleversé les routines de travail des chirurgiens et « menacé leurs compétences chirurgicales » (*idem*). Plus particulièrement, le processus d'adaptation sensorielle du chirurgien à ce nouvel outil peut provoquer une sorte de frustration, car il bouleverse ses habitudes. Avec l'introduction de l'endoscopie, le lieu de la performance chirurgicale change « d'un environnement direct, tactile à un environnement abstrait, projeté sur un écran qui demande des compétences interprétatives ainsi qu'une coordination main-œil différente » (*ibidem*, 3). Par conséquent, cette technologie influence le travail en équipe et sa coordination, qui se fait plus étroite et soudée par rapport à la chirurgie traditionnelle où le chirurgien

116 La laparoscopie ou coélioscopie est considérée comme une des innovations chirurgicales majeures du XXe siècle. Elle a été mise au point dans les années 70 par des gynécologues, après le développement de la fibre optique. Elle consiste à « pratiquer de petites incisions sur la paroi abdominale afin d'y introduire un endoscope, petit tube souple muni d'une source lumineuse et d'une mini-caméra à effet grossissant, ainsi que des instruments chirurgicaux en cas de laparoscopie opératoire ». Elle est pratiquée dans un but diagnostique et opératoire et s'exécute sous anesthésie générale. Source : <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/examens-medicaux-operations/Fiche.aspx?doc=laparoscopie>.

contrôle la « structure chirurgicale » avec ses deux mains. Pendant une laparoscopie il y a quatre, voire plus de mains qui travaillent en même temps, ce qui défierait l'« éthos individualiste » du chirurgien (*idem*).

La linguiste Lorenza Mondada observe la pratique de la téléchirurgie et les opérations réalisées en visioconférence (2003, 2004). Elle s'intéresse plus particulièrement aux mutations des pratiques professionnelles comme la reconfiguration des espaces, les interactions et les modes d'organisation durant les opérations. Le dispositif de retransmission des images filmées par laparoscopie,[117] qui implique la retransmission sur un grand écran face à un amphithéâtre de spectateurs (chirurgiens), serait assimilable à « une version contemporaine du théâtre d'anatomie de la Renaissance, visant comme lui à garantir l'accessibilité visuelle des participants à la dissection en cours » (*ibidem*).[118] Ce type de technologie influence aussi la manière d'enseigner et de transmettre le savoir chirurgical, y compris en ligne lorsque les interventions sont enregistrées.[119] Mondada observe aussi que la figure de l'expert[120] qui suggère au chirurgien comment manipuler ce type de technologies, intervient sur le mécanisme de prise de décision du chirurgien et réduit ainsi son « pouvoir » et son autonomie.

En France, l'ethnologue Marie Christine Pouchelle a étudié l'usage des robots en chirurgie et notamment leur influence sur la manière de travailler du chirurgien, sa posture, ses gestes, sa relation à l'équipe et au corps du patient. Utiliser des « robots » chirurgicaux en chirurgie cardiaque implique qu'au lieu de scier le sternum du patient, on pratique de petites incisions pour laisser pénétrer les instruments rattachés aux bras du « robot ». Le chirurgien manipule les bras du robot assis derrière un écran, assisté par un « expert ». Pouchelle souligne que ces innovations techniques ne sont pas les bienvenues dans le monde chirurgical, pour plusieurs raisons. D'une part, elles perturbent le travail du chirurgien qui se trouve dessaisi de sa sensibilité manuelle, c'est-à-dire de son sens du toucher (Pouchelle, 2009, 3). D'autre part, elles modifient l'identité des chirurgiens et l'image héroïque qui les caractérise.

---

117 Synonyme de Coélioscopie, la laparoscopie est « un examen médical qui consiste à observer l'intérieur de la cavité abdominale » < https://www.topsante.com/medecine/examens-medicaux/laparoscopie-coelioscopie>

118 Mondada cite les travaux de Carlino, 1994 ; Rupp, 1990 ; Saway, 1995.

119 Je me réfère à des chirurgiens qui diffusent leur travail en ligne, rendant ainsi l'intervention accessible au grand public, voire par exemple la chaîne YouTube « L'Arthroscopie en images » <https://www.youtube.com/channel/UCL-xgnlgCfDzGT1Y__wkVFg> consultée en février 2020.

120 L'expert est la personne envoyée par l'entreprise de fabrication du matériel et qui est chargée d'expliquer ou rappeler aux chirurgiens le fonctionnement des technologies utilisées.

« La pratique chirurgicale a jusqu'ici supposé un rude apprentissage corporel obligeant les praticiens à de longues stations dans des positions incommodes et à long terme douloureuses. De fait, l'endurance physique et la résistance à toute fatigue caractérisent l'image héroïque bon gré mal gré endossée par les chirurgiens et leurs équipes. À être bien assis devant sa console « maître », l'opérateur perd une partie de ce panache-là, repère identitaire d'autre part entamé par les récentes dispositions légales obligeant les chirurgiens à des repos de sécurité après leurs gardes. (…) Dans l'imaginaire chirurgical, en dépit des observations de certains professionnels et non des moindres, plus l'entaille franchit de frontières et plus elle est dangereuse, plus elle est valorisée (…) C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles les techniques chirurgicales moins agressives permises par la mise à point de la vidéochirurgie (dans laquelle « on regarde par le trou de la serrure ») ont été d'abord considérées avec du mépris par certains praticiens. Ce n'était plus de la vraie chirurgie, puisqu'on n'ouvrait plus vraiment. » (Pouchelle, 2009, 4-5)

En 2002, époque à laquelle Pouchelle a mené son étude, les équipes perçoivent les « robots » comme des « jouets de luxe pour chirurgien-enfant gâté » et « comme sources de complications, de stress et de fatigue supplémentaires pour les équipes » (*ibidem*, 6). Néanmoins, les espoirs suscités par cette technologie nouvelle ne cessent de croître ». Selon la marque *Intuitive Surgical,* le robot « da Vinci®»[121] «emmènera la chirurgie au-delà des limites de la main humaine » (Pouchelle, 2013, 70).

D'autres auteurs soutiennent que la pratique de la chirurgie n'est pas affectée, dans ses dimensions fondamentales, par les innovations techniques. C'est l'avis du sociologue Jean Peneff : « en chirurgie, même pour celle dite innovante, les changements de méthodes opératoires n'ont pas modifié en profondeur le travail du chirurgien (…) Le travail chirurgical reste une figure classique de l'exercice des tâches, celle de l'accomplissement d'une forme fine de travail de la main » (Peneff, 1997, 269).

Dans un certain sens, ces considérations s'appliquent particulièrement à la chirurgie esthétique. En effet, si les dermatologues et les esthéticiens se sont emparés de toute une série de nouvelles technologies,[122] la chirurgie esthétique ne se singularise pas par de grandes révolutions techniques :

« La chirurgie esthétique, elle a pas fondamentalement changé depuis cent ans, finalement. Elle s'est perfectionnée, dans les petits détails… mais en fond, les principes généraux de la chirurgie esthétique, ils existent depuis cent ans. Bien sûr que c'est beaucoup plus fin, ce qu'il se fait maintenant, beaucoup plus délicat, bon. Mais les principes existent depuis cent ans. » (Entretien avec le Dr Gassiot, Paris, 2015)

---

121 Dans le même passage, Pouchelle fait noter que le premier «robot» chirurgical fut appelé Zeus tandis que Da Vinci® rappelle Leonardo Da Vinci, humaniste génial de la Renaissance, à indiquer peut-être le caractère multitâche du robot ainsi que son « intelligence ».

122 Pensons seulement aux technologies mises à point pour affaiblir et déstructurer la graisse en l'évacuant par la voie métabolique naturelle (foie-reins) grâce à des massages spécifiques : « effleurage aux vibrations, les tapotements de l'éléctrothérapie, l'heliothérapie, la thermothérapie, l'hydrothérapie et la mécano-thérapie (, 2010, 268) ou, plus récemment, les soins par vibrations, canules à ultrasons (technique UAL), soumission à des impulsions électriques ou à des lasers, ou encore congélation de la graisse (cryolipolyse) (Shridharani, Broyles & Matarasso 2014) ». (Carpigo, 2016a)

Cela étant, une des dernières inventions en chirurgie esthétique est la technique de la liposuccion. Celle-ci a été mise à point relativement récemment, en 1977, en France, par le Dr Yves Gérard Illouz. Ce n'est pas le seul procédé chirurgical permettant d'enlever le tissu adipeux du corps humain, car il existe aussi la plastie du ventre, mais c'est celui qui provoque le moins de cicatrices.

> « L'innovation de la liposuccion consiste en l'aspiration de la graisse sous-cutanée par le biais d'une canule, laquelle est rattachée à des moteurs créant un vacuum. Selon Illouz, cela permet d'opérer un « décollement discontinu de la graisse », respectant ainsi l'« environnement organique », autrement dit les éléments « nobles » : les vaisseaux, les lymphatiques et les nerfs (Illouz 1988 : 10). Cette procédure, plus « écologique » que les autres (ibid. : 9), éviterait de créer des grandes cicatrices, permettant ainsi d'aspirer la graisse de diverses parties du corps. Perfectionnée par la « technique humide » ou « tumescente » (qui prévoit l'injection préalable d'un liquide constitué d'un sérum légèrement hypotonique mélangé à l'adrénaline), l'aspiration de la graisse suit sa déstructuration. » (Carpigo, 2016a)

La liposuccion est une technique invasive, qui relève aujourd'hui de la panoplie de traitements proposés par les chirurgiens esthétiques. Néanmoins, cette technique :

> « fut initialement reçue avec scepticisme par la communauté scientifique française. Le fait d'intervenir en glissant une canule qui aspire sous l'épiderme – « à l'aveugle » – était complètement nouveau. Malgré ces réticences, à partir des années 1980, la liposuccion sera adoptée à l'échelle mondiale, elle est actuellement la deuxième intervention de chirurgie plastique la plus exécutée derrière l'augmentation mammaire ». (Carpigo, 2016a).

Au début, en raison de son apparente facilité d'exécution, beaucoup de praticiens s'en sont emparés, sans être nécessairement d'ailleurs des chirurgiens plasticiens. Néanmoins, on s'est rapidement rendu compte des risques annexes à cette technique. Les chroniques ont largement médiatisé les cas de patients décédés en réponse à ce type d'intervention. Une liposuccion peut être mortelle, car son risque majeur est la perforation des organes internes, la soustraction de trop de graisse et de sang pouvant provoquer un *collapse* du patient. Cette opération requiert d'être pratiquée par un praticien qui connaît bien le plan anatomique dans lequel insérer la canule, ciblant uniquement la graisse profonde, sans endommager les tissus et les organes environnants. Elle doit être pratiquée dans un bloc opératoire, car elle s'exécute sous anesthésie générale et *monitoring* des fonctions vitales du patient qui doit pouvoir être assisté en cas de complications. Aujourd'hui, la liposuccion est exécutée uniquement par les chirurgiens plasticiens esthétiques, et légalement, ne peut pas être pratiquée en dehors du cadre strict du bloc opératoire. Cette technique est particulièrement appréciée par les patients, car elle ne laisse pas de « trace », les cicatrices sont pratiquement indécelables.

Comme pour la liposuccion, les injections de médecine esthétique (toxine botulique, acide hyaluronique ou autre) ont suscité quelque méfiance auprès des chirurgiens esthétiques. Le sociologue Yannick Le Hénaff a longuement analysé cet aspect, définissant les pratiques de médecine esthétique comme le « sale boulot » du chirurgien esthétique, car ces procédés requièrent une « faible technicité associée à un caractère peu spectaculaire » (Le Hénaff, 2010, 247). Certains praticiens :

> « s'y refusent même [de pratiquer les injections], les jugeant indignes de leur formation et de leurs idéaux (…) le « petit » geste est également dégradant par la faiblesse du résultat et son caractère parfois éphémère ; les injections résorbables exigent, par exemple, un renouvellement bisannuel, quand la chirurgie permet au contraire un résultat plus définitif » (Le Hénaff, 2010, 248).

Toutefois, il faut nuancer les propos exprimés par Le Hénaff. Car la médecine esthétique est maintenant -dix ans après sa publication- pratiquée largement par les chirurgiens esthétiques aussi bien à l'hôpital qu'en pratique privée. Toutefois, si la chirurgie est souvent entendue comme une intervention efficace et à l'effet durable dans le temps, la médecine esthétique (p. ex. toxine botulique, acide hyaluronique) est souvent envisagée comme un simple complément du résultat chirurgical. Pour conclure, les chirurgiens esthétiques ne sont pas hermétiques aux innovations techniques et technologiques, mais se montrent sceptiques devant l'arrivée d'une nouvelle technique. Il ne s'agit pas tant de préserver leur identité de chirurgien, « tranchant dans la chair comme dans ses décisions » (Le Hénaff, 2010, 249), que de s'assurer, avant d'adopter une nouvelle technique ou de nouveaux matériels, de leur efficacité et innocuité à l'égard de leurs patients. Il faut souligner aussi qu'en chirurgie esthétique, les praticiens ne tirent pas leur satisfaction de la profondeur des blessures infligées au patient –comme c'est peut-être le cas pour d'autres spécialités chirurgicales– mais de la capacité à remanier les morphologies afin de provoquer un changement esthétique harmonieux et indécelable. C'est pourquoi les techniques non invasives sont aujourd'hui les bienvenues, perçues comme complémentaires à la chirurgie, qu'elles soient pratiquées par les plasticiens eux-mêmes ou par des collègues dermatologues ou médecins esthétiques.

CHIRURGIE ET MÉTAPHORES GUERRIÈRES

L'ethnologue Marie Christine Pouchelle se demande : « Y aurait-il une connivence entre l'art de guérir et la guerre ? » (Pouchelle, 2008). Analysant l'acte thérapeutique et les représentations des soignants en biomédecine, nous relevons souvent l'usage de métaphores

guerrières. Le médecin se charge d'affaiblir « le mal » à coup d'antibiotiques et autres pilules, comme s'il s'agissait de « bombes » ou de « projectiles » visant à le déstructurer (faire disparaître les symptômes pathologiques et la douleur annexe).[123] « On va nettoyer cette zone, bombarder, bombarder ! » c'est ainsi qu'un praticien présente sa stratégie de radiothérapie à l'une de ses patientes (*idem*). Les métaphores guerrières abondent dans le domaine chirurgical :

> « Un anesthésiste, se comparant à un pilote d'avion, voit dans le chirurgien « un poseur de bombes » ou un « cumulo-nimbus ». Il est question que « ça pleure le sang » (abrasion de la paroi thoracique), de « défoncer le larynx » d'une jeune patiente atteinte d'un cancer, d'« attaquer » les organes lors d'un prélèvement » (Pouchelle, 2019, 174).

Il faut rappeler que cette forme d'agressivité « guerrière » n'est pas propre à la médecine allopathique, elle est présente aussi dans d'autres traditions médicales, où les populations sont prêtes à subir des actes invasifs pour contrer le « mal » qui envahit, parasite, attaque le corps et l'équilibre psychosocial du patient. La médecine allopathique - et donc la chirurgie - partage, avec certains types de thérapeutiques traditionnelles,[124] ce caractère « guerrier » pouvant paraître agressif, mais qui l'est pour des raisons défensives. La force et la « violence » des traitements sont proportionnelles à la gravité du mal qui doit être traité.

L'anthropologue François Laplantine réunit la médecine allopathique et les thérapeutiques exorcistiques traditionnelles dans un même modèle, qu'il appelle exorcistique, pour lequel « le but est l'élimination du mal considéré comme un mal en soi » (Laplantine, 1992, 217). Suivant ce modèle, la thérapie est une guerre ou une bataille livrée à un agent pathologique. Ce dernier est conçu comme un élément externe ou étranger au malade. Selon cet auteur, « la chirurgie est la figure pour ainsi dire archétypale de la thérapie de l'extraction » (1992, 203). Elle contre-attaque et frappe l'élément pathologique pour l'éradiquer et rétablir la fluidité et l'équilibre. Cette lutte décidée et vigoureuse contre les

---

123 Voir le travail de Katharina Rynkiewich (doctorante en anthropologie médicale à l'Université de Chicago) qui porte sur les antibiotiques en tant que « projectiles magiques » dans Superbugs and Magic Bullets: Doctor-Patient Relationships in an Era of Antibiotic-Resistant Infections : https://www.academia.edu/32747567/Superbugs_and_Magic_Bullets_Doctor-Patient_Relationships_in_an_Era_of_Antibiotic-Resistant_Infections consulté le 27/2/2020.

124 Bertrand Hell (1999), qui a comparé les thérapeutiques des chamans et « possédés » de différentes traditions culturelles, les états de possession ou de transe peuvent aussi paraître « violents » en raison de leur dynamique impétueuse ou furieuse. Voir notamment le chapitre Furie et altérité (p. 175-225) dans B. Hell, Possession et chamanisme. Les maîtres du désordre (1999).

« agents du désordre » favoriserait le « renouvellement de l'ordre comme force qui génère une nouvelle création ».[125]

Selon ce paradigme, « celui qui soigne est un combattant qui se compromet dans une véritable guerre contre la maladie, qu'il cherche à extirper du corps du patient » (Laplantine, 1992, 209). Bien évidemment, les médecins et les thérapeutes doivent préparer ce combat contre la maladie. Il s'agit d'étudier les signes du mal-être, cibler l'agent pathogène, le nommer, le visualiser, le circonscrire. Ce processus a lieu au moment du diagnostic, quand le praticien « identifie la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint ».[126] Cette phase clinique sera analysée en détail dans la partie suivante.

Pour le moment, limitons-nous à anticiper que le modèle thérapeutique exorcistique peut être utile pour comprendre les enjeux thérapeutiques en chirurgie plastique-esthétique. Dans cette spécialité, ce sont les particularités morphologiques qui doivent être définies comme des défauts esthétiques et ainsi acquérir le statut d'agents pathogènes. Le combat du chirurgien vise à éliminer le défaut esthétique, en corrigeant les morphologies organiques. Cela passe par un procédé d'extraction de ce qui excède, mais aussi par l'insertion de prothèses ou de liquides pour apporter du volume quand celui-ci manque.

VIOLENCE ET CHIRURGIE

La chirurgie devrait-elle être considérée comme un acte violent ? Selon le philosophe Michel Caillol, tout acte de soin implique une part irréductible de violence (Caillol, 2014, 202). Lors d'un simple examen clinique, les gestes du médecin sur le corps de son patient – toucher, palper, mesurer, photographier, prélever du sang, etc. – constituent une sorte d'invasion de la sphère intime du patient. Cette intrusion du médecin dans l'intimité corporelle d'une personne est une rupture des codes d'interaction du quotidien et peut créer un sentiment de violence.

Or, l'acte chirurgical inquiète pour son caractère particulièrement intrusif, car il implique une pénétration dans un corps au moyen d'un objet tranchant (le scalpel) qui provoque un saignement, une blessure et un traumatisme (physique et parfois psychique).[127]

---

125 Bertrand Hell (1999, 337) cit. Georges Balandier, Le désordre. Éloge du mouvement, Paris, Fayard, 1988, p.136

126 "Diagnostic" selon le dictionnaire Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diagnostic/25154?q=diagnostic#25035> consulté le 21/4/2016.

127 Nous observons que l'ablation de certaines parties du corps en chirurgie peut provoquer un sentiment de défiguration et de mutilation, comme dans le cas de l'ablation d'un sein suite à un cancer comme le soulignent E. Ricadat et L. Taïeb (2008).

Ces mêmes gestes, hors du contexte médical et donc sans le consentement du patient, seraient considérés comme des actes criminels.

Mais peut-on parler de violence chirurgicale ? Marie Christine Pouchelle fait cette analyse :

> « Bien que très banalisé pour les chirurgiens expérimentés, l'acte chirurgical est violent par nature, même quand il est « mini-invasif » ou qu'il s'agit de microchirurgie. Le contraste entre l'acier des pinces ou des ciseaux et la subtile finesse des tissus, lorsqu'il apparaît agrandi sur un écran vidéo, ne peut pas manquer d'impressionner, en tout cas les profanes. » (Pouchelle, 2019, 174).

Reprenant cet énoncé, il me semble nécessaire de préciser que l'acte chirurgical paraît violent *surtout* aux yeux des profanes. Des observateurs externes, comme l'ethnologue ou le jeune apprenti chirurgien, doivent réussir à s'abstraire émotivement du scénario chirurgical où le corps du patient est « meurtri » sous leurs yeux. Un sentiment de haut-le-cœur et de malaise peut être éprouvé, d'ailleurs, lors d'une opération chirurgicale présentée par ses acteurs comme une performance artistique qui engage l'ouverture du corps et le saignement (Faber, 2002).

La psychologue Pascale Molinier se demande si les chirurgiens eux-mêmes ont le sentiment de perpétrer un acte de violence ? Elle conclut que :

> « Ouvrir un ventre (…) signifie sur le plan psychologique, mettre à mal les frontières entre le dedans et le dehors du corps, frontières matérialisées par la peau, entre le biologique (le corps des organes) et le psychique (le corps vécu de la personne). C'est ensuite faire encourir un risque de mort à la personne opérée. Les chirurgiens n'ont pas tort de dire qu'ils sont des « assassins légalisés », leurs actions, couper, gratter, faire saigner beaucoup, tendraient, dans d'autres circonstances, à tuer… » (Molinier, 2012, 100).

Il faut du temps aux apprentis chirurgiens pour se familiariser avec la vision du corps inerte, néanmoins vivant, sur lequel ils sont censés « travailler ». Un apprenti médecin hésite : « Qu'a-t-on le droit de faire ? Où se trouve l'interdiction ? Qu'est-ce qui relève de la transgression responsable ou de la transgression déviante ? » (Notredame ; 2013, 147). Cela s'apprend généralement avec l'expérience et la pratique médicale. Dans les interactions avec les patients, les chirurgiens agissent par étapes fragmentées (dialogue, diagnostic, opération, postopératoire). Le moment de l'incision chirurgicale du corps est seulement un passage nécessaire, inscrit dans un processus de prise en soin qui vise à éradiquer les agents pathogènes du corps du patient. D'ailleurs, le caractère invasif de la chirurgie est appréhendé et envisagé comme un moment fonctionnel et nécessaire à la guérison du patient. Voici ce qu'ont répondu mes interlocuteurs quand je les ai questionnés à ce sujet :

Comment se distancie un médecin du caractère agressif de la chirurgie ?
Nous ne pensons jamais que nous allons nuire au patient ! Sinon nous ne le ferions pas ! Nous le faisons pour son bien, parce que l'intervention améliore sa vie, son état, sa santé et tout le reste ! Si c'était pour l'agresser et rien de plus… nous les médecins nous sommes les derniers à accepter de porter atteinte à quelqu'un ! En fait « la première chose est de ne pas nuire ».[128] *C'est tout. Tu sais que tout ce que tu fais, c'est pour son plus grand bien.*

Et dans le cas de la chirurgie esthétique, on pourrait dire que ce n'est pas un soin nécessaire, car on opère un corps sain…
Oui, c'est-à-dire… la chirurgie esthétique opère des corps sains. Moi je n'interviens sur des personnes malades ! Oui, c'est une agression, clairement. Je suis en train de violer le corps du patient. Je suis en train de demander la permission, pour opérer, hein ? Lui, il vient de sa propre volonté, désireux de changer quelque chose qui ne lui plaît pas. Et moi je m'occupe de cela.

-(chirurgienne assistante Dr Perez) Psychologiquement, cela améliore sa qualité de vie ! Si je n'aime pas mon nez, cela va beaucoup m'embêter au quotidien, non ? Et l'intervention les aide à vivre tranquilles. Ils se sentent mieux, car le mental est aussi important, hein ?

(Entretien avec le Dr Perez et son assistante, Mexico, 2017)

Le chirurgien est conscient que l'acte qu'il accomplit est agressif, mais il sait qu'il est nécessaire pour soigner le patient.

« L'expérience chirurgicale est ainsi particulièrement angoissante, par les risques réels qu'elle fait encourir aux malades comme par les fantasmes que peut solliciter la transgression des frontières du corps. Si les chirurgiens éprouvaient réellement cette angoisse, ils ne pourraient pas opérer » (Molinier, 2012, 100).

Les chirurgiens m'ont fait comprendre que le but de toute chirurgie, y compris de la chirurgie esthétique, n'est donc pas d'infliger une violence aux personnes qui s'y soumettent, mais de les libérer d'une souffrance, par la suppression d'un élément pathologique. De fait, l'agressivité est dirigée contre l'élément pathologique qui parasite le corps du patient et qui rend le sujet souffrant, et non contre le sujet. Ce basculement sémantique est fondamental pour comprendre et justifier l'agressivité chirurgicale.

« Si je suis un patient et je demande une chirurgie parce que je veux me voir mieux, plus jeune, et je décide de me faire un lifting, ou bien mon nez ne me plaît pas parce qu'il est très grand, très aquilin, ou j'ai la pointe qui tombe, alors j'accepte l'agression ! En allant me faire opérer, j'accepte toutes les conséquences : que je vais m'enflammer, que je vais sentir de la douleur, j'accepte tout ça. C'est important pour moi et je vais jusqu'au bout !

(assistante Dr Perez) Pendant la chirurgie, ils dorment ! Ils ne se souviennent pas ! Dans un des produits de l'anesthésie, le propofol, il y a un effet de perte de la mémoire. »

128 Référence au serment d'Hippocrate.

(Entretien avec le Dr Perez et son assistante, Mexico, Mexique, 2017)

De plus, le caractère volontaire d'une chirurgie esthétique est mis en avant par les chirurgiens qui se perçoivent comme les exécuteurs matériels du projet personnel du patient. Celui-ci veut se faire opérer et accepte donc les risques opératoires. L'acte chirurgical n'est donc pas violent à priori, si aucun abus ou contrainte ne sont exercés.[129] Le thème de « l'agressivité » ou de la « violence » chirurgicale peut alors être pensé sous un autre angle. Face à ces questionnements, les outils de l'anthropologie nous permettent de comprendre qu'un acte jugé violent d'un point de vue extérieur (vision étique), ne l'est peut-être pas pour les acteurs concernés (vision émique). Cette nuance me semble cruciale pour ne pas s'exposer à des jugements extrêmes tel celui de Sheila Jeffreys (2005), qui compare la chirurgie esthétique aux pratiques de mutilations traditionnelles (comme les excisions génitales, FGM). D'ailleurs, cette auteure élargit sa réflexion à toute pratique de beauté : « les pratiques de beauté, du rouge à lèvres à la labioplastie devraient être interdites par les Nations Unies car elles endommagent la santé des femmes, créent une différence sexuelle et forcent les femmes à la soumission » (*idem*). Peut-on étudier sur le même plan les pratiques volontaires comme la chirurgie esthétique et le maquillage en « Occident » et les pratiques traditionnelles qui seraient pour la plupart d'entre elles « imposées » ? La définition de pratique « violente » demande d'un regard prudent. Car si elle n'est pas vécue comme une violence par les acteurs, qui sont par ailleurs demandeurs, de quel droit un chercheur devrait militer pour son éradication ?

D'autres auteurs soulignent que l'acte « agressif » de la chirurgie augmenterait son efficacité, car il conférerait, symboliquement, plus de force symbolique à l'intervention médicale. D'ailleurs, comme l'affirme Marie Christine Pouchelle, les gestes thérapeutiques plus « agressifs » sont ceux qui ont été, jusqu'à maintenant, les plus valorisés dans les cultures hospitalières, mais aussi par les patients qu'y attribueraient une efficacité thérapeutique majeure, proportionnelle à leur caractère agressif, voire à la douleur qu'ils occasionnent (Pouchelle, 2019).

---

129 Le dictionnaire Larousse définit la « violence » comme « Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice ; abus de la force physique ; contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé ; extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement », consulté en ligne<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071?q=violence#81105> le 8 décembre 2017.

VERSEMENT DU SANG EN CHIRURGIE

Il n'y a pas de chirurgie sans versement de sang. Bien qu'il soit banalisé dans la pratique chirurgicale, le versement de sang n'est jamais un acte anodin. Rappelons brièvement que pour l'ensemble des cultures humaines, le sang est une substance symboliquement connotée qui a fait l'objet de nombreuses études. Différents auteurs sont à citer pour leurs travaux sur les représentations symboliques (Roux, 1988 ; Moulinié, 1998, Karadimas, 2010 ; Binet, 2001), sur le sang menstruel (Douglas, 2001 ; Skultans, 1970 ; Buckley et Gottlieb, 1988 ; Héritier, 2003 ; Vinel, 2008 ; Sanabria, 2011a, 2011b), sur les saignements lors des rites de flagellation (Sacco, 2009), sur le sang en tant que symbole de parenté (Meillassoux, 2001 ; Carsten, 2011), sur la nature juridique du sang (Baud, 2011) ou sur les dons de sang, (Coperman, 2011 ; Duboz, 2011), etc. [130]

Le sang revêt des valeurs différentes selon les circonstances. Il peut être perçu comme un principe vital à préserver, entretenir, nourrir ou au contraire il serait envisagé comme un principe polluant dont il faut s'éloigner ou qu'il faut évacuer. Il est sujet à des règles culturelles quant à son accumulation, « réchauffement », dispersion, écoulement, etc. La manipulation du sang est confrontée à des interdits culturels et sanitaires, voire législatifs. [131]

Dans la Grèce ancienne, le médecin grec Hippocrate a formulé la théorie des humeurs[132] qui a été une référence pour les médecins européens jusqu'à la Renaissance. Dans la médecine hippocratique, la saignée était un procédé thérapeutique conçu pour évacuer le sang en excès et donc équilibrer les humeurs dans le corps. Au Moyen Âge, les saignées étaient pratiquées par les barbiers qui incisaient les artères ou les veines de leurs patients. À la Renaissance, ce sont le plus souvent les médecins et les chirurgiens qui s'en chargeaient (Beauchamp, 2000, 14). D'autres méthodes étaient utilisées, telles « la pose de sangsues, les scarifications au bistouri et les ventouses scarifiées » (*idem*). La saignée était censée traiter les chutes de cheval, les évanouissements, l'apoplexie, la variole, le cancer, la chlorose, les

130 Les travaux ethnologiques qui se sont intéressés au sang de manière principale ou secondaire sont très nombreux, j'ai fait le choix d'en citer juste quelques-uns à titre d'exemples, cette liste de travaux n'est donc pas exhaustive.

131 Voir le moratoire prononcé par l'Église catholique en Occident lors du concile de Tours (1163) qui précisait que « Eglesia abhorret a sanguine » (l'Église a horreur du sang), et interdisait aux moines de pratiquer des actes de chirurgie

132 Selon l'article dédié de l'Encyclopédie Universalis, la théorie des humeurs a été élaborée par le médecin grecque Hippocrate, selon lequel chacun d'entre nous dispose de quatre humeurs dans le corps : « sang, flegme, bile jaune, bile noire, accompagnés de certaines qualités physiques: chaud, froid, sec, humide ». « Toute maladie est un dérèglement de ces éléments. La théorie humorale « pense la santé de ce microcosme qu'est l'organisme humain sur le modèle de l'harmonie du cosmos qui résulte de l'équilibre des quatre éléments fondamentaux constituant la totalité de l'Univers ».

accouchements, la pneumonie, la fièvre, les angines, etc. (*idem*). Les saignées ont été prescrites en Europe jusqu'au XIXe siècle. Aujourd'hui, dans la culture médicale hospitalière, le prélèvement du sang est pratiqué presque exclusivement dans le cadre du « don de sang » (ou de plasma) afin de le transfuser aux patients qui en ont besoin.

Pendant les interventions chirurgicales, le saignement spontané du corps du patient est un facteur à contrôler, à limiter. Tous les efforts des équipes visent à contenir le saignement afin de sauvegarder la vie du patient (une hémorragie pourrait compromettre ses fonctions vitales), mais aussi à faciliter la visibilité opératoire. La contention de l'écoulement du sang se fait par le biais de la cautérisation des vaisseaux, des artères avec un bistouri électrique durant l'opération, afin de les resserrer mécaniquement, mais il existe aussi des procédés chimiques, comme l'injection de solutions aqueuses contenant de l'adrénaline, une substance vasoconstrictrice.[133] Les chirurgiens adoptent ces mesures de précaution pour réduire au maximum les temps opératoires et recoudre les plaies le plus tôt possible pour éviter de prolonger le saignement. L'anthropologue Mary Douglas associe la notion de « saleté » à celle de « désordre » :

> « La saleté est une idée relative (…) ces souliers ne sont pas sales en eux-mêmes, mais il est sale de les poser sur la table de la salle à manger, ces aliments ne sont pas sales, mais il est sale de laisser des ustensiles de cuisine dans une salle à manger (…) Bref, notre comportement vis-à-vis de la pollution consiste à condamner tout objet, toute idée susceptible de jeter la confusion, ou de contredire nos précieuses classifications » (Douglas, 2001, 55).

Douglas poursuit, affirmant : « Si l'impur est ce qui n'est pas à sa place, nous devons l'aborder par le biais de l'ordre. L'impur, le sale, c'est ce qui ne doit pas être inclus si l'on veut perpétuer tel ou tel ordre » (*ibidem*, 59). Ce raisonnement peut être appliqué tel quel au sang. Ce dernier n'est pas considéré sale s'il reste « à sa place », c'est-à-dire dans le corps, et plus précisément dans les canaux qui l'hébergent : les veines et les artères. Au contraire, quand il sort des veines et des artères, par accident ou dans le cadre d'une intervention chirurgicale, quand il s'écoule, giclant et tachant les éléments, il devient « sale » et « salissant ». Il est pansé, maîtrisé, asséché, lavé des surfaces qu'il touche et reconduit à ses parcours habituels, dans le corps.

Les outils touchés par le sang en chirurgie sont considérés comme contaminés, ils doivent être triés et jetés dans une poubelle spéciale et ils seront ensuite brûlés à l'instar de

133 Les chirurgiens plasticiens que j'ai observés, notamment lors des liposuccions, injectent avant d'aspirer la graisse une solution contenant de l'adrénaline afin de limiter le saignement opératoire, car il est considéré dangereux pour le patient de perdre trop de sang pendant l'intervention.

tout déchet organique qui sort du bloc opératoire. Dans le monde médical, toutes les précautions sont prises pour ne pas entrer en contact avec le sang. Aussi, le personnel opératoire censé se soumettre au risque de « se salir » avec le sang du patient opéré, doit-il porter des gants et de longs tabliers protégeant du contact avec cette substance « salissante ». D'ailleurs, cette représentation est renforcée par la conscience que le sang puisse être le vecteur de maladies contagieuses comme le VIH ou les hépatites, par exemple.

L'éthicien Michel Caillol (2012) établit un lien entre l'écoulement du sang, la violence et le sacré. Il reprend les analyses de Mary Douglas (2001) et de René Girard (1972), rappelant que l'écoulement de sang doit être ritualisé, car il renvoie symboliquement aux pulsions destructives, meurtrières, conflictuelles, violentes, inhérentes à l'humain et à l'ensemble des sociétés. Cet écoulement de sang doit être cadré, organisé, circonscrit, ritualisé. Dans cette perspective, les chirurgiens, ces « princes du sang » (Schlogel, 1994),[134] héritent certains privilèges symboliques des bourreaux sacrificateurs, car ils ont le droit de faire couler le sang dans le cadre rituel, mais au contraire des bourreaux, ils le font pour sauver des vies. La perte de sang au bloc opératoire est surveillée avec précision, les compresses imbibées de sang sont comptées, les litres de graisse et de sang extraits par liposuccion sont mesurés, car les flux hématiques ne doivent pas être trop abondants pour ne pas affecter l'équilibre organique nécessaire au maintien de la vie du patient.

Ces représentations sont valables pour tous les types de chirurgie, y compris pour la chirurgie esthétique. Dans cette spécialité, une attention importante est prêtée à l'évacuation du sang hors du corps, durant la phase postopératoire. De fait, certaines interventions, comme l'insertion d'implants mammaires se conclut avec la pose de « drains », ces tuyaux qui permettent l'expulsion d'éventuels résidus de sang et autres liquides durant la phase postopératoire. Une valeur cathartique est attribuée à ces processus, comme nous le verrons dans le chapitre 3.4 de ce manuscrit.

ÉTAT DE « FLOW » ET AUTRES MODIFICATIONS DE CONSCIENCE AU BLOC OPÉRATOIRE

Que ressent le chirurgien en opérant ? Les chirurgiens comparent la chirurgie à une « activité physique extrême, comme skier, pratiquer le ski nautique, escalader une montagne, conduire une voiture rapide, pratiquer le softball, la navigation ou le tennis de compétition »

134 Dans son roman Les princes du sang, 1994, Fayard.

(Csikszentmihály, 2000, 129). Un chirurgien définit la chirurgie comme un « sport de combat », qui demande de s'impliquer « corps et âme ».[135]

Selon les témoignages recueillis –y compris par mes interlocuteurs– les chirurgiens jouissent pleinement de l'action d'opérer. Apparemment, ils « ne sont jamais aussi heureux que quand ils opèrent : la mauvaise humeur disparaît, la fatigue est oubliée, leurs maladies sont ignorées » (Cassel, 1998, 6). Les chirurgiens décrivent la chirurgie comme « amusante, excitante, une sensation géniale, une bonne sensation, esthétiquement plaisante, dramatique et très satisfaisante, comme prendre des drogues » (Csikszentmihály, 2000, 124).[136] Certains d'entre eux comparent les sensations ressenties dans leur pratique à celles de l'artisanat, la menuiserie, la photographie, la peinture, le travail communautaire, l'engagement dans un groupe religieux (Csikszentmihály, 2000, 130). D'autres affirment « qu'aucune autre activité ne me donne une sensation similaire » (*idem*).

Les chirurgiens se sentent gratifiés aussi d'un point de vue esthétique : « J'aime la propreté dans l'opération, avoir les choses juste au bon endroit » (Csikszentmihály, 2000, 124). Leurs interviews confirment une altération de leur perception du temps durant les interventions :

> « Le temps court vraiment vite ; mais après coup, si l'opération a été difficile, cela se ressent comme si j'avais opéré une centaine d'heures », «comme quand tu es en train de faire quelque chose d'extrêmement plaisant, le temps s'envole », « le temps est complètement distordu, plus rapide, comme si quinze minutes étaient passées, alors qu'en fait deux heures se sont écoulées » (*idem*).

Lors du rituel opératoire, le chirurgien rejoint un état de *flow*[137] qui influence aussi ses sensations corporelles : « Tu n'es pas conscient de ton corps, à l'exception de tes mains. Et tu n'es plus conscient de tes problèmes personnels ni de toi-même » (*ibidem*, 133). Cet état procure joie, bonheur, satisfaction, concentration suprême.

L'état de *flow* est tellement plaisant qu'il constitue une motivation intrinsèque à choisir cette profession. Cette motivation est plus forte que d'autres facteurs extrinsèques : « Le prestige et l'argent sont des motivations importantes pour devenir chirurgien et cela constitue une incitation pour rester dans la profession. Mais les chirurgiens sont presque totalement impliqués dans leur travail parce qu'ils s'amusent dans l'activité chirurgicale elle-

---

135 Expression mienne, paraphrasant l'ouvrage du sociologue Loïc Wacquant « Corps et âme. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur », 2002.

136 Les citations extraites du livre de Csikszentmihály ont été traduites de l'anglais par mes soins.

137 L'état de flow a été théorisé et décrit par le psychologue Mihály Csikszentmihály (2000) dans différentes activités telles que l'escalade, le jeu des échecs, l'artisanat, l'art, etc. Cet état de conscience modifiée est fortement plaisant, il est associé au bonheur et à des activités satisfaisantes.

même » (*ibidem*, 126). Le *flow* peut rendre le chirurgien dépendant de l'action d'opérer. Les chercheurs rapportent des cas où certains chirurgiens ne peuvent pas se passer d'opérer, même en vacances ou quand ils sont très âgés. Dans des cas extrêmes, des chirurgiens obligés de faire des tâches trop répétitives et donc de s'ennuyer encourent le risque de tomber quelquefois dans « l'alcoolisme, une rupture familiale ou même le suicide » (*ibidem*, 139).

Quand il est en état de *flow*, le chirurgien arrive à mobiliser tout son savoir et savoir-faire, tout en faisant appel à son intuition pour résoudre les situations (Katz, 1999, 48). Cette intuition est caractérisée par « une soudaine illumination permettant de voir les problèmes d'une manière différente, de faire de nouvelles connexions et d'identifier des schémas répétitifs non évidents » (*idem*). L'intuition est donc une capacité liée au *problem solving* créatif, utilisé par les chirurgiens qui doivent savoir faire face à l'imprévu.

D'ailleurs, pendant ce moment de *flow* les chirurgiens vivent un état de conscience modifiée qu'ils comparent à un voyage, voire un envol. Cela a été observé par plusieurs ethnologues, dont Joan Cassel qui observe que les chirurgiens se comparent souvent à des astronautes ou à des pilotes d'avion (1998). La métaphore de l'envol de la conscience peut être comparée au « voyage de l'âme » exploré en anthropologie, surtout dans le domaine du chamanisme. À l'instar des chamanes qui entrent en transe, le chirurgien entre dans un état de conscience second, un état de *flow* dans lequel il est complètement absorbé par sa tâche à l'intérieur du corps du patient dans lequel il a pénétré. En chirurgie le monde dans lequel « voyage » le chirurgien n'est pas celui d'en haut, mais c'est le monde tangible du corps humain, ses organes et ses structures microscopiques. Dans un certain sens le chirurgien s'identifie de manière éphémère au corps qu'il opère, avec lequel il rentre en résonnance sensorielle.

D'ailleurs, il faut noter qu'à l'instar de certaines cérémonies chamaniques, il existe une correspondance entre les états de conscience modifiés du chirurgien et du patient. Lorsque le patient est « endormi », profondément détendu et inconscient, le chirurgien est dans un état d'hypervigilance. Les deux vivent une sortie de l'espace-temps ordinaire, expérimentent un « ailleurs » qui comporte des sensations physiques de type anesthésique (absence de sensation de faim, de besoin d'aller aux toilettes, de repos, de parler, etc.) ainsi qu'une modification de leur perception de soi, une mise à distance de leurs corps.

L'anesthésiste, véritable « maître de la conscience » dans les bloc opératoires, s'occupe d'« endormir » et de « réveiller » le patient. Suivant la métaphore de l'envol, si le chirurgien est le pilote dans le processus opératoire, l'anesthésiste est son copilote, l'un s'occupe du corps du patient, l'autre gère sa conscience. L'anesthésiste travaille avec une « console »

particulièrement complexe, faite d'écrans, de boutons qui clignotent, d'indicateurs qui sonnent. Grâce à des substances psychotropes, il fait « plonger » le patient dans un état de profonde inconscience avant le démarrage de l'intervention et le « rappelle » (ou le fait « atterrir »), dès que le chirurgien déclare la fin de l'intervention.

RÉSUMÉ

Dans ce chapitre nous avons passé en revue les représentations liées à la chirurgie au sens large, et à la chirurgie biomédicale en particulier. Cette dernière est une pratique thérapeutique sollicitée en dernier recours, car elle est considérée comme plus risquée que les autres, en raison des complications ou décès potentiels. À ce titre, la chirurgie biomédicale est transgressive, pour plusieurs raisons. La première est son caractère invasif, son effraction du corps au moyen d'un objet tranchant, le scalpel. L'autre est liée à l'écoulement de sang qu'elle provoque et qui doit être maîtrisé par le chirurgien. En raison des caractéristiques de l'environnement dans lequel elle est pratiquée, la discrétion, voire le secret des blocs opératoires souvent placés au sous-sol des hôpitaux, elle revêt aussi un caractère sacré.

Les symboliques liées à l'acte chirurgical ont été déjà largement analysées par les anthropologues : Lionetti (1988); Genest (1990) ; Laplantine (1992) ; Cassel (1991) ; Katz (1999), Pouchelle (2001, 2003, 2007a, 2007b, 2008, 2009, 2010, 2013, 2019) ; Tantchou et Grunénais (2001). Ces derniers ont étudié les protocoles rituels qui sont mis en place dans des blocs opératoires organisés selon des critères d'hygiène, et donc des notions de « propre » et de « sale » relatives au contexte de référence, mais aussi les symboliques liées à l'efficacité thérapeutique des gestes extractifs qui se mènent en chirurgie. D'une part, le rituel chirurgical contribuerait à renforcer la notion de changement et de rupture avec un ordre pathologique. Sa fonction symbolique, est de renforcer le sentiment du passage d'une condition de malade à celle de bien portant et il marque un "avant et un après" dans l'histoire biographique du patient. D'autre part, le rituel chirurgical suivrait donc le modèle thérapeutique exorcistique de libération du patient de l'élément pathogène qui perturbe sa santé psycho-physique (Laplantine, 1992).

Cet « exorcisme chirurgical » nous conduit à explorer le caractère guerrier de cette pratique. De fait, les chirurgiens se conçoivent engagés dans une bataille contre une cible pathologique, perçue comme un élément « parasite », étranger, nocif, qui « pollue » le corps de l'opéré. Il faut donc souligner qu'en chirurgie lors du moment opératoire le chirurgien fait abstraction du sujet pour s'attaquer à l'élément pathogène dans son corps. De leur côté, les

patients adhèrent à cet imaginaire guerrier et consentent que le chirurgien intervienne pour les libérer du mal qui les afflige. Ci-faisant, ils acceptant les risques opératoires et les traumatismes physiques qu'elle lui inflige. Ce principe s'applique aussi à la chirurgie esthétique. Du point de vue des chirurgiens esthétiques, les patients sont leurs alliés dans la bataille menée contre les défauts esthétiques. Les praticiens sont donc engagés par les patients, qui demandent de se soumettre à une chirurgie volontaire afin de se défaire de ce complexe qui provoque leur souffrance. La chirurgie esthétique, comme toute autre chirurgie, n'est pas offensive, mais défensive. Ce concept sera approfondi dans la quatrième partie de ce manuscrit.

L'innovation technique dans le domaine chirurgical a certainement des incidences fortes sur les rituels, mais aussi sur l'identité professionnelle des chirurgiens. Elle engage un changement de références symboliques, matérielles et sensorielles. Elle peut susciter des résistances, notamment de la part des chirurgiens plus âgés qui ont construit leur identité professionnelle sur un autre modèle chirurgical. Néanmoins, à l'instar de toute technique, la chirurgie est destinée à évoluer au contact de ces innovations qui visent, notamment, à réduire les temps opératoires et les risques annexes liés à l'anesthésie et aux saignements. C'est le cas par exemple, des techniques moins invasives qui se développent aussi en chirurgie esthétique, comme l'usage de la graisse autologue ou bien les injections en complément de la chirurgie. Les chirurgiens esthétiques ne sont pas hermétiques aux innovations techniques et technologiques, mais ils se montrent sceptiques –comme tous les médecins– lorsqu'une nouvelle technique commence à circuler. Les jeunes générations, quelles que soient les spécialités chirurgicales, paraissent s'emparer de manière plus décomplexée de ces nouvelles technologies. Si bien des innovations techniques contribuent à changer la pratique chirurgicale (avec des implications sur les rituels, la place du chirurgien parmi les équipes et l'entrée de nouveaux acteurs, comme les experts dans l'usage des robots), la chirurgie esthétique reste une spécialisation liée à la finesse du geste manuel du chirurgien.

Pour conclure, les chirurgiens esthétiques partagent différents éléments avec les autres chirurgiens : le respect de l'organisation rituelle du moment opératoire, les représentations guerrières liées à la « bataille » menée contre les agents pathogènes ainsi que les dynamiques de *flow* et de modification de la conscience pendant l'acte opératoire. Le chapitre suivant se centrera sur la formation des chirurgiens esthétiques, leur socialisation dans le milieu hospitalier et leur acquisition d'un éthos chirurgical, dans une confrontation constante des données de terrain avec ceux qui sont issus des travaux des autres chercheurs.

2.2 CHIRURGIENS ESTHÉTIQUES[138]

Le chapitre précédent a introduit un regard anthropologique sur les chirurgiens, partant du constat que le rapprochement "extrême" de ces praticiens avec le corps humain doit être toujours codifié. L'action chirurgicale s'inscrit dans un protocole rituel qui régule les gestes et scande les temporalités des interactions avec le patient. L'activité chirurgicale confère au chirurgien un caractère démiurgique, du moment où elle rompt avec un ordre donné (p. ex. morphologique, physiologique, symbolique) pour en créer un autre. Le chirurgien agit en guidant l'équipe du bloc opératoire comme un chef d'orchestre voire comme un combattant engagé dans une bataille avec la pathologie.

Ce chapitre présente le parcours de spécialisation des chirurgiens esthétiques de leur « vocation » pour la chirurgie plastique-esthétiques à leur formation et leur apprentissage du métier.[139] La formation chirurgicale hospitalière de ces dernières s'alterne avec des voyages à l'étranger lesquels marquent profondément ces praticiens et contribuent à créer des liens entre les pôles de formation à niveau mondial. Ce parcours d'apprentissage est en même temps un parcours de socialisation au groupe des chirurgiens et l'acquisition d'un *éthos*[140] spécifique, à la fois viril et détaché, lequel influence leur personnalité professionnelle et leur confère un certain charisme. En dernier lieu il s'agira de présenter l'expertise propre à la chirurgie plastique esthétique, à savoir le remaniement des morphologies corporelles entre artisanat et art.

VOCATION

La question de la vocation[141] thérapeutique des tradipraticiens - guérisseurs ou chamanes - a été explorée par des chercheurs reconnus, notamment Marcelle Bouteiller (1950), Mircea Eliade (1996, 2015), Ernesto De Martino (2008), Claudine Brelet-Rueff

138 Dans ce chapitre, nous analyserons les éléments ethnographiques issus du terrain ou des autobiographies des chirurgiens esthétiques. Lorsqu'il s'agit des autobiographies les noms n'ont pas été anonymisés.

139 Je n'ai pas pu mener des observations directes et sur le long terme avec des apprentis en chirurgie plastique, c'est pourquoi ce chapitre se bases sur des sources indirectes et les études des autres ethnologues. Lorsque je l'estime pertinent je citerai les récits d'entretien de mes interlocuteurs à ce propos.

140 Éthos, selon le dictionnaire Larousse : « Ensemble des caractères communs à un groupe d'individus appartenant à une même société. (…) Manière sociale d'un individu (vêtement, comportement) envisagée dans sa relation avec la classe sociale de l'individu et considérée comme indice de l'appartenance à cette classe ». Voir : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ethos/31434?q=ethos#31365> consulté le 10/3/2020.

141 On entend par vocation « une inclination, penchant impérieux qu'un individu ressent pour une profession, une activité ou un genre de vie ». https://www.cnrtl.fr/definition/vocation consulté le 12/2/2021.

(1991). Leurs travaux ont mis en exergue les différents aspects de cette vocation : la désignation, souvent contre son gré, d'un jeune destiné à devenir chaman ou guérisseur, l'annonce faite par les ancêtres ou les esprits, en rêve ou dans la forêt, la transmission par voie héréditaire d'un don de guérison, de formules et de gestes, les épreuves que l'initié doit traverser pour devenir thérapeute, accidents, maladies ou crises religieuses, etc. (Eliade, 2015). J'ai repris certaines de ces questions et je les ai posées à mes interlocuteurs, afin de saisir leurs récits biographiques et leurs représentations face aux différents facteurs qui ont déterminé leur choix. Il ne s'agira donc pas de proposer toute suite une interprétation sociographique de ces choix (c'est-à-dire analysant les variables qu'ont déterminé leur orientation, comme la classe sociale, le milieu d'origine du praticien).

D'après les chirurgiens esthétiques que j'ai rencontrés, les motivations du choix de la médecine et de la chirurgie plastique comme spécialisation, sont hétérogènes. Parfois leur choix s'inscrit dans une tradition professionnelle familiale. Le fait d'être confronté tout jeune aux patients reconstruits impacte fortement l'orientation professionnelle du Dr Noguès et le persuade de suivre les traces de son père :

> *« Euh, je pense que je suis tombé dans la marmite, c'est une tradition familiale. C'est une tradition, mais pas une obligation, bien sûr ! Euh… c'est une tradition et une vocation ! (…) il y a des médecins depuis toujours dans ma famille. J'ai mon arrière-arrière-grand-père qui est là-haut ! [Indique une photographie sur une étagère] il était ORL du Tzar en Russie. Il était général, médecin, tout ça. Lui c'était le premier médecin de la famille, parce qu'avant c'étaient plutôt des militaires. Ensuite, il a eu son fils, ils sont partis de Russie au temps de la Révolution [Russe, début XXe siècle], ils se sont installés en France. Et donc il a eu lui, qui était chirurgien digestif et après… son fils, mon père, et puis moi. (…) Ma mère vient aussi d'une famille de médecins, même si elle n'était pas médecin. Mon père était le premier plasticien de la famille et il a épousé la petite sœur d'un de ses amis qui était aussi plasticien. Donc j'ai grandi dans un environnement où la chirurgie plastique était omniprésente. Hein ?J'ai choisi vers 15 ans. Avant je ne voulais pas vraiment, j'avais pas particulièrement pensé faire médecine, je voulais faire de l'astrophysique, des choses très, très théoriques, très scientifiques, très matheuses. Et puis, à 15 ans, mon père m'a montré une vidéo d'une opération qu'il avait faite sur une petite fille malformée. Je l'avais vue, elle était venue à la maison. Elle avait une grosse fente faciale, un œil là, un œil là, le cerveau qui sortait par le nez. Il avait remodelé son crâne en déplaçant les orbites. Quand j'ai vu l'opération, je me souviens, j'étais resté sidéré ! Et j'étais absolument sidéré, j'ai eu un choc à ce moment-là. Et ensuite, il m'a emmené au bloc opératoire et j'ai compris ce que c'était que la chirurgie et j'ai trouvé ça magnifique ! Et vers 15 ans, qui est l'âge où il faut qu'on se décide en gros en France sur ce que l'on va faire de notre vie, je me suis dit : c'est ça, c'est ce métier que je veux faire ! C'est à la fois un métier manuel, j'aimais beaucoup quand même travailler avec mes mains, hein ? J'étais très bricoleur, je dessinais beaucoup et… c'est un métier manuel, c'est un métier de relation avec les gens, c'est un métier où on utilise son cerveau, ses mains, ses yeux pour rendre service à des gens ! (…) Et l'aspect esthétique n'a jamais été prépondérant, je ne me suis jamais dit que je vais faire ce métier pour rendre les femmes belles ! Ce n'est pas ça ! Par contre, je savais que ça faisait partie du métier, parce que mon père il faisait aussi beaucoup de chirurgie esthétique et il était très connu pour ça ! Et donc j'ai toujours vu que c'était des choses qui étaient*

très liées. On peut très bien se dédier aux enfants malformés et aux riches bourgeoises qui veulent avoir un cou plus joli. (...) »

(Entretien avec le Dr Noguès, Paris, France, 2015).

Fille d'un psychiatre et d'une orthophoniste, le Dr Ayed retrouve les facteurs qui l'ont conduite à se passionner pour la chirurgie plastique dans la rencontre avec une petite fille ayant subi une greffe de peau ainsi que dans l'amour pour le dessin et pour la science. Lorsqu'elle découvre à l'université l'existence de la chirurgie plastique, naît en elle une « idée fixe », celle de devenir chirurgien plasticien.

« Mon père est psychiatre et ma mère orthophoniste ! Donc effectivement j'avais le côté... médical dans la famille. Bien que... j'ai une histoire familiale particulière, puisque pour mes grands-parents, faire médecine c'est ce qu'on fait quand on a un peu tout raté. Puisque je suis d'une famille de juristes ! Alors médecin, ce n'était pas vraiment la première option ! Mon père est psychiatre ! Mais je n'ai jamais parlé de chirurgie avec lui, par exemple. J'ai toujours voulu faire de la chirurgie plastique depuis que j'ai 13-14 ans. Donc c'est très, très ancien. J'ai toujours voulu faire ça. J'ai fait médecine pour faire de la chirurgie plastique. J'aurais arrêté la médecine si je n'avais pas pu faire de la chirurgie plastique. Mon objectif c'était ça. J'ai commencé mes études de médecine avec cette idée-là. Les premières discussions que j'ai eues sur la chirurgie plastique… Quand j'étais enfant, j'avais une copine avec des séquelles de brûlure sur le bras, en réfléchissant, en me remémorant, ça devait être des greffes. Je me rappelle avoir été très impressionnée par ces cicatrices. Je me rappelle avoir eu beaucoup de discussions avec ma mère sur la chirurgie plastique, la réparation. J'étais une adolescente qui dessinait beaucoup, j'avais un rapport très particulier avec le dessin et la peinture. Et ma mère m'a dit que la chirurgie plastique c'était un bon compromis entre la science et l'art ! (petit rire). J'étais partie avec cette idée : oui c'est ça qu'il faut que je fasse ! Quelque chose qui soit à la fois scientifique et qui ait une dimension comme ça, plastique et, c'est discutable, mais aussi artistique. C'étaient des idées de petite fille ! (...) quand j'ai commencé à m'intéresser vraiment aux techniques, aux procédés de chirurgie plastique (...) je suis tombée des nues ! J'ai découvert des choses que je n'imaginais même pas ! C'était vraiment une deuxième révélation, le côté technique, c'était vraiment très très étonnant. Voilà, et ensuite j'ai continué à progresser dans ce sens ! (...) Et c'est pour ça que je ne sais pas si c'était une vocation. C'était une idée fixe, c'est sûr ! Une vocation... je ne crois pas beaucoup, parce qu'on ne sait jamais à l'avance sur quoi on va tomber, mais ce qui est certain c'est que... c'est une spécialité qui me comble entièrement, dans toutes mes attentes ! C'est-à-dire, à la fois sur le plan technique, scientifique, sur le plan relationnel avec les patients, sur le plan de la... du côté très créatif de cette spécialité. Je pense qu'il y a beaucoup de chirurgiens de cette spécialité qui sont attirés également par cette dimension-là [l'aspect créatif]... qui n'existe pas de la même manière dans les autres spécialités du médical... (...) Alors vocation, aspiration, je n'en sais rien ! C'est une sorte de réalisation, une sorte de... je ne sais pas comment dire... Mais j'ai mis dix ans à m'en rendre compte, hein !? C'est-à-dire que c'est vraiment quand j'ai compris tous les enjeux de ma spécialité, je me suis dit : mais oui ! Tout prenait sens tout d'un coup ! »

(Entretien avec le Dr Ayed, Alsace, France 2015).

Dans le cas des Docteurs Noguès et Ayed, ce sont donc principalement les rencontres qu'ils ont eues, dans leur jeunesse, avec des patients de la chirurgie reconstructive qui les ont marqués et ont déterminé leur vocation.

Parfois, c'est à la suite d'un accident personnel que le jeune est poussé à s'intéresser à la médecine et à la reconstruction. C'est ce qui s'est produit pour le Dr Knipper qui, à la suite d'un accident de motocyclette dans son adolescence, a bénéficié d'une reconstruction du genou réalisée par un chirurgien plasticien. La rencontre avec ce praticien, qui lui explique en détail l'intervention, le marque profondément. Il est impressionné par sa gentillesse et son charisme. Cette rencontre est déterminante et il se dit qu'un jour il deviendra comme lui. Dans le cas de ce praticien, le facteur déclencheur est directement lié à une expérience marquante, à la fois dans sa chair, la reconstruction de son genou, et dans son esprit, la rencontre avec son chirurgien :

> « En 1975, j'ai dix-sept ans (…) je pique la moto que je viens de me payer. Soudain ma bécane dérape, se couche sur le sol et m'écrase la moitié inférieure de la jambe droite. *Black out.* (…) Les secours rappliquent et me conduisent aux urgences. On me diagnostique un genou détruit et ce qui va avec : les ligaments foutus et les ménisques broyés. (…) Plus tard, je vois mon chirurgien arriver en pyjama, bronzé et beau gosse. Alors que je divague, sonné par la morphine et les analgésiques, je me dis, à moitié dans les vapes : « C'est le métier que je veux faire ! C'est trop cool de bosser en pyjama et en plus de réparer les gens… ». À quoi tient une vocation ! Je plaisante, mais il n'empêche… Cet archange nimbé d'une aura de gloire m'a déterminé. Dans le rôle du malade, j'ai surtout découvert le métier auquel je me destinais depuis l'enfance, vu ma passion pour les livres de médecine. (…) Désespéré j'interrogeais mon réparateur. Avec patience et sollicitude, il me livra les détails de l'opération. Littéralement fasciné, j'enregistrais ce cours particulier de reconstruction, de mécanique à l'échelle humaine. En quelques phrases, la chirurgie devint un métier concret, un art tangible. Ce que je pressentais s'avérait juste. Je voulais faire ce métier pour arracher le mal des corps en détresse, rétablir une harmonie entre les membres, les organes reconstitués, réparés, reconstruits selon leur organisation originelle. Réparateur de gueules cassées, voilà à quoi je me consacrerai. (…) Inutile de le cacher et de jouer les durs, j'ai souffert comme un damné. (…) J'ai enduré un martyre. Curieusement, jamais cette mésaventure n'a ébranlé ma motivation. Plus tard, je ferai de la chirurgie réparatrice, pensais-je pour m'encourager dans l'épreuve. Rien ne m'en aurait fait démordre. Je n'ai jamais eu le moindre problème philosophique ou métaphysique à ce sujet : c'était ça et rien d'autre. Le feu sacré de ceux qui désirent soigner et soulager leurs semblables m'animait. »
> (Knipper, 2007, p. 46-49).

Certains praticiens s'orientent vers la chirurgie plastique après l'avoir découverte pendant leurs études de médecine, d'autres, plus tardivement, souvent après une expérience de bénévolat au sein d'une organisation humanitaire. C'est le cas du Dr Rossi, chirurgien digestif, qui décide de changer d'orientation et de se former à la chirurgie plastique revenant d'une longue expérience dans l'humanitaire où elle s'était confrontée à des reconstructions. La reconversion à la chirurgie esthétique permet au Dr Rossi de découvrir le plaisir du geste fin, ajusté aux morphologies du patient. Ce praticien évoque d'ailleurs le meilleur compliment qu'elle dit avoir reçu en tant que plasticienne : « quand tu opères, tu fais de la dentelle ! ». Le

Dr Rossi parle aussi de la nécessité, pour elle, de sortir du modèle chirurgical standardisé où on opère « en série ». Elle conçoit la relation avec son patient comme un accompagnement de son développement personnel, qui est possible en chirurgie esthétique, parce que les patients n'ont pas un pronostic vital engagé par une maladie grave :

> *« Mon choix [chirurgien esthétique] est un peu particulier, parce que moi avant j'étais un chirurgien général. Je m'occupais de chirurgie digestive surtout. Ensuite, j'ai travaillé en coopération [mission humanitaire], j'ai été en Éthiopie où j'ai fait de la vraie chirurgie générale : digestive, orthopédique, gynécologique, en Afrique on fait un peu de tout! (rire). Quand je suis revenue en Europe, il y avait un décalage, parce qu'ici la chirurgie était devenue la chirurgie du cancer. Dans les services français, les cas les plus fréquents étaient liés au cancer. Surtout le cancer de l'œsophage. J'ai travaillé quelques années en chirurgie digestive, mais pour moi cela était trop lourd. (petit rire) Lourd du point de vue émotionnel, parce que la mortalité était trop élevée. Et donc j'ai fait le choix de passer à la chirurgie plastique-reconstructive qui est une chirurgie très belle, très vaste, qui peut vraiment rendre service aux personnes et en même temps c'est moins lourd du point de vue du pronostic (petit rire). C'est la raison pour laquelle je suis passée à la chirurgie plastique. Je n'ai jamais aimé la manière de faire de beaucoup de chirurgiens, de travailler en série, sans respecter vraiment la personnalité de chaque patient, ni sa physionomie. Je voulais travailler dans la finesse. C'est ce qui m'a vraiment plu dans cette chirurgie, parce que l'on peut faire des interventions en respectant véritablement la morphologie de la personne, en la corrigeant sans suivre les canons de la mode. J'aime pouvoir faire un travail personnalisé, connaître mieux une personne, participer à son développement personnel. Des physiques que l'on peut corriger, cela contribue à la capacité de la personne de s'exprimer, d'être elle-même, d'évoluer dans un sens positif. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Rossi, Paris, France, 2013).*

De son côté, le Dr Perez, mexicain, découvre la chirurgie plastique dans le cadre de ses études, étant invité par un collègue à visiter son service. Son goût des gestes fins, précis (qu'il applique dans le modélisme) lui confirme l'orientation vers la chirurgie plastique.

> *« Je voulais aider, être médecin. J'aime la médecine, j'aime la science, j'aime la recherche. J'ai eu mon diplôme de médecin généraliste à l'université Politecnico Nacional. Après, j'ai travaillé dans un hôpital de la sécurité sociale. Cela a été un peu un accident. Il y avait beaucoup de patients du troisième âge, et je pensais que j'allais me spécialiser en gériatrie. Pour les trois options de spécialisation, j'avais mis : chirurgie, gériatrie et gynécologie. Le choix dépend de tes notes. J'ai obtenu ma première option, chirurgie et je suis entré dans la formation de chirurgie générale. Là-bas, un vieil ami travaillait en chirurgie plastique. Je l'ai rencontré dans le bâtiment et il m'a dit « qu'est-ce que tu fais ? » « Chirurgie générale et toi ? » « Moi chirurgie plastique, écoute pourquoi tu ne viens pas avec nous ? » Moi j'ai toujours aimé le modélisme de bateaux et faire des choses très fines, manuelles et un travail qui requiert beaucoup de précision, et lui, qui connaissait mes intérêts, m'a encouragé. Il m'a dit : cela va te plaire ! J'ai commencé à intégrer l'équipe et l'année suivante j'ai demandé mon changement, parce que cela me plaisait beaucoup. C'est ainsi que je me suis initié à la chirurgie plastique. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2013).*

L'intérêt pour les activités fines, de précision, artistiques est invoqué de manière récurrente pour expliquer l'orientation vers la chirurgie esthétique. Le Dr Garcia en est un autre exemple. Il rappelle que sa vocation première était de devenir musicien. Il s'est engagé dans des études de médecine à contrecœur, avant de trouver, dans la chirurgie esthétique, une spécialité lui permettant de mettre en œuvre sa sensibilité artistique. Il trouve dans celle-ci une satisfaction esthétique personnelle qui va de pair avec la liberté d'exprimer sa créativité.

> « *Moi je voulais être musicien. J'ai commencé la musique tout petit, mais lorsque j'ai eu 5 ans, mes parents, voyant que j'avais des aptitudes pour la musique, m'ont découragé dans cette voie. Ils pensaient que les musiciens vivaient mal et étaient pleins de vices, non ? Ils pensaient que les musiciens n'avaient pas un bon niveau de vie. Plus tard, j'ai repris des études de musique (batterie). Lorsque j'ai dû prendre une décision sur mon avenir professionnel, suivant les tests d'orientation qu'on m'a fait faire, j'ai décidé d'aller en médecine, avec une certaine frustration parce que je ne voulais pas être médecin. Je n'ai pas obtenu de bourse pour les études de musique et j'ai fait médecine en même temps que je jouais dans un groupe de rock. La médecine n'était pas mon premier choix, mais le troisième, je l'ai choisi avec l'espoir d'obtenir de meilleures conditions de vie. (...) Mais la médecine générale m'ennuyait. Ensuite, mon père est décédé. En même temps, mon mariage ne fonctionnait pas. Je ne savais pas quoi faire. Aurais-je dû abandonner l'exercice de la médecine pour ouvrir une pharmacie ? Je me suis mis à réfléchir. Et je suis arrivé à la conclusion que j'aimais tout ce qui se fait avec les mains, j'aime planifier, construire, modifier et j'aime surtout tout ce qui touche à l'art. J'ai fait des recherches et je suis arrivé à la conclusion que la profession qui réunissait tout cela était la chirurgie plastique. Pour moi, la chirurgie esthétique est la spécialisation la plus directement connectée à l'art. (...) Quand j'étais bénévole à la Croix Rouge, j'ai eu beaucoup de satisfaction à aider ces malades à s'en sortir, mais en chirurgie reconstructive, avec les brûlés et les paraplégiques, t'arrives à des résultats esthétiquement moyens, tu as un certain pouvoir, mais il reste relatif. (...) Je savais que les hôpitaux qui enseignaient la chirurgie esthétique étaient au nombre de quatre, car à l'hôpital de la sécurité sociale, ils ne faisaient pas beaucoup de chirurgie esthétique, c'était plutôt de la reconstructive (...) Finalement, j'ai obtenu un poste à l'hôpital Juarez, grâce à Dieu, je crois que cela était le destin, hein ? »*
>
> *(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2013)*

Pour le Dr Barranca, son intérêt pour la chirurgie esthétique est très directement lié à sa passion pour l'anatomie humaine et le corps qu'il considère comme une « très belle machine ». Devenu, dans un premier temps, professeur d'anatomie et de chirurgie générale, sur le conseil d'un ami il s'est spécialisé en chirurgie plastique :

> *« Je crois que j'ai choisi la chirurgie plastique pour plusieurs raisons. Quand j'ai voulu étudier la médecine, à 17-18 ans (silence) ma première motivation était la conscience de la perfection de notre corps. Les muscles, les artères, les veines, le cœur, les organes… c'est vraiment une très belle machine! Je crois que c'est pour ça que je suis allé en médecine. Au début, j'ai étudié différentes matières, dans différents domaines. Ce qui m'a le plus attiré, c'était l'anatomie. À partir de la deuxième année, un professeur de l'école de médecine où j'étudiais m'a recruté*

comme assistant pour donner un cours d'anatomie. J'avais ce rôle d' « instructor » et je n'étais pas payé à cette époque, j'y allais par amour de l'art. J'avais une double activité, car j'étudiais et je donnais des cours! (...) Alors il n'y avait plus qu'à suivre le chemin. Le chemin était là! L'anatomie! Et ce qui était le plus évident, était de poursuivre en chirurgie. (...) Avec le temps, je suis devenu professeur de chirurgie générale. La chirurgie générale est la chirurgie de l'abdomen, un peu de cou, mais ces zones, le chirurgien général n'y touche pas, parce qu'elles dépassent son domaine de connaissances! A la faculté de médecine, j'ai rencontré un jeune chirurgien plasticien, et nous avons été de bons amis…il a été le premier chirurgien plasticien que j'ai connu et un exemple pour moi. Et après, j'ai décidé d'étudier la chirurgie plastique. Il y a beaucoup de motivations, non? »

(Entretien avec le Dr Barranca, Mexico, Mexique, 2017).

D'autres praticiens, comme le Dr Grubers, ne revendiquent pas de vocation particulière pour la chirurgie plastique, ils affirment avoir saisi, tout simplement, une opportunité qui se présentait « par hasard ».

« Je n'avais aucune motivation particulière pour exercer le métier de chirurgien plasticien. Le hasard et la chance ont fait que, quand il y avait une place libre, j'y suis allé. Alors, la première fois, la place libre était en chirurgie. La deuxième fois, c'était en chirurgie orthopédique et traumatologie. Place libre, hop! J'y vais. Et après euh... Il y a eu des événements, des événements qui ont fait que je suis parti en Amérique, trois ans. Là-bas, j'ai travaillé dans un hôpital, en chirurgie plastique. Voilà donc la motivation : le hasard et la chance. »

(Entretien avec le Dr Grubers, Strasbourg, France, 2012)

Le Dr Weibel, praticien hospitalier, s'est orientée d'abord vers la chirurgie générale et seulement dans un deuxième temps vers la chirurgie plastique-esthétique, car à l'époque de sa formation (dans les années 70) il n'existait pas en Alsace de service de chirurgie plastique pleinement développé. Elle suit donc le conseil de son maître et va se former à Paris, en chirurgie plastique maxillo-faciale, avant de rentrer en Alsace et de contribuer, en tant que pionnière, à créer ce service à l'hôpital.

« J'ai fait médecine à Strasbourg, après le bac. J'ai fait l'internat, à l'époque, c'était un concours où étaient reçus les meilleurs quoi, et ensuite on a pu choisir, par ordre de classement, la spécialité qu'on voulait faire. Je voulais faire gynécologie au départ, mais je n'étais pas bien classée. Et je n'ai pas eu de stage en gynécologie. J'ai donc d'abord fait deux stages en chirurgie générale. Un, en urologie et un qui était censé être dans un service qui s'occupait de brûlés. Et là, j'ai découvert qu'il n'y avait pas de chirurgie plastique à Strasbourg, à l'hôpital, il y avait seulement un plasticien. C'était il y a longtemps, j'étais interne en 1972, hein!? Il y avait par contre un service de stomatologie qui venait d'ouvrir, en 1971, je crois. Et donc, le patron de ce service validait la chirurgie plastique et la chirurgie maxillo-faciale, même s'il n'y en avait qu'un tout petit peu, un embryon de service à l'époque. Je suis allée chez lui en 1974, pendant mon internat. J'ai donc fait chirurgie générale, j'ai eu l'équivalence de chirurgie générale, c'est comme ça qu'on faisait à l'époque. J'ai ensuite fait une année de clinicat au centre de traumatologie, à l'époque à Illkirch, chez Duranken, j'ai fait de l'orthopédie pendant un an, et ensuite j'ai été, durant

trois ans, chef de clinique en chirurgie maxillo-faciale chez mon patron Champi, en maxillo-faciale. Et, à sa demande, je suis allée apprendre la chirurgie plastique à Paris, chez Jean Pierre Lagarderie et dans le service du club de [inaudible] à Saint Louis. »
(Entretien avec le Dr Weibel, Alsace, France, 2012)

Parfois, le choix de la spécialité ne tient qu'à une rencontre fortuite avec un domaine particulier de la médecine, lors de l'internat. Le Dr Cournet explique comment son attrait pour la chirurgie plastique s'est développé au fur et à mesure des stages qu'il a effectués.

« D'abord, quand on est étudiant en médecine, on fait des stages en chirurgie et la chirurgie, c'est ce qui me correspondait mieux à la fois de... les qualités manuelles et les qualités intellectuelles. Ensuite, j'ai commencé en gynécologie, donc déjà un attrait, un peu, pour la chirurgie de la femme. J'étais très jeune, à l'époque, j'avais 23 ans quand j'ai commencé mon internat. Je suis tombé sur un stage en chirurgie plastique qui m'a passionné ! Je reste toujours aussi passionné par mon métier ! Voilà. »

(Entretien téléphonique avec le Dr Cournet, exerçant à Lyon, France, 2015)

Le Dr Levallois a toujours voulu être chirurgien, par contre, il est resté assez longtemps indécis sur le choix de sa spécialisation. Attiré par la technicité de la neurochirurgie, il a hésité à s'engager dans cette voie en raison de la gravité des états des patients qui les laisse, parfois, avec de lourdes séquelles. La cardiologie en milieu hospitalo-universitaire aurait pu l'intéresser, mais il a été rebuté par le nombre très restreint de postes dans ce domaine. Finalement, c'est une rencontre marquante, avec un chirurgien prestigieux, qui l'a conduit à se spécialiser en chirurgie plastique. Grâce au compagnonnage d'un maître admirable qui avait la particularité d'être un médecin militaire, il a compris que les deux branches de la chirurgie plastique, la reconstructive et l'esthétique ne sont pas opposées, mais complémentaires.

« J'ai toujours voulu devenir médecin, je pense, bah je ne sais pas, j'aimais bien. Mes parents n'étaient pas médecins. Ma mère aurait voulu faire médecine, mais elle ne l'a pas fait. Donc, peut-être qu'elle m'a poussé inconsciemment à aller en médecine. Moi, de toute façon, j'ai toujours voulu devenir chirurgien. Le choix de la médecine, c'était pour opérer, ce n'était pas la médecine pour la médecine, c'était forcément la chirurgie. (...) Mais j'ai hésité beaucoup entre la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque et la chirurgie plastique.

D'accord. Qu'est-ce qui vous a poussé vers la chirurgie plastique ?
Hum… la neurochirurgie est passionnante, hein !? C'est vraiment l'organe le plus noble, le cerveau, hein !? Les prouesses techniques sont formidables en neurochirurgie ! (...) Mais les difficultés c'étaient… bon, malheureusement les patients sont très abîmés hein ? Quand on a un problème au cerveau, vous pouvez imaginer qu'on a pas mal de séquelles (soupir) Ce n'est pas un contact normal, hein !? (...) C'est une ambiance très, très difficile, hein !? Moi j'aime bien, quand même, le contact avec les gens, pouvoir parler, et tout ça, et en neurochirurgie, c'est

plutôt la réanimation, une ambiance assez… particulière. (…) La chirurgie cardiaque m'aurait plu aussi. Pas mal ! C'était l'époque où on faisait encore - c'était au début - des transplantations et tout ça… (…) Effectivement, si on a la chance de pouvoir faire une carrière à l'hôpital, on a une activité très enrichissante… et stimulante. Mais, ce n'est pas le cas de tous les chirurgiens cardiaques, parce qu'il n'y a pas beaucoup de postes à l'hôpital. Les gens se retrouvent en ville pour des activités moins glorieuses, hein !? Chirurgie de veines et tout ça (…) C'est une chirurgie qui ne pardonne pas les erreurs, donc c'est vrai qu'il faut avoir les nerfs solides, il faut être très, très, très costaud ! (…) La chirurgie plastique m'a toujours plu aussi… elle est connue à travers l'esthétique. (…) Ensuite, par hasard (…) j'ai rencontré un jour un professeur, un militaire d'ailleurs (…) qui faisait beaucoup de réparatrice… mais aussi beaucoup d'esthétique. C'était très… très étrange… Enfin, on ne penserait pas qu'un militaire, il fasse beaucoup d'esthétique aussi ! C'était cette dualité qui était intéressante. (…) ce monsieur vraiment… c'est quelqu'un qui m'a tout apporté, parce que… son parcours était tellement riche. C'était une personne avec une énorme et incroyable expérience, il a vécu les pires choses ! (…) Après, j'ai quand même compris que, finalement, le fait de pratiquer un aspect de la spécialité aide à mieux pratiquer l'autre ! C'est-à-dire, en réalité, on peut être excellent en chirurgie esthétique grâce à son expérience en chirurgie réparatrice, et inversement. »

(Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015)

FORMATION HOSPITALIÈRE

Après la Deuxième Guerre mondiale, la chirurgie plastique reconstructive a progressivement été introduite dans les institutions hospitalières du monde entier. Néanmoins, elle n'a été reconnue que tardivement comme une spécialité à part entière. En France, ce n'est qu'en 1988 qu'elle est instaurée formellement comme une spécialité. Depuis, c'est le Conseil national de l'Ordre des médecins qui attribue le titre de chirurgien plasticien aux praticiens, après un examen d'évaluation. Cette institution délivre également une certification à des chirurgiens non spécialistes en chirurgie plastique (ORL, stomatologues, maxillo-faciales, ophtalmologues et dermatologues), si ces derniers prouvent avoir suivi une formation en chirurgie plastique et à condition qu'ils ne l'exercent pas hors du champ de leur spécialisation[142] (Nahon, 2007, 17).

Au Mexique, la chirurgie plastique s'est institutionnalisée à partir des années 70, sous impulsion de quelques pionniers comme le Dr Fernando Ortiz Monasterio. L'histoire de cette spécialité nous est transmise au travers des témoignages recueillis par le Dr Carlos Del Vecchyo (1993 et 2015). Ces ouvrages, non seulement retracent l'histoire de la pratique, mais rappellent aussi, face aux nombreuses appropriations illégitimes, ce que signifie être

142 Par exemple, les ophtalmologues peuvent exécuter des blépharoplasties, car cela concerne leur domaine, ou leur « zone » de spécialisation, à savoir les yeux. Par contre, ils ne sont pas autorisés à réaliser des liposuccions ou une intervention sur une autre partie du corps.

chirurgien plasticien, une identité professionnelle construite longuement au fil des cinquante dernières années.

> « Nos collègues d'autres spécialités, médecins généralistes et imposteurs, ont contribué à mettre en lumière la chirurgie esthétique, en tant que valeur d'échanges et moyen pour engendrer des profits et obéir aux dictats du lucre. Dans ce contexte, la lecture de notre histoire collective est une invitation à un travail de mémoire et à une prise de conscience de ce que signifie pour nous être des chirurgiens plasticiens. Qui ignore le passé ne peut pas vivre le présent pleinement, et encore moins planifier le futur. Aujourd'hui, alors que la chirurgie plastique atteint un niveau de reconnaissance jamais vu auparavant, il est nécessaire pour nous, spécialistes, de renforcer le sens et la conscience de nos racines » (Del Vecchyo, 1993, 11).

Le Dr Javier Pedroza Aguayo, interviewé par le Dr Del Vecchyo, rappelle que, dans les années 50 à 60, l'enseignement était tutélaire, et ne s'est formalisé avec des programmes précis qu'à partir des années 70 :

> « En 1958 j'étais l'assistant du Dr Gonzalez Rodriguez. À cette époque, on pouvait se spécialiser de manière tutélaire, c'est-à-dire que tu « te collais à quelqu'un », tu faisais un peu de tout, tu apprenais peu à peu, suivais ton maître partout, préparais le patient, tu le rasais, tu t'assurais qu'il était lavé et tu préparais les instruments, tout était sous ta responsabilité. Nous nous sommes réunis deux fois en 1969 et 1970 avec les autres plasticiens de l'AMCP (Associacion Mexicana de Cirugia Plastica) et nous avons rédigé les nouveaux statuts de l'association. Plus tard, j'ai participé au groupe qui a élaboré les statuts de la Sociedad Latinoamericana de cirurgia plastica, devenue ensuite la Sociedad Iberolatinoamericana, incluant l'Espagne et le Portugal. » (Del Vecchyo, 2015, 38-40).

Les programmes d'enseignement de la chirurgie plastique commencent à être formalisés à partir des années 70. La création de services hospitaliers dédiés exclusivement à cette spécialité a facilité la mise en place et la transmission des enseignements. Le Dr Pedroza Aguayo évoque l'existence d'une coordination internationale des sociétés savantes de différents pays (à l'échelle iberolatinoamericaine) réunies pour définir des standards homogènes concernant la formation des futurs chirurgiens. Cette information est intéressante, car elle nous montre que les plasticiens du continent latino-américain et de la péninsule ibérique avaient la volonté de créer des collaborations universitaires à l'échelle internationale, probablement en vue d'échanges de formations.

Cette volonté d'homologation du parcours de spécialisation en chirurgie plastique est désormais actée, et dans les deux pays concernés par notre étude, la France et le Mexique, on observe une concordance des programmes. La formation dure en moyenne douze ans. Elle implique un premier cycle de médecine générale (six ou sept ans), un deuxième cycle de chirurgie générale (deux ans) et enfin un troisième cycle de spécialisation en chirurgie

plastique reconstructive et esthétique (quatre ans).[143] La formation en chirurgie prévoit l'étude de l'anatomie, la dissection de cadavres et, dans un deuxième temps, la chirurgie sur les corps vivants. Les étudiants sont assistés par leurs maîtres et gagnent progressivement en autonomie. Avant de choisir leur spécialité, ils sont amenés à travailler dans des services dédiés à différentes spécialités chirurgicales: cardiaque, plastique, générale, maxillo-faciale, pédiatrique, thoracique, vasculaire, neurochirurgie. Une fois diplômés, les praticiens se regroupent au sein de sociétés savantes[144] qui organisent régulièrement des congrès visant à mettre à jour les compétences des praticiens.

Circulation des apprentis chirurgiens

L'histoire de la médecine montre que la mobilité des étudiants, dans le cadre de leur formation, a toujours existé et a contribué à des échanges fructueux et à la diffusion des techniques. À partir du XXe siècle, ces mobilités se systématisent dans le cadre d'échanges formels internationaux et les liens académiques entre les pays se renforcent. Nous assistons à une mondialisation progressive de la culture biomédicale hospitalière ainsi que de ses spécialisations. En chirurgie plastique, nous constatons que la mobilité des apprentis est importante, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Elle s'organise de manière assez fluide et encourage les étudiants à se former auprès de maîtres de grande renommée, spécialisés dans l'une ou l'autre technique.

Autrefois, c'était à leur propre initiative que les praticiens allaient à la rencontre de maîtres réputés afin d'enrichir leur formation, comme ce fut le cas pour le Dr Galand. Ce dernier entreprit, dans les années 50, un tour du monde, poussé par l'envie de tisser des liens avec d'autres praticiens et de découvrir les avancées de la chirurgie plastique dans d'autres pays (Galand, 1959). Comme nous l'avons déjà vu dans son récit biographique, dans les années 60 le Dr Ivo Pitanguy part aux USA et en Europe pour étudier la chirurgie reconstructive. À cette occasion il a rencontré les maîtres pionniers de la chirurgie plastique qui s'étaient démarqués pendant les guerres mondiales (Pitanguy,1983). Revenu dans son

143 Selon mes interlocuteurs, la spécialisation en chirurgie plastique est une des plus prisées, en France et au Mexique. Seuls les majors de promotion auraient accès au choix de cette spécialité.

144 En France existent deux sociétés nationales regroupant les chirurgiens plasticiens, la SOFCPRE (Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice & Esthétique) et la SOFCEP (Société Française des Chirurgiens Esthétiques Plasticiens). Au Mexique existe une société savante, l'AMCPER (Associación Mexicana de Cirugia Plastica, Estética y Recostructiva).

pays, Pitanguy devient une référence pédagogique pour des générations d'apprentis chirurgiens, brésiliens et étrangers, comme il l'était pour le Dr Knipper (Knipper, 2007).

Cette circulation des personnes et des savoirs contribue largement à une uniformisation des contenus de la formation des chirurgiens plasticiens.

> *« Actuellement, dans la formation en chirurgie plastique, il n'y a aucune différence entre l'Amérique, l'Europe et les autres continents. Avant, il y en avait, mais maintenant il n'y en a plus. De fait, nos microchirurgiens ont des relations très étroites avec le Japon, la Chine, ils circulent entre ces pays. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Luna, Mexico, Mexique, 2016).*

Les enseignants hospitalo-universitaires de chirurgie plastique que j'ai interrogés en France ont confirmé accueillir des internes venant du monde entier. De nombreux pays ont été évoqués : Italie, Roumanie, Belgique, Luxembourg, Allemagne, Arabie Saoudite, Bosnie, pays d'Afrique Subsaharienne et du Nord, pays d'Amérique du Sud. Certains des praticiens étrangers interviewés –des Italiens et des Roumains– se sont installés en France après leur internat. Au Mexique, j'ai rencontré seulement un plasticien étranger –colombien– installé dans la Baja California.

Voici le récit des voyages de formation du Dr Balasko, chirurgienne roumaine installée à Strasbourg:

> *« Je suis originaire de Roumanie, j'ai fait toute ma scolarité et mes études à l'université là-bas, c'est-à-dire j'ai passé un examen pour accéder à la spécialité que j'ai commencé à étudier en Roumanie. J'ai un diplôme là-bas. Je suis restée les trois ans de spécialité en Roumanie. J'ai choisi ensuite de faire ce qu'on appelle, en anglais, un internship, une bourse de stage. Et je suis partie au Japon pendant un an pour un stage sur les malformations urogénitales. Après, je suis retournée en Roumanie où je suis restée encore quelques mois. J'ai eu l'opportunité de venir en France pour travailler en chirurgie de la main, deux ans d'internat de spécialité chez un chirurgien d'ici. Et ensuite, bah j'ai passé le diplôme roumain et j'ai eu des équivalences en France, ce qui, maintenant, avec l'Europe, suffit et j'ai passé des examens. En complément, j'ai fait un DU de microchirurgie. Ensuite, j'ai fait pendant un an des remplacements, je n'étais pas installée, je ne travaillais pas à l'hôpital. J'ai connu le patron de cette clinique (...), je suis venue plusieurs fois, plusieurs mois de suite. Et après, j'ai eu l'occasion de faire des remplacements de trois mois en chirurgie plastique, en Nouvelle Calédonie. Quand je suis revenue, j'ai eu la proposition de m'installer. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Balasko, Strasbourg, France, 2012).*

Le voyage de formation à l'étranger n'est pas une obligation, mais un « plus » permettant d'apprendre de nouvelles techniques ou de se spécialiser auprès d'un maître, de

tisser des liens avec des collègues à l'étranger et ainsi, d'enrichir son curriculum vitae, ce qui n'est pas négligeable pour les jeunes apprentis.

Apprentissage « brutal »

La sociologue Emmanuelle Zolesio,[145] s'est longuement intéressée aux dynamiques d'apprentissage et d'enseignement de la chirurgie dans le cadre hospitalier qu'elle dénonce, car elle les définit comme violentes et brutales (2013, 2015). Elle pointe la « rigueur pédagogique, faite de violence symbolique, de brimades verbales et morales répétées, qui ne vont pas sans forger un certain éthos, fait de virilité et d'endurance » (2013).

> « Dans un premier temps, être socialisé à l'univers chirurgical, c'est inévitablement être socialisé aux rapports hiérarchiques et à la « sacro-sainte » rigueur professionnelle. La rigueur de l'apprentissage, qui passe à la fois par une exigence technique et une pression morale de chaque instant, est telle que l'on peut parler d'apprentissage « par claques » ou d'enseignement « à la dure » que les internes en formation ne manquent pas de ressentir violemment. » (Zolesio, 2015, 141)

La sociologue observe les contraintes de travail posées aux apprentis chirurgiens, lesquels doivent travailler pendant de longues journées, souvent de 7 heures à 21 heures, sans compter les gardes et les astreintes. L'apprentissage de la chirurgie peut être comparé, selon Zolesio, à la socialisation des soldats dans une caserne et « exige des internes une disponibilité quasi permanente et une présence prolongée avec des horaires lourds, des gardes et des astreintes » (Zolesio, 2013, 97). Les apprentis sont encadrés par des chefs de service de deux types : les « paternalistes » (minoritaires) et les « petits tyrans » (majoritaires) (*idem*). Ces derniers contraignent les internes à la « perfection », c'est-à-dire « savoir se tenir », « savoir tenir les instruments » et développer leur habileté manuelle, etc. (*idem*). Zolesio observe comment le caractère des apprentis est mis à l'épreuve par les maîtres, à force d'humiliations et de « claques » morales. L'objectif serait de les contraindre à quitter la formation ou à « s'aguerrir ». Cet endurcissement est vu par Zolesio comme une virilisation et il concernerait également les femmes.

Conjuration des risques opératoires

Quelles sont les raisons qui fondent cette rigidité de l'enseignement chirurgical ? Une explication possible pourrait résider dans les enjeux vitaux qu'engage pour le patient l'acte

145 Je me réfère aux observations de cet auteur, car je n'ai pas enquêté personnellement auprès des internes hospitaliers.

chirurgical. Le chirurgien doit faire preuve de responsabilité et de rigueur, afin d'éviter que des tragédies ne se produisent avec d'éventuelles retombées judiciaires. Les chirurgiens, qui ont provoqué des décès par négligence, ont tendance à être plus stricts avec leurs internes, pour qu'ils ne répètent pas leurs propres erreurs (Zolesio, 2015, 98).

> « Il n'est pas rare que, suivant sa propre expérience, un chirurgien senior se focalise sur la transmission et la reproduction stricte d'un geste ou d'une technique par ses internes pour conjurer la possibilité de mauvaises suites opératoires » (Zolesio, 2013, 98).

Le terme de « conjuration », utilisé par Zolesio, a des connotations fortes en anthropologie.[146] Adopter une logique conjuratoire suppose de faire référence à des représentations « superstitieuses » de type défensif, pour éloigner un danger. En effet, en chirurgie, les complications possibles et les risques sont nombreux, y compris celui de décès qui n'est jamais à écarter. Des stratégies conjuratoires sont donc mises en place par les chirurgiens pour « repousser » le danger. Cela se traduit par la création ou l'adoption de ritualisations qui paraissant arbitraires, ou illogiques, mais respectent un critère superstitieux, dont la logique est propre aux représentations du praticien, comme : exécuter les interventions toujours à la même heure, avec la même équipe, prononcer (ou non) certains mots, respecter les silences (ou parler) aux bons moments, rire, plaisanter, exécuter les gestes dans le même ordre, avec les mêmes instruments, utiliser toujours la même technique (bien que d'autres, plus performantes, existent), écoutant un certain type de musique,[147] etc. Un chirurgien s'entretenant avec le psychologue Mihály Csikszentmihály s'exprime ainsi:

> « Quand tu sais qu'une opération est en train d'arriver, c'est dans ta tête et cela occupe toutes tes pensées. Tu es excité, tendu et préoccupé. Tu anticipes tous les petits détails qui pourraient mal se passer. Avant une intervention j'ai une certaine façon de faire, un scénario, une routine. Je me mets en mode pilote automatique. Je mets en place des schémas, je mange à la même heure, je conduis à l'hôpital de la même manière, etc. » Entretien avec un chirurgien fait par Csikszentmihály (2000, 131).

Le chirurgien se sent beaucoup plus à l'aise quand il a la possibilité de travailler dans le respect absolu de ses habitudes, de ses rituels. Travailler toujours avec les mêmes instruments fait aussi partie de cet attachement du chirurgien expert :

---

146 Selon la définition du CNRTL, la définition du terme conjuration : « Formules pratiques, magiques pour détourner des influences maléfiques » ou bien l'action d'éloigner un danger quelconque » < https://www.cnrtl.fr/definition/conjuration> consulté le 14/11/2020.

147 Selon mes observations de terrain menées auprès de chirurgiens plasticiens.

« Beaucoup de chirurgiens sont attachés à “leur boîte” qui dépasse le simple argument technique et renvoie (…) aussi à la dimension propitiatoire, magique donc, qui entoure toute activité à risque » (Pouchelle, 2008, 142).

Mon étude de terrain me l’a confirmé : les chirurgiens ont leurs habitudes, leur routine, leurs rituels au bloc opératoire ou bien en consultation. Ces habitudes peuvent paraître « irrationnelles » ou « superstitieuses » de premier abord, mais elles contribuent sans doute à rassurer les praticiens dans leur pratique quotidienne. Un de mes interlocuteurs, le Dr Garcia, m’a raconté, très ému, les deux décès auxquels il a été confronté durant sa carrière. Ils se sont produits, selon lui, parce qu’il avait brisé un interdit, une recommandation faite par un de ses maîtres à l’hôpital :

« Cela [le décès des patients] m’est arrivé seulement deux fois. Il y a des choses dont les gens pensent qu’elles sont des superstitions, mais non. J’avais un maître de chirurgie générale, qui nous disait sur un ton très sûr: “ Mes enfants, ne soyez pas stupides, apprenez à entendre les voix de Dieu. Quand une opération est reportée trois fois, ne la faites pas… parce que la personne va mourir. ” Une fois, j’ai opéré un jeune homme de 27 ans, dont l’intervention avait été annulée trois fois. Il me disait qu’il sentait qu’il allait mourir. 21 jours après l’opération, il est mort d’une complication très rare, un abcès cérébral. Je n’ai jamais oublié. Depuis ce jour, quand une patiente me dit “ Oh, docteur, je sens que l’opération va mal se passer” , j’arrête tout. Il faut être clair sur les risques, dès la première consultation. Il n’y a pas d’argent qui rachète cette souffrance morale. »

(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, 2013).

Le respect de certaines routines, rituels, représentations ou croyances de type superstitieux, se transmet de maître à élève. Parfois, ces recommandations ont un caractère directif et, bien qu’elles ne soient pas basées sur la rationalité et la logique, elles suivent à un processus de cristallisation de l’expérience clinique du maître. Présenter la transmission des techniques chirurgicales (mais aussi du savoir-faire et du savoir-être) sur un mode directif avec une connotation cruelle, voire sadique des chirurgiens –tel que le laisse entendre Zolesio– me semble être une perspective caricaturale. Quand bien même il existerait des enseignants sadiques, cette attitude ne devrait pas être attribuée à l’ensemble des maîtres.

Voyons un exemple cité par Zolesio, d’un chirurgien qui tenait à enseigner sa propre technique à une étudiante. Celle-ci s’est sentie blessée et frustrée de ne pouvoir utiliser une autre technique apprise auprès d’un autre maître :

« Le lendemain soir, je réalise l’entretien avec Alessia [interne]. C’est l’occasion pour moi de mieux comprendre l’incident : dans le service, le professeur souhaite que seule sa méthode soit appliquée pour les ponctions pleurales. Alessia est chargée d’en effectuer une, mais ne connaît que l’autre méthode. Aussi a-t-elle convenu avec Alain qu’il lui montrerait celle du professeur Soquet. Quand ce dernier demande si l’acte a été bien réalisé, Alain explique qu’il est sur le point d’en faire la

> démonstration. Le professeur décide alors de s'en charger lui-même et théâtralise son enseignement en conviant tous les internes. » (Zolesio, 2015, 31).

Dans un autre extrait, Zolesio explique le sens de l'attitude sévère de ce maître, précisément parce qu'il a fait l'expérience du décès d'un patient au bloc opératoire, dont il se sent responsable :

> « Denis, praticien hospitalier, explique ainsi comment il est devenu extrêmement " pénible " avec ses internes, depuis qu'il a associé une de ses propres négligences professionnelles au décès du patient qui s'en est suivi : "Je me rappelle personnellement, d'avoir tardé à changer une canule de trachéotomie, et le malade en est mort […] Donc moi, je suis très exigeant vis-à-vis de moi-même et je suis très exigeant – peut-être moins – vis-à-vis des internes, mais c'est vrai que je ne leur laisse pas passer de choses". On voit donc bien comment l'expérience professionnelle, et notamment les accidents opératoires ou postopératoires, en plus de la rigueur de la formation, intervient dans la socialisation des chirurgiens par le caractère impératif des indications et des gestes techniques, conduisant parfois à des attitudes perçues par les collaborateurs comme de la « maniaquerie », de la "psychorigidité" ou de la "paranoïa".» (Zolesio, 2013, 98)

En ce sens, il serait plus important de comprendre pourquoi certains praticiens développent de telles attitudes particulièrement strictes et sévères, que d'attribuer à tous les praticiens un « sale caractère » ou un penchant à perpétrer des injustices contre les apprentis. Les habitudes d'un chirurgien sont comparables à celles de l'artisan, car une fois assimilées, ne sont pas changées facilement. Le chirurgien confirmé « s'accroche » à ses habitudes, car elles constituent un cadre sécurisant pour affronter plus sereinement l'imprévu. Déroger à ces rituels pourrait briser l'ordre de ses représentations, le déstabiliser et donc l'exposer au risque. C'est pourquoi il tient à transmettre aux apprentis ses habitudes, ses manières de faire non pas par ego, mais parce qu'il est persuadé de l'efficacité de ces gestes. Dans cette perspective, l'attitude autoritaire permet au chirurgien de transmettre ses « manières de faire » dont la logique rationnelle n'est pas toujours formalisable.

Par ailleurs, il faudrait aussi s'interroger sur le poids des conditions structurelles (l'ambiance hospitalière) sur les médecins et sur les apprenants en médecine. Ces derniers sont effectivement soumis à un rythme de travail assez intense et à des conditions structurelles qui ne sont pas optimales. Dans un contexte pareil, s'attendre à une absence de conflit ou de malentendu (entre les soignants ou avec les patients) paraît utopique.

Rites d'initiation en chirurgie

D'autre part, Zolesio laisse entendre que ce comportement serait à voir comme un « rite d'institution »,[148] par lequel les maîtres marquent leur différence de statut avec les jeunes, et leur infligent les mêmes souffrances qu'ils ont eux-mêmes subies pendant leur propre formation.

Or, considérer ce type de dynamique sous l'angle anthropologique nous incite à parler plutôt de rites de passage ou d'initiation pour désigner « un ensemble de rites et d'enseignements oraux, qui poursuit la modification radicale du statut religieux et social du sujet à initier. Philosophiquement parlant, l'initiation équivaut à une mutation ontologique du régime existentiel » (Eliade, 1959, 10). Les rites d'initiation traditionnels prévoient d'extraire les initiés de leur environnement habituel, de les soumettre à de nombreuses épreuves physiques et psychologiques, parfois humiliantes et traumatisantes, pour une période allant de quelques jours à plusieurs années. Les rites de puberté peuvent être assez brutaux : les novices sont séparés de leurs mères, isolés dans la brousse pour être instruits selon les traditions religieuses de la tribu, tout en subissant « des opérations comme la circoncision, l'extraction d'une dent, la subincision, mais aussi la scarification ou l'arrachage des cheveux » (Eliade, 1959, 26).[149] Les novices « doivent adopter un comportement spécial, affronter un certain nombre d'épreuves et d'interdictions alimentaires » (*idem*) ; chez les Wiradjuri, ils sont privés de sommeil pour montrer leur endurance :

> « [Les novices]…ne peuvent se coucher qu'assez tard. Il y a là une épreuve spécifiquement initiatique, attestée universellement, même dans les religions assez évoluées. Ne pas dormir, ce n'est pas seulement vaincre la fatigue physique, c'est surtout faire preuve de volonté et de force spirituelle: rester éveillé veut dire qu'on est conscient, présent au monde, responsable » (Eliade, 1959, 44).

Au terme de cette période initiatique, « le néophyte jouit d'une toute autre existence qu'avant l'initiation : il est devenu un autre » (*idem*). Dans une optique anthropologique nous pourrions postuler une comparaison entre ces rites d'initiation « traditionnels » et l'apprentissage de la chirurgie hospitalière. De fait, cette dernière s'inscrit dans un processus d'initiation, d'autant plus significatif qu'il est « brutal » et contraignant. Bien évidemment, tous les novices ainsi que les apprentis chirurgiens ne réussissent pas leur initiation. Certains

---

148 Selon Pierre Bourdieu, la fonction sociale du rituel est de marquer sur l'individu l'entrée dans un groupe de référence différent de celui d'appartenance. C'est pourquoi le rite permet d'instituer cette différence entre les membres d'un groupe et d'un autre groupe. Le rôle des rites serait « [celle] d'instituer ainsi une différence durable entre ceux que ce rite concerne et ceux qu'il ne concerne pas. C'est pourquoi, plutôt que rites de passage, je dirais volontiers rites de consécration, ou rites de légitimation ou, tout simplement, rites d'institution » (Bourdieu, 1982, 58).

149 Eliade fait référence à une cérémonie de bora chez les tribus d'Australie orientale.

abandonnent en cours de formation, tandis que les plus résilients vivent l'adversité comme un défi. Ils choisissent même d'être initiés par les maîtres les plus sévères et exigeants, avec l'objectif de se dépasser et réussir à incarner pleinement la figure prestigieuse du chirurgien.

Demandons-nous, toutefois, si cette initiation a les mêmes caractéristiques pour toutes les spécialités chirurgicales. Selon Zolesio, certaines spécialités seraient plus violentes que d'autres : « l'éthos chirurgical brut et brutal (…) semble caractéristique de la matrice chirurgicale dans les grandes spécialités que sont, par exemple, la chirurgie générale et digestive d'une part, et la chirurgie orthopédique d'autre part » (Zolesio, 2015, 32).

Les témoignages des chirurgiens plasticiens nous révèlent un scénario différent que celui que nous venons d'examiner. Lorsqu'ils évoquent leur période de formation et l'initiation qu'ils ont reçue de leurs maîtres, les plasticiens en parlent plutôt dans des termes positifs et structurants. Le Dr Nahon, plasticien, rappelle que :

> "Au-delà de l'aspect technique [la formation] inculque une discipline morale. L'école de chirurgie est une véritable éducation scientifique et humaine. Les valeurs enseignées sont le respect du malade, du corps humain, les notions de responsabilité, de devoir et de courage. Cette formation constitue la sécurité des patients » (Nahon, 2007, 18).

Le Dr Ayed, jeune chirurgien plasticien, évoque son expérience de formation et le lien avec les maîtres charismatiques qui l'ont initiée à la chirurgie esthétique. Ces derniers sont évoqués avec affection et admiration, car ils lui ont transmis leur vision d'une pratique chirurgicale qui unit la reconstruction et l'esthétique. Elle a vécu cette approche comme une révélation qui l'a motivée à poursuivre dans cette spécialité :

> ***« Vous parlez d'initiation à la chirurgie esthétique, pourriez-vous évoquer votre expérience de formation ? Y a-t-il eu des maîtres qui vous ont influencé plus que d'autres ?***
> *Bah, c'est évident ! C'est sûr ! Ce sont de grandes rencontres. Moi je suis d'une école strasbourgeoise, qui m'a appris une forme de rigueur qui, je pense, ne me lâchera jamais ! C'est le côté vraiment très chirurgical de la chirurgie plastique que j'ai appris ici, et je suis très contente de cet enseignement-là. Mais pour le développement de l'idée que je me fais de cette pratique et de l'endroit où j'ai envie de l'amener, je dirais que le premier choc n'a pas été avec un chirurgien. Le premier choc a été avec Monsieur L..., un médecin anesthésiste-réanimateur, qui était chef de service des grands brûlés à Lyon. Je l'avais rencontré parce que j'avais fait un travail sur son père qui était un grand anatomiste, très connu. Les L. [nom de famille de son maître], vous verrez si vous avez des bouquins d'anatomie. Et du coup, j'avais pris contact avec lui pour lui montrer mon travail, lui demander des renseignements, etc. Après la présentation de mon travail, la publication de l'article et tout ça, on a eu l'occasion d'aller dîner ; il était très paternaliste et la manière dont il m'a parlé à ce moment-là a été assez remarquable. Il m'a demandé ce que je voulais faire de ma pratique. Et je lui ai dit que je voudrais faire de la chirurgie réparatrice sur les cancers des seins, les séquelles de brûlures... Lui était chef de service des grands brûlés, donc il avait beaucoup d'expérience dans la réparation des brûlures. C'était un service très réputé et exceptionnel. Il m'a regardée comme*

ça, et il m'at dit: « Vous pensez que quand vous reconstruisez quelque chose, c'est pour faire moche ? Vous ne croyez pas que l'esthétique ça n'a pas aussi son importance ? » « Si monsieur, bien sûr ! » (rire) Le fait que ce personnage-là, qui avait passé sa vie à faire de la reconstruction me dise « mais non la chirurgie esthétique, c'est pas du tout une option dans votre spécialité... c'est majeur dans la réflexion que vous devez avoir ! Ça m'a beaucoup choquée ! Enfin, beaucoup interpellée. Là j'étais déjà en troisième année d'internat hein ? Donc c'était... deux années et demi avant la fin du parcours. J'étais à la moitié du parcours ! Moi, j'étais fixée sur la réparatrice, il n'y avait que ça qui m'intéressait, et puis tout d'un coup, la rencontre avec ce grand monsieur m'a fait réfléchir. Et ça m'avait choquée et c'est pour ça que j'ai décidé de faire mon master sur la chirurgie esthétique et d'approfondir ma réflexion, et notamment sur la porosité entre chirurgie reconstructrice et chirurgie esthétique. Et je me suis intéressée à cette thématique-là, un peu à cause de lui, quoi. Sinon, je pense que cela ne me serait pas venu à l'idée ! Donc il a été... un de mes premiers maîtres, je crois. Mais je ne pense pas qu'il le sache. Mais c'est vraiment une grande réflexion ! Et puis, ensuite, il y a eu d'autres personnes... dont le charisme… hein !' C'est vrai ! Et puis l'approche m'a bouleversée, hein !? Dans leur approche avec les patients, je pense à V. M. que j'ai eu la chance de rencontrer, et qui humainement est admirable, en plus d'être un grand chirurgien. Son approche, son expérience... quand on sait... pourquoi V. M. est un personnage intéressant ? Parce qu'il est l'un des fondateurs de la chirurgie de la main en France ! C'est lui qui a fait de cette spécialité une spécialité bien organisée, structurée... il a beaucoup formé ses internes sur ça, ils ont fait avancer beaucoup de choses ! La chirurgie de la main est une spécialité frontière, comme la chirurgie plastique, donc ils étaient à l'époque... c'est « l'école de Boucicaut », c'est l'école de P. K. d'ailleurs ! C'est R.V., V. M., puis K., S. qui sont les héritiers de tout ça. C'est une école particulière hein !? Et pourquoi ils ont une approche particulière ? Parce que ce sont des reconstructeurs avant tout ! Et des reconstructeurs comme il n'y en a pas beaucoup ! La chirurgie de la main, c'est un enjeu fonctionnel majeur ! Puisque la main évidemment, sans la fonction, c'est pas grande chose ! Donc écouter un grand reconstructeur, l'entendre parler de la chirurgie esthétique avec autant d'intelligence et de passion... ça fait réfléchir ! (...) Quand on voit des gens comme ça, irréprochables au niveau de la réparatrice, qui n'ont pas besoin de ça pour se faire de l'argent, et qui ont une grande intelligence, une grande intelligence vraiment, des gens qui sont hors norme en termes d'intelligence, qui arrivent à des conclusions comme ça. (...) ils m'ont fascinée... »

(Entretien avec le Dr Ayed, Alsace, France, 2015)

De son côté le Dr Higos se rappelle, avec beaucoup d'affection, de son maître Fernando Ortiz Monasterio, avec lequel il avait un lien très étroit. Au Mexique, Monasterio a été un pionnier de la chirurgie plastique et maxillo-faciale, il était connu dans le monde entier. Ce maître avait la réputation d'être extrêmement rigoureux et très rigoureux dans sa recherche de l'excellence. Le Dr Higos s'en souvient aussi comme d'un bon vivant, aimant la navigation sportive à voile et la tequila, passions qu'il partageait avec ses collègues et ses élèves.

« [Fernando Ortiz Monasterio] disait souvent "ne jamais se déclarer satisfait". Toujours chercher l'excellence dans ton travail. C'était une norme. Nous avons rendu hommage à ses vingt-cinq années d'exercice avec un livre intitulé : "25 années en quête d'excellence". Chacun d'entre nous y rappelait une anecdote en particulier avec lui. Il était très exigeant, mais ce qui lui plaisait plus que tout, à côté de son travail, était de faire la fête. Marié à Cuyito, une femme très belle, il a eu huit fils. Cultivé, bien habillé, il conduisait une voiture sportive, il avait une maison en Valle Del Bravo, devant un lac. C'est un lieu très beau. Là-bas il y avait

un club de voile, et il a invité Paul Tessier à faire de la voile avec lui. Il faisait du ski alpin et du ski nautique, il buvait de la tequila, du whisky, c'était un scientifique et un " bon vivant ". Nous avons travaillé ensemble de nombreuses années. Je l'ai vu évoluer durant les différentes étapes de sa vie. Nous l'avons enterré en 2012, mais j'aime me rappeler de lui, souriant, avec une coupe de tequila à la main ! Un type fantastique ! Nous rappelons ces souvenirs pour témoigner de notre admiration, parce qu'il continue d'être un exemple d'investissement dans le travail et de dévouement professionnel. Sa carrière et sa vie continuent d'être des exemples de loyauté et de dévouement au patient et à la méthode scientifique, les pierres angulaires de sa pratique. Pour les jeunes, son souvenir reste celui d'un homme d'un extraordinaire comportement professionnel, en recherche continue d'excellence scientifique. (...) Il a participé aux Olympiades, il faisait du voilier et nous allions tous les week-ends faire de la voile à Valle De Bravo. À partir d'un certain moment, nous sommes devenus comme une famille élargie. En 1971 notre association est née. Tout d'abord il s'agissait des chirurgiens de l'hôpital général de Mexico, ensuite nous lui avons donné le nom de Ortiz Monasterio. L'association s'appelait FOM (Fernando Ortiz Monasterio), mais seuls ses étudiants pouvaient l'appeler ainsi. Il a énormément influencé nos vies, il a su créer une magnifique école de chirurgie que nous devons continuer à faire exister. Nous avions le privilège d'être des étudiants "FOM made". Pendant les fêtes et les réunions, nous avions l'obligation de rester ensemble, de faire école. Maintenant, nous sommes à 50 années de quête d'excellence ».

(Entretien avec le Dr Higos, Mexico, Mexique 2017)

Le charisme de Fernando Ortiz Monasterio a marqué des générations d'apprentis qui se sont formés à ses côtés. Son secret a été de savoir créer une dynamique de partage informel avec ses élèves, qui se sont sentis inclus dans une ambiance familiale et bienveillante. En général, ce sont les « maîtres fondateurs d'école » qui réussissent le mieux cet objectif fédérateur (p.ex. Fernando Ortiz Monasterio au Mexique, Raymond Vilain en France, Ivo Pitanguy au Brésil). Ils s'assurent ainsi une certaine « fidélité » de la part des jeunes chirurgiens qui sauront perpétuer les techniques tout en entretenant le souvenir de l'excellence de leur maître.

Les récits que j'ai recueillis sur la formation des praticiens évoquent l'esprit de camaraderie entre collègues, le compagnonnage avec les maîtres, plutôt que les brimades. Le souvenir du rapport avec les maîtres est empreint d'admiration et d'un sentiment de complicité, tout particulièrement si le parcours de formation s'est déroulé dans un service hospitalier qui fait « école ».[150] Dans ce contexte, les liens entre les jeunes collègues deviennent très étroits, car tous ont été « faits » par le même maître, qui encadre les activités professionnelles et rassemble le groupe lors de moments conviviaux. Lorsque le maître réussit à établir ce climat, le groupe est solide et ses membres s'identifient à une « famille élargie ».

150 J'entends par école chirurgicale, un service dirigé par un maître chirurgien.

L'ÉTHOS CHIRURGICAL

« There is no time to think. There is only time to do or let die» Haggard (1935, 8) [151]
« A surgeon feels neither weakness nor fear» Joan Cassel (1998, 108)

Héros viril

Les chirurgiens plasticiens, comme tous les chirurgiens, intériorisent au cours de leur formation en milieu hospitalier un savoir-faire et à un savoir-être spécifique. Cet *éthos* chirurgical présente des caractéristiques que nous allons analyser. L'ethnologue Pearl Katz décrit les chirurgiens comme des « héros mâles orientés vers l'action » (Katz, 1999, 19). Cette orientation viendrait du temps où les chirurgiens devaient opérer sans anesthésie, ils avaient à faire preuve de rapidité, de courage et d'efficacité pour ne pas prolonger la souffrance des patients.

La figure du chirurgien est encore aujourd'hui imprégnée d'un imaginaire héroïque. Katz observe que dans les conversations de couloirs, les chirurgiens parlent de « batailles et de guerres », de « force et de virilité », ils se glorifient d'être « des hommes de décision, puissants et virils » et dévalorisent les jeunes internes en les qualifiant de « faibles et efféminés » (Katz, 1999, 21). Forte personnalité, charisme et « sang-froid », ces caractéristiques rappellent les héros guerriers. Les chirurgiens sont donc représentés et s'envisagent eux-mêmes comme des héros qui combattent la maladie pour sauver des vies. Katz compare l'éthos des chirurgiens à celui des héros nationaux valorisés aux États-Unis :

> « Un homme ayant le goût de la compétition, d'origine modeste, qui parvient à un statut social élevé, qui s'érige contre l'adversité; confiant, optimiste, sûr de lui, un homme physiquement costaud qui agit avec courage et décision, souvent dans des situations dangereuses ; indépendant, autosuffisant, robuste, individualiste, il agit et reste seul ; un homme splendide, capable de réaliser des performances, qui brille devant son entourage. (…) Contre la maladie insidieuse, le chirurgien moderne est comme un général armé pour la bataille. Entouré par un ensemble d'assistants efficaces et intelligents, des infirmières ou des aides-soignantes… il commande et ses ordres sont exécutés avec une précision militaire. Mais, comme un général, lui-même doit apporter sur la table d'opération son expertise précise, sa stratégie, qui ne se limite pas seulement au champ de bataille, mais aussi aux zones limitrophes » (Katz, 1999, 27-30).

Le chirurgien-guerrier est stratège, planifie son action à l'avance, soutenu par son savoir et son expertise. Cependant, il doit être prêt à faire face à toute surprise et imprévu. Son

151 Cité dans Katz (1999, 19).

travail se situe dans le registre de l'action, il doit prendre les bonnes décisions, rapidement, comme dans l'urgence d'un champ de bataille. Même les chirurgiens plasticiens, qui pratiquent une chirurgie sur un corps sain, doivent respecter cet état d'urgence, car celui-ci est lié au temps opératoire. Dès que le patient est anesthésié, il est plongé dans un coma artificiel dont la durée doit être limitée pour prévenir les dangers liés à cet état de vulnérabilité accrue.

Des chercheurs ont interrogé l'éthos viril des chirurgiens et l'ont confronté à la question de genre (Cassel, 1998, 2000 ; Zolesio, 2009a, 2009b, 2012c). Le constat de départ de ces études est que, parmi les différentes spécialités médicales, la chirurgie reste un « bastion masculin » (Zolesio, 2013, 103). Ces deux auteurs s'interrogent sur la situation des chirurgiennes, des femmes dans un métier d'homme :

> « Je m'interrogeais sur les femmes chirurgiennes. Est-ce qu'elles étaient aussi "primitives" ou prima donna [que leurs collègues hommes] ? Qu'est-ce qui se passait quand une femme arrivait à entrer dans une profession machiste et identifiée comme masculine ? La chirurgie change-t-elle les femmes ? Ou bien ce sont ces femmes qui changent la chirurgie ?»[152] (Cassel, 1998, 11)

Les résultats de ces études sont ambivalents. Cassel observe que certaines chirurgiennes sont aussi « viriles » que les hommes (c'est-à-dire faisant usage de l'humour grivois, ayant un caractère fort et assuré, étant plus distant avec les patients) tandis que d'autres se montrent plus chaleureuses et bienveillantes que leurs collègues masculins.

Or, parmi les spécialités chirurgicales, les chirurgiens plasticiens ne jouissent pas d'une réputation très virile. Le Dr Gassiot le confirme lors d'un entretien : « du temps de Raymond Vilain, on trouvait que les plasticiens manquaient de virilité, alors que les orthopédistes étaient très virils ».[153] Les chirurgiens esthétiques sont parfois perçus comme des « esthéticiennes », car ils s'occupent de l'apparence (Le Hénaff, 2010, 236). Dans le panorama chirurgical il se caractérisent en opposition avec l'idéaltype, dépeint notamment par Cassel du chirurgien « super guerrier », allégorie d'une virilité exacerbée (*idem*). Personnellement, j'ai témoigné d'un seul épisode de terrain lors duquel un chirurgien (homme) a fait preuve de « virilité » à mon égard. Pendant une opération sur le ventre d'une patiente, une lipoplastie, il m'a demandé si je voulais voir les intestins. Il a pénétré la paroi abdominale pour saisir avec une pince un bout d'intestin et me le montrer. Ce geste n'avait pour but que de m'impressionner, car il n'était pas nécessaire à l'intervention. J'ai analysé cela comme un acte de mise en scène d'un soi virile ; ce praticien se permettant de franchir une couche organique pour pénétrer plus en profondeur et montrer que, lui aussi – à l'instar

152 Les citations extraites du livre de Cassel ont été traduites de l'anglais par mes soins.
153 Entretien avec le Dr Gassiot, Paris, France, 2015).

que les chirurgiens digestifs- il « pouvait » atteindre ce niveau. Comme le rappelle Le Hénaff, « l'intrusion dans le corps, surtout si elle implique le contact avec des zones interdites, est l'un des principaux vecteurs de prestige en chirurgie » (Le Hénaff, 2010, 248).

Dans mon expérience de terrain, ayant travaillé avec des chirurgiens hommes et femmes je ne peux pas dire que j'ai constaté une différence dans les comportements, manières de penser, manière d'interagir avec les patients, sur la base du genre.[154] Si par « éthos viril » nous entendons un caractère « fort », les femmes chirurgien que j'ai côtoyées l'incorporent tout autant que les hommes. Les chirurgiens plasticiens, qu'ils soient hommes ou femmes, intériorisent donc un éthos guerrier dès le début de leur formation chirurgicale dans la mesure dont il leur permet d'acquérir de l'assurance et aussi d'assumer le rôle de « meneur » au sein de l'équipe chirurgicale. Cet éthos-là n'est pas intégré par les médecins esthétiques qui exécutent uniquement les injections, les enjeux en termes de risques et de coordination d'une équipe ne sont pas les mêmes. C'est pourquoi les médecins esthétiques sont accusés implicitement par les plasticiens de « modifier complètement l'état d'esprit du métier », comme l'indique le Dr Gassiot dans son entretien.[155] Par contre, cet éthos viril n'est pas exacerbé comme dans d'autres spécialités chirurgicales. Le travail du chirurgien plasticien est « fin » et il est assimilé à un travail artistique qui demande de faire épreuve de sensibilité et d'attention plus que de « force » et de « brutalité ».[156] Malgré le caractère invasif de certains gestes destructeurs ou « agressifs », le chirurgien plasticien travaille sous le signe de l'élégance, de la finesse, avec l'objectif d'harmoniser les reliefs du corps. C'est pourquoi le Dr Rossi perçoit comme un compliment le commentaire d'un collègue, « tu fais de la dentelle ».[157]

Caractère froid et détaché

Les chirurgiens ont été étudiés aussi selon le prisme de leur personnalité et de leur caractère professionnel. L'élément le plus frappant qui revient régulièrement dans les analyses, ce serait le caractère « froid et détaché » de ces praticiens à l'égard des collègues et

154 Lors de mon étude, j'ai rencontré six femmes sur trente-deux praticiens. La proportion de femmes chirurgiennes que j'ai rencontré était plus élevée en France qu'au Mexique.

155 Entretien avec le Dr Gassiot, Paris, France, 2015)

156 Malgré cela, certaines interventions demandent quand même d'une bonne condition physique au chirurgien, comme le mouvement du va-et-vient de la canule pour la liposuccion; ainsi que pour la rhinoplastie qui demande à devoir casser le nez, avant de le reconstruire, de même pour la chirurgie maxillo-faciale dans le cas de prognathisme (mâchoire inférieure proéminente) ou hypognathisme (mâchoire inférieure en retrait).

157 Entretien avec le Dr Rossi (Paris, France, 2013).

des patients. Est-ce que ce caractère naît préalablement au choix de la spécialité chirurgicale ou bien se forgerait-il grâce à la socialisation au métier de chirurgien ?

Tout d'abord il faut rappeler qu'il y a des différences entre le milieu hospitalier et le secteur libéral. À l'hôpital, les chirurgiens subissent des contraintes structurelles qui leur imposent une certaine prise de distance et de la rapidité dans les temps de consultation, nécessités qui n'existent pas en exercice libéral.

Du côté de la psychologie, on cherche à comprendre la personnalité des chirurgiens. D'après le psychologue Csikszentmihály ce caractère détaché serait lié à la motivation d'obtenir des résultats immédiats, à la recherche de solutions radicales et enfin, à une bonne dose de confiance en soi (Csikszentmihály, 2000, 137). Pascale Molinier, psychologue, observe que tous ceux qui entreprennent des études en médecine n'ont pas la « fibre altruiste ou le goût de la relation avec les malades (…) C'est tant mieux pour la chirurgie. Choisir d'être chirurgien répond plutôt (...) à une curiosité infantile concernant les secrets du corps, dans laquelle l'enfant s'excite à l'idée de savoir ce qu'il y a à l'intérieur du corps » (Molinier, 2012, 100). Ces auteurs paraissent expliquer l'attitude « froide » du chirurgien, leur attribuant un comportement infantile et égocentrique.

Mais le développement d'un caractère détaché serait aussi en lien avec la pratique chirurgicale elle-même. À l'époque où l'anesthésie n'existait pas, les chirurgiens auraient développé un contrôle de soi pour « rester impassibles devant les cris, les lamentations ou les spasmes des patients qu'ils opéraient » (Katz, 1999, 25). Aujourd'hui cette urgence se manifeste uniquement dans les cas d'émergence clinique, où les conditions de tension faciliteraient le mécanisme de mise à distance des émotions et la capacité à maintenir son « sang-froid » face aux aléas et aux imprévus. Cela qui ne concerne pas les interventions en chirurgie plastique-esthétique.

Selon Zolesio, la personnalité « froide » des chirurgiens est plutôt le produit d'un processus de socialisation professionnelle. L'apprenti chirurgien développerait une attitude « stoïque, supportant avec sérénité et bonne humeur les reproches qu'il ne mérite pas toujours et parfois même les algarades du chirurgien agacé… » (Zolesio, 2015, 27). L'impassibilité du chirurgien serait donc une attitude défensive, développée dès le début de sa formation hospitalière, face à la cruauté de ses supérieurs. Le « contexte chirurgical », c'est-à-dire l'hôpital, serait, selon Zolesio, l'environnement le plus favorable pour adopter une attitude « inhumaine » ou « détachée » et pas seulement au bloc opératoire, mais aussi dans la relation avec les patients.

« Le contexte chirurgical ne favorise manifestement pas l'expression de relations empathiques à l'égard des patients. De façon évidente, la matrice de socialisation chirurgicale structure les rapports des chirurgiens à leurs patients et les porte vers un faible investissement de la relation avec le patient. Portés à se définir avant tout comme des artisans de l'art, les chirurgiens opèrent en réalité, au quotidien, un travail de distanciation importante avec les patients et leurs familles » (Zolesio, 2012b, 76).

Ces observations sous-entendent souvent le reproche d'être des soignants inhumains, qui se bornent à l'activité technique sur le corps, réifiant le patient et le réduisant à son corps :

« Le travail chirurgical reste une forme particulière du travail médical. C'est un affrontement direct avec la matière (vivante, quoique souvent inanimée), la manipulation d'une "non-personne". (…) Par bien des côtés, il s'oppose à celui des médecins qui traitent des individus sensibles et conscients : il est, dans ses résultats immédiats, pratiques et tangibles. (…) Par rapport à ces derniers [leurs collègues non-chirurgiens], ils se présentent comme des réalistes et des empiriques » (Peneff, 1997, 270).

Or, en chirurgie plastique esthétique les praticiens se distinguent pour leur attention à l'aspect relationnel de leur métier, comme nous le verrons dans la troisième partie de ce manuscrit. Néanmoins, les chirurgiens esthétiques restent des empiristes y compris dans la pratique de la consultation. Le Dr Singer affirme que certains patients s'attendent à qu'il soit uniquement un « très bon technicien », c'est-à-dire un praticien qui ne parle pas beaucoup en consultation et qui s'intéresse uniquement aux enjeux techniques de l'intervention. Dans ce cas, il performe le rôle du chirurgien « froid » et distant, afin de satisfaire une attente du patient et ainsi garantir une meilleure efficacité thérapeutique :

« À un moment de notre médecine, de notre chirurgie, si on parle de chirurgie esthétique… il y a un moment, il faut qu'on soit un technicien, parce que vous, en tant que patient, quand vous venez, si vous voulez que je vous fasse le nez …vous me demandez d'être un bon technicien. Quelqu'un qui va vous sculpter le nez, quelqu'un qui a fait des centaines d'opérations, voire des milliers d'opérations et qui est un bon technicien. Et moi pendant l'opération, je vais pas faire de philosophie, je vais pas négocier avec l'invisible, je vais négocier avec le visible. C'est-à-dire, vous êtes sur la table d'opération, et je vais sculpter votre nez. Donc, là on est dans le solide, dans le concret, on est dans le visible ! Donc, à ce moment-là, vous me demandez d'être un bon technicien ! Il faut que ce soit un bon technicien ! Mais, ça, c'est une partie du travail, mais l'autre partie du travail, c'est d'expliquer ce que vous allez faire et bien expliquer pour que ce soit compris ! Et surtout, la vraie difficulté qu'on a en chirurgie esthétique, c'est de comprendre la demande du patient ! Si le patient veut un bon technicien et seulement un bon technicien, pour que l'opération soit réussie, il faut que vous soyez ce qu'elle veut. Elle a besoin d'un bon technicien seulement ! Vous lui donnez un bon technicien. Il y a des gens qui viennent pour une intervention de chirurgie, mais qui veulent beaucoup d'explications avant, et beaucoup d'explications après. Et donc, si vous voulez être un bon technicien à ce moment-là, vous devez donner beaucoup d'explications avant et après. En gros, vous donnez aux patients ce qu'ils veulent. Pour être un bon médecin, il faut satisfaire le patient. Il faut répondre à la demande du patient. (…) Vous savez, par exemple, il y a des patients qui aiment bien quand le praticien est direct, dur, chirurgical, parce qu'ils ont une image du chirurgien comme ça ! Pour eux, le chirurgien doit être tac-tac-tac. Ils aiment pas trop quand

vous parlez. Donc, il faut comprendre qu'il y a des patients qui aiment le chirurgien comme ça. Et donc si vous êtes trop dans la littérature, si vous parlez trop, ça les énerve. »

(Entretien avec le Dr Singer, Paris, France, 2013)

GESTE TECHNIQUE : ENTRE ARTISANAT ET ART

Venons maintenant à l'analyse des spécificités des chirurgiens plasticiens esthétiques. Résumant les considérations faites précédemment, ces spécialistes savent mettre en œuvre un certain éthos chirurgical de type « froid et détaché » auprès des patients, mais ils ne font pas preuve d'une attitude particulièrement guerrière ou virile comme leurs collègues d'autres spécialités. Lors de leur formation, les chirurgiens plasticiens acquièrent une certaine mentalité chirurgicale, pragmatique, une attention centrée principalement sur l'action.

Par contre, il serait erroné d'imaginer ce travail technique comme un geste mécanique, appliqué de manière uniforme et standard à tous les patients de la même manière, qui rendrait les corps conformes à un standard esthétique unique. C'est souvent l'idée que l'on se fait de la chirurgie esthétique et les chirurgiens esthétiques tiennent à mettre une distance de cet a priori. En dépit du fait que certains chirurgiens pratiquent des opérations « en série », c'est-à-dire sans adapter le résultat à la morphologie du patient, depuis presque deux décennies la plupart d'entre eux se sont tournés vers la recherche d'un style plus « naturel », personnalisé. Cette nouvelle philosophie de la chirurgie esthétique prône la valorisation des particularismes de chacun, tout en corrigeant les défauts les plus « marqués ». Le bon technicien est alors le chirurgien esthétique qui maîtrise la technique chirurgicale et qui sait la moduler selon les exigences du patient tout en respectant l'harmonie physionomique qui lui est propre. C'est pourquoi ces praticiens ne s'envisagent ni comme « mécaniciens », ni comme ouvriers, mais plutôt comme des artisans ou des sculpteurs.

Le « don » ou le talent

Lors de mes entretiens, j'ai souvent posé la question aux praticiens du « don » ou du « talent » qu'il faudrait avoir pour exercer ce type de métier (chirurgien) et cette spécialité (chirurgie esthétique). Je voulais saisir leurs représentations et je leur ai demandé si à leur avis tout le monde pouvait devenir chirurgien plasticien, ou s'il fallait posséder une qualité ou une prédisposition particulière pour réussir dans ce type de spécialité.

Le Dr Gassiot minimise l'importance du talent artistique. Selon lui, ce qui compte le plus serait la discipline artisanale, apprendre le savoir-faire technique et la répétition de certains gestes.

> *« **Ce sens de l'harmonie des proportions, est-il un don, un talent de l'apprenti, ou ça s'apprend ?***
> *(silence) Je crois que ça je peux pas vous répondre. Je pense pas que, bon à part, y'a des exceptions. J'ai connu un chirurgien de la main, un Américain, qui avait vraiment… il dessinait toutes ses opérations. En même temps, dans ce qu'il faisait, reconstruire, il y avait toujours effectivement de l'harmonie en dehors de l'intérêt réel chirurgical de l'opération qu'il faisait. C'était une exception, hein. Y'a de temps en temps, des individus qui sont comme ça, mais la règle, c'est qu'il faut penser artisanat plutôt. C'est artisan qui est le maître-mot du chirurgien plasticien, c'est pas artiste. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Gassiot, Paris, France, 2015)*

Le Dr Weibel, de son côté, dit qu'il faut être « *un bon sculpteur et chirurgien dans l'âme. Sinon, ça marche pas. Les recettes de cuisine ça marche pas. Il faut avoir le sens de l'esthétique. Et cela ne s'apprend pas*. » Je l'interroge alors sur son expérience de professeur et lui demande si le « talent » des étudiants se reconnaît et émerge lors de la formation:

> *« **Et vous reconnaissez chez quelqu'un ce sens de l'esthétique?***
> *Ah oui bien sûr! Enfin, pas immédiatement ! Mais quand vous croisez les jeunes internes, vous reconnaissez rapidement ceux qui vont pratiquer les recettes de cuisine, qui vont opérer les seins comme ça, qui vont opérer le lifting comme ça, les nez comme ça; et puis ceux qui vont opérer en fonction de la situation. C'est pas tout à fait pareil. C'est comme des cuisiniers, il y en qui font toujours le même rôti, et puis ceux qui trouvent qu'aujourd'hui il y a des carottes, le lendemain ils ont des poireaux et puis ils vont présenter autrement. C'est la même chose. En chirurgie plastique, il vaut mieux avoir beaucoup d'inventivité, il faut être inventifs. Et adaptables. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Weibel, Alsace, France, 2012)*

Selon le Dr Levallois, le « talent » spécifique au chirurgien esthétique serait moins souvent inné, qu'acquis par l'expérience. Cela dit, ce praticien minimise l'importance de ce « talent » qui ne serait pas un facteur de réussite professionnelle. D'après lui, ce qui compterait le plus, ce serait surtout la capacité à savoir construire son réseau, se mettre en avant et ainsi « vendre » ses services.

> *« **Est-ce que ça fait partie du métier ? Est-ce qu'il faut avoir un don, un talent artistique pour être chirurgien plasticien ?***
> *Moi je pense que c'est un plus, après ce n'est pas forcément… Moi qui suis en position où je forme des dizaines de jeunes depuis des années, c'est vrai que certains ont un don artistique supérieur à d'autres ! Vous pouvez faire une intervention, par exemple une réduction mammaire, les seins trop gros, très*

correctement faite, dans les règles de l'art, sans problèmes. La technique est respectée. Il n'y a rien à dire sur le plan médical. Et vous avez des gens qui font exactement ça, mais c'est peut-être un peu plus joli ! C'est l'ensemble ! L'autre n'est pas moche, hein !? Mais… voilà. C'est comme si vous faites peindre un paysage par dix personnes ! La même vue ! Il y a un tableau qui va peut-être plus ressortir que les autres. C'est comme ça. Les autres savent peindre, mais il y en a un qui présente une osmose un peu plus parfaite, quoi ! Vous voyez ce que je veux dire ? Et dans l'esthétique on peut voir ça aussi ! On peut avoir des gens qui ont une vision d'ensemble, qui construisent un tout petit mieux que les autres ! Voilà !

En tant que maître, vous n'évaluez pas les apprentis sur ce critère ?
Non, on ne peut pas évaluer ça ! Nous, on évalue que ce soit fait dans la règle de l'art, on n'est pas Michelangelo, hein !? (Rires) Si c'est fait dans les règles de l'art et qu'il n'y a pas de problème… Pas de soucis, pas de ratages, et tout ça effectivement ! Mais je parle des bons résultats. S'il y a dix bons résultats, il y a peut-être un résultat qui est exceptionnel sur neuf résultats qui sont très bons, voire excellents. C'est la petite chose en plus qui fait que celui qui a ça, il a tout quoi, hein ? Il a la technique, il a le côté artistique, il a un don quelque part ! Bon c'est rare quand même, hein !? Après, avec l'âge, avec l'expérience, on peut tendre vers ça ! C'est-à-dire que, quand on a fait des centaines, voire des dizaines d'interventions, on a une vision artistique. Qui peut même être apprise ! Et qui est plus importante que celle des jeunes qui commencent !

Mais ça, vous le voyez tout suite ?
Parfois, il y en a qui l'ont assez jeunes, hein !? Certains qui sont, souvent ce sont des, ils sont déjà un peu artistes à la base, ils font de la sculpture, ils font des dessins, ils sont doués de leurs mains. Bon, dans l'ensemble, par rapport à ce qu'ils vont faire de leur vie, ça ne veut pas dire grande chose, hein ! Malheureusement, ceux qui réussissent le mieux ne sont pas forcément les plus doués ! Ce sont ceux qui se vendent le mieux (petit rire) »

(Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015)

RÉSUMÉ

Les récits sélectionnés montrent que les praticiens choisissent souvent de devenir chirurgiens et plasticiens suite à l'impact émotionnel suscité par la rencontre avec des patients de la chirurgie plastique, notamment lorsque cela advient pendant leur enfance et leur jeunesse. Parfois, ils ont subi eux-mêmes une intervention et cela joue un rôle essentiel dans leur engagement ultérieur dans cette carrière. D'autres fois, ils découvrent la spécialité dans des stages en internat et s'y passionnent, aussi bien grâce à la rencontre d'un maître plasticien particulièrement pédagogue. C'est lors de l'apprentissage hospitalier que les plasticiens se sensibilisent à la complexité du sens inhérent à la réparation et à au changement de l'apparence. De fait, confrontés à la souffrance et au sentiment de défiguration des patients de la chirurgie reconstructive, ils appréhendent un regard nouveau sur l'humain. C'est un regard qui porte non seulement sur le corps, mais sur la personne au sens large, car il conçoit les correspondances entre défiguration et effondrement psychique et, au contraire, entre la

reconstruction physique et la reconstruction psychologique. Dans ce sens, les apprentis sont éduqués à reconnaître le potentiel thérapeutique des deux branches de la chirurgie plastique, la reconstructrice et l'esthétique, qui sont présentées le plus souvent par leurs maîtres comme deux branches également dignes d'une même spécialité.

L'analyse des récits nous montre aussi que la vocation de ces praticiens vers cette pratique surgit parfois comme une deuxième orientation professionnelle. Généralement, ce passage à la chirurgie plastique est envisagé comme une reconversion définitive et sans regret. Le témoignage de ces médecins nous intéresse particulièrement. Ils motivent leur choix par la nécessité de conjuguer leur activité chirurgicale avec leur goût de gestes plus fins, plus ajustés, source pour eux de plus grande satisfaction et d'accomplissement professionnel. Cette reconversion est alors envisagée comme une réponse à une aspiration profonde, celle de travailler en mettant à profit leur sensibilité « artistique » personnelle. Fréquemment, les chirurgiens associent ce goût pour la dextérité et l'esthétique à leur passion d'enfance pour le dessin, le modélisme, des activités qui requièrent précision, minutie, capacité de concentration et attention aux détails. Par ailleurs, ces reconversions sont motivées aussi par le type de rapport qui s'instaure avec les patients, qui serait beaucoup plus satisfaisant que dans d'autres branches de la médecine et de la chirurgie, comme nous le verrons dans la troisième partie de ce travail.

Ces observations renvoient aux études faites par le psychologue Mihály Csiksentmihály (2000) sur les récompenses extrinsèques et intrinsèques qui motivent les praticiens à l'exercice de l'activité chirurgicale. Si le gain financier et le prestige social qu'acquiert le chirurgien par sa profession sont des récompenses extrinsèques qui influencent le choix de cette profession, dans les discours des chirurgiens sont plutôt mises en avant les motivations intrinsèques, comme la satisfaction qu'ils tirent des activités cliniques et notamment de l'activité opératoire. Par exemple, ils décrivent les sensations qu'ils éprouvent durant l'opération : « C'est amusant », « Je profite de tout le processus », « C'est plus excitant que toute le reste », « J'aime travailler avec mes mains » (Csiksentmihály, 2000). Leur réponse met en évidence la primauté des implications « émotionnelles, managériales, et cognitives » dans l'exécution de tâches techniques (Csiksentmihály, 2000, 128). La possibilité de s'impliquer émotionnellement et techniquement dans des interventions difficiles et risquées est une motivation intrinsèque hautement valorisée par les interlocuteurs de ce chercheur.

Les discours des chirurgiens plasticiens que j'ai rencontrés rejoignent celles de Csiksentmihály. Au-delà des récompenses extrinsèques, comme le statut social et les gains

financiers, c'est la possibilité d'exécuter une chirurgie plaisante, « belle » ou bien complexe qui motive les praticiens. Pour ces chirurgiens, le résultat esthétique postopératoire est une récompense importante, car il est un facteur de satisfaction et de fierté, associé à la conviction que cette intervention impacte positivement la vie du patient.

Les enjeux du travail de chirurgien plasticien sont particulièrement stimulants. De fait, la chirurgie plastique intervient sur toute la surface du corps et pour cela les chirurgiens plasticiens sont moins sujets à ressentir de l'ennui. Par ailleurs, le fait de conjuguer la précision de l'acte technique à la recherche de l'esthétique du résultat les engage dans un défi toujours très stimulant.

Les études des processus de formation des chirurgiens ont suscité différents types d'analyse. Les psychologues ont analysé les stratégies et les mécanismes de distanciation psychologique, mis en œuvre par les chirurgiens pour ne pas avoir le sentiment de commettre un acte violent pendant l'opération (Molinier, 2012). En sociologie l'analyse porte plutôt sur les processus de socialisation chirurgicale, sur les conflits entre les différents acteurs hospitaliers, sur les inégalités existantes entre les membres des équipes chirurgicales voire sur la dénonciation des comportements violents notamment de la part des maîtres chirurgiens vis-à-vis des apprentis (Zolesio, 2012a, 2013, 2015 ; Peneff, 1997). L'approche anthropologique permet de comprendre autrement les raisons de ces conflits et ces « abus » de pouvoir. Nous avons examiné la transmission des techniques de maître à élève, qui va de pair avec celle des habitudes et des représentations. Les chirurgiens participent d'imaginaires « superstitieux » et des habitudes conjuratoires qu'ils transmettent à leurs apprentis. Or, dans le cas où un apprenti critique la technique du maître ou sa manière de faire, il est évident que cela indispose le maître qui a adopté une certaine technique non seulement pour son efficacité, mais aussi parce qu'il se sent plus en sécurité l'adoptant. Cet attachement émotionnel de la part des maîtres à un savoir-faire particulier, peut engendrer un conflit auprès des apprentis qui s'attendent à que le maître fasse le choix le plus rationnel possible.

La formation et l'apprentissage de la chirurgie plastique en milieu hospitalier ont évolué au cours des années. Auparavant, elle était transmise par un enseignement tutélaire. Progressivement, des services de chirurgie plastique sont créés dans des hôpitaux. Les parcours de formation hospitaliers se formalisent. Les sociétés savantes se réunissent dans des congrès nationaux et internationaux (parfois même à l'échelle iberolatinoaméricaine), situation qui permet les échanges scientifiques, mais aussi une uniformisation des formations en fonction de la circulation des jeunes chirurgiens d'un pays à l'autre.

La formation chirurgicale est pour certains physiquement et moralement très dure, mais elle n'est généralement pas condamnée dans les discours ni vécue comme traumatisante. Lors de la spécialisation en chirurgie plastique, les plasticiens interviewés s'étonnent souvent de la découverte d'une discipline complexe, bien plus vaste que ce qu'ils pensaient. À leurs débuts, ils se passionnent pour l'aspect technique de la chirurgie, notamment reconstructrice. Progressivement, ils comprennent la subtilité du lien entre la reformulation morphologique et un acte de soin, thérapeutique. Les étudiants découvrent à l'hôpital la chirurgie esthétique et tout au long de leur parcours de formation, s'exercent à sa pratique.[158]

D'ailleurs, concernant la dimension sociale des membres d'une même « école chirurgicale » en chirurgie plastique, les récits analysés montrent qu'il existe plutôt une bonne ambiance. Les praticiens évoquent la relation positive avec les camarades de formation et surtout, ils disent leur admiration des maîtres, avec lesquels ils partagent le quotidien au bloc opératoire, mais souvent aussi les réunions conviviales. Ils partagent dîners, congrès et, parfois même, des activités sportives qui renforcent les liens entre eux et avec les seniors.

Dans un deuxième temps, nous avons parcouru la question de l'assimilation d'un éthos chirurgical chez les chirurgiens plasticiens. Cet éthos se greffe à une personnalité déjà particulière, car sélectionné par les maîtres en fonction de leur capacité à se détacher émotivement de l'action opératoire, de leur habileté manuelle et de leur lucidité intellectuelle. Ensuite, grâce à la formation hospitalière, ils acquièrent des qualités d'endurance physique et apprennent à mobiliser leurs ressources intérieures pour faire face à la pression qui règne dans le contexte hospitalier.

La spécialisation chirurgicale vise à former de « bons techniciens », d'excellents artisans. Les apprentis plasticiens s'initient à l'excellence chirurgicale, mais ils doivent apprendre aussi à adapter le geste chirurgical au patient et éviter toute mécanisation et toute production de résultats « en série ». C'est pourquoi les plasticiens apprennent à faire preuve d'inventivité, de créativité, afin d'adapter la technique apprise aux morphologies du patient. Interrogés sur l'existence d'un « don » particulier à exécuter la tâche technique, tout en sublimant les morphologies avec une grâce et une harmonie particulière, les maîtres affirment que seule une petite minorité la connaisse sous une forme «innée», pour les autres ce don est acquis avec l'expérience.

158 Au Mexique comme en France, la chirurgie esthétique est pratiquée et enseignée à l'hôpital aux futurs spécialistes, qui iront ensuite l'exercer, notamment en privé. Au Mexique, cette transmission pédagogique assurée au sein des hôpitaux est beaucoup plus marginale qu'en France.

Les chirurgiens plasticiens n'incarnent pas le stéréotype du « guerrier viril » attribué aux praticiens des autres spécialités. L'association avec la beauté, l'art, et la finesse du geste chirurgical les place plutôt dans le stéréotype du praticien « efféminé » du moins c'est ainsi qu'ils sont vu pas leurs confrères hospitaliers. Les chirurgiennes plasticiennes de leur côté me semblent très à l'aise dans leur rôle.

Les plasticiens ont une interprétation personnelle du rôle de chirurgien « froid et détaché ». Plus que d'une injonction professionnelle, il s'agit pour certains d'entre eux d'une performance, d'un rôle « joué » en consultation pour gagner la confiance de certains patients. Pour ces praticiens, il s'agit donc d'une stratégie relationnelle visant à augmenter l'efficacité thérapeutique du soin. Une fois la formation achevée la plupart des plasticiens part s'installer « en ville », où l'on pratique presque uniquement la chirurgie esthétique. Cela ouvre à une dimension professionnelle et à des enjeux relationnels avec les patients spécifiques, qui seront traités dans le prochain chapitre.

2.3 INSTALLATION « EN VILLE »

Les chirurgiens esthétiques rencontrés présentent, dans l'ensemble, des trajectoires professionnelles assez uniformes. Après la validation de leur spécialisation, la plupart des diplômés s'installent « en ville » et créent un cabinet. Peu d'entre eux ont la possibilité d'exercer comme fonctionnaires à l'hôpital, où ils ont le statut de praticien hospitalier, chargé d'enseignement.[159] Lorsqu'ils obtiennent le statut de praticiens hospitaliers, ils bénéficient d'un contrat à durée indéterminée qui leur garantit une stabilité économique et une assurance en cas de litiges avec les patients. Ils n'ont pas à se préoccuper des questions prises en charge, à l'hôpital, par le personnel administratif. Par ailleurs, ils doivent assurer des fonctions d'enseignement et leur rythme de travail est certainement plus soutenu que celui d'un praticien libéral.

Pour qu'un jeune chirurgien soit recruté pour exercer dans le cadre hospitalier, il faut qu'il démontre ses compétences techniques, de l'endurance physique et psychique, mais aussi un respect pour ses supérieurs hiérarchiques. Le Dr Luna, praticien hospitalier à Mexico, affirme que les apprentis ne sont pas tous faits pour devenir praticiens hospitaliers.

> *« Nous faisons des tests pour sélectionner ceux qui deviendront des praticiens hospitaliers. Ils portent sur leurs connaissances, mais aussi leur profil psychologique. Nous le faisons pour analyser les problèmes de personnalité qu'ils pourraient avoir ! Ici, il n'est pas possible d'être des leaders. Il n'est pas possible d'enfreindre la chaîne de commandement déjà établie. Contredire à cela affecterait tout le monde, hein ? Il y a des gens qui sont très insolents, irrespectueux, qui se croient de grands génies de la médecine… mais qu'ils aillent travailler au microscope ! »*
>
> *(Entretien avec le Dr Luna, Mexico, Mexique, 2016).*

Le Dr Garcia est un exemple de ces apprentis insoumis. Il s'est toujours senti mal à l'aise dans le cadre hospitalier dont il ne supportait pas le fonctionnement hiérarchique qu'il juge trop strict. L'installation en privé a été pour lui une émancipation répondant à sa quête d'indépendance. L'exercice en libéral lui permet de choisir ses rythmes de travail, mais aussi de ne plus subir l'impact émotionnel lié aux cas de graves malformations rencontrées à l'hôpital.

---

159 En France les chirurgiens plasticiens peuvent avoir une consultation privée à l'hôpital et intervenir dans les blocs opératoires de l'établissement, mais cette pratique ne doit pas dépasser 20% de leur activité globale. Au Mexique, par contre, les praticiens hospitaliers sont contraints d'exercer leur activité libérale hors de l'enceinte de l'hôpital et de louer des blocs opératoires dans des cliniques privées.

« La spécialisation en chirurgie générale a été très lourde. C'était pratiquement des travaux forcés, nous avions 33 lits, chaque interne était responsable de 11 lits. C'était trop de travail. Nous ne descendions pas pour manger. Nous passions 12 à 14 heures au bloc. J'ai commencé à ne plus supporter mes chefs, notamment le sous-chef du service. Et j'ai songé à devenir mon propre chef. (...) Une autre raison de ce choix [de la chirurgie esthétique en libéral] est que pour soigner ces patients de chirurgie reconstructive dans les hôpitaux publics, il faut avoir un cœur de pierre. Pour la plupart, ce sont des cas très difficiles, tu dois les opérer et réopérer plusieurs fois, et tout au long de ce processus, les médecins s'identifient à eux, et leurs histoires ne sont pas des plus agréables. Des enfants que l'on n'arrive pas à reconstruire proprement et que l'on doit -au bout d'un moment- renvoyer chez eux avec le visage toujours moche, abîmé… Cela m'a fortement affecté. Je suis un artiste, et cela m'a troublé moralement, spirituellement, ça m'a beaucoup touché. Alors, c'est aussi pour cela que j'ai choisi d'exercer plus librement la profession, de me dédier à l'exercice privé plutôt qu'à l'hôpital public ».

(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2013).

Certains praticiens qui s'installent en ville ne coupent pas complètement les ponts avec l'hôpital et y retournent parfois pour donner quelques heures d'enseignement. Les autres préfèrent exercer uniquement en libéral. S'installer « en ville » confère au chirurgien une grande indépendance. Libre de toute hiérarchie, il est pleinement responsable de ses actes et coordonne son équipe. Dans sa pratique, il est moins souvent conduit à réaliser des interventions de chirurgie reconstructive (p. ex. suites d'accidents, grands brûlés) qui nécessitent des matériaux spécifiques ou des lits disponibles pour accueillir les patients durant plusieurs jours. Pour ce qui concerne la chirurgie plastique exercée à titre libéral, les interventions relèvent de la chirurgie esthétique et ne sont donc pas remboursées par la Sécurité sociale. La distinction entre chirurgies réparatrices et esthétiques ne se réduit pas à aux cadres dans lesquels s'exercent ces deux spécialités, la première se faisant principalement à l'hôpital, la seconde uniquement en privé. Toutefois, en règle générale, sont exécutées à l'hôpital les interventions remboursées par la Sécurité sociale, alors que dans le secteur privé, les interventions sont le plus souvent prises en charge intégralement par les patients.[160]

DIMENSION COMMERCIALE ET MANAGÉRIALE

Le démarrage d'une activité libérale demande au chirurgien esthétique de savoir s'investir dans un rôle d'entrepreneur. Le Dr Manneau s'exprime de manière emblématique lorsqu'il raconte son expérience à Montpellier :

160 À cet égard, il faut noter que certaines interventions peuvent être considérées comme reconstructives ou esthétiques par le médecin-conseil de la Sécurité sociale, selon qu'il apprécie le « défaut » comme particulièrement grave ou relevant du « pur » confort. La détermination de la gravité est faite selon des critères établis et régulièrement mis à jour par des commissions nationales.

« Alors, moi je ne me suis pas installé seul, je suis venu à Montpellier avec quelqu'un qui était déjà installé. C'est un ami et ça m'a facilité les choses. C'est vrai que quand on arrive dans le monde libéral, c'est un gros changement, hein, entre le secteur hospitalier et le secteur libéral. Dans le secteur hospitalier, vous êtes en fait un opérateur, mais il y a toute une structure qui s'occupe de tout. Vous ne vous occupez pas de l'aspect financier, parce que vous êtes salarié, ni du personnel, parce que les infirmières sont là, les secrétaires sont là, ça ne dépend pas de vous. En fait, vous n'avez qu'à gérer votre petite personne et vos patients. Quand vous arrivez en libéral, vous êtes un chef d'entreprise ! On discute les contrats dans les cliniques, il faut définir les tarifs, recruter le personnel, et on n'a jamais été formés à ça ! Quand je suis arrivé en libéral, je crois que je n'avais jamais rempli une feuille d'honoraires, ni quoi que ce soit! Je ne savais pas ce que c'était ! »

(Entretien téléphonique avec le Dr Manneau, installé à Montpellier, France, 2019)

Le rôle d'entrepreneur du chirurgien esthétique ne concerne pas uniquement la dimension économique, mais aussi celle du management. Il a aussi des responsabilités d'employeur, car il sélectionne, embauche des salariés ; il choisit une assurance, s'informe sur les enjeux juridiques de sa spécialité. Les médecins n'étant pas formés à l'entrepreneuriat, ils apprennent sur le tas, en autodidactes et ces responsabilités nouvelles accroissent le stress lié à la période d'installation en ville.

Au début de leur carrière, ils ont besoin des conseils des maîtres et des plus anciens, qui leur adressent parfois des patients. Lorsqu'ils ont constitué une patientèle et apprivoisé leur rôle d'entrepreneur, ils peuvent s'émanciper et personnaliser leur environnement professionnel. L'étude des ambiances et des espaces où s'exécute la chirurgie esthétique fera l'objet du prochain chapitre.

AMBIANCES[161]

« Le thérapeute ne guérit pas, il soigne. C'est la nature qui guérit, c'est la Vie qui guérit.
Le rôle du thérapeute est de créer, ou de permettre les meilleures conditions
pour que la guérison puisse advenir. Le thérapeute ne guérit pas,
mais il crée le lieu, le milieu, l'atmosphère, les conditions favorables
pour que la guérison ait lieu. »
[Jean-Yves-Leloup, 1993 Prendre soin de l'être, Paris, Albin Michel]

En anthropologie, l'espace est considéré comme une construction sociale, c'est-à-dire comme une « manifestation ou expression de la société » (Bonte et Izard, 2018, 235).[162] Les ethnographes ont analysé l'occupation, la gestion, le repérage des populations dans l'espace,

161 Pour avoir un aperçu visuel des ambiances de travail des chirurgiens esthétique, les lecteurs peuvent consulter les illustrations et les photographies de terrain dans les annexes de ce manuscrit.

162 L'analyse de l'occupation, de l'usage et de la représentation de l'espace a été désignée par Edward T. Hall sous l'appellation de proxémie (Bonte et Izard, 2018, 235).

l'influence des saisons ou des évènements climatiques, la division entre espaces « civilisé » et « sauvage », dans une dimension rurale ou urbaine, etc. (*idem*). Dans les pays anglophones, le courant théorique du *spatial turn* montre que la réflexion sur les espaces peut être menée de manière interdisciplinaire. Dans ce champ d'études, l'espace est considéré comme une création sociale. En autres termes, comme l'affirme Martina Löw,[163] l'espace est « une (dis)position relationnelle d'êtres vivants et de bien sociaux en certains lieux » (2015, 8). Suivant cette définition, « la constitution de l'espace est un acte performatif » (*ibidem*, 1) ; c'est pourquoi « l'agencement de différents éléments dans un lieu (des objets, des personnes, des éléments architecturaux) constitue plus qu'un espace, mais une situation » (Carpigo, 2018b, 124).

L'observation de terrain porte inévitablement à observer les espaces de soin et les ambiances de travail des chirurgiens esthétiques. Ceux-ci sont très souvent personnalisés et investis de décorations. Dans le présent chapitre seront illustrés quelques-unes de ces ambiances dans la perspective d'expliquer la fonctionnalité de ces particularisations esthétiques.

Hôpitaux

Les ethnologues qui ont travaillé sur la chirurgie se sont particulièrement intéressés au contexte de l'hôpital (Pouchelle, 2003, 2005, 2007b, 2008, 2019) et, plus spécifiquement, à l'espace du bloc opératoire (Katz, 1981 ; Lionetti, 1988 ; Genest, 1990) ou à celui de la salle de garde (Godeau, 2009, 2011). La grande attention portée au bloc opératoire s'explique par le fait que ce lieu est fortement connoté comme « sacré » en raison de sa dimension « cachée », à l'écart des lieux de soin et des zones de circulation. Le bloc opératoire est aussi le cadre de l'effraction du corps et, par conséquent, de dynamiques hautement ritualisées. Les ethnologues ont observé, dans cet espace, les processus et les représentations liés au propre et au sale, aux chaînes opératoires, aux interactions entre membres de l'équipe. De la même manière, la salle de garde héberge des interactions qui ont suscité l'attention des ethnologues.

Les autres espaces, comme le cabinet de consultation en chirurgie ou les salles d'attente, ont été souvent négligés dans l'observation ethnologique. Cela est probablement dû au fait que ces espaces ne sont pas investis d'une caractérisation esthétique ou symbolique particulière dans un cadre hospitalier. D'ailleurs, les interactions entre chirurgien et patient

163 Martina Löw est une sociologue allemande dont les travaux portent sur les villes et l'espace.

dans ces endroits sont brèves et assez « expéditives ».[164] Il en va différemment en chirurgie plastique y compris à l'hôpital. De fait, j'ai constaté sur le terrain que les services de chirurgie plastique réservent une attention particulière à l'accueil des patients. Les salles d'attente arborent souvent une décoration gaie, colorée, chaleureuse.[165] Par exemple, dans un hôpital alsacien que j'ai visité, les murs de la salle d'attente du service de chirurgie plastique sont recouverts d'un papier peint très vivant, affichant un paysage fleuri, des couleurs vives et printanières. Cette salle offre un contraste frappant avec le reste des couloirs froids, aux murs lavables, du reste de l'hôpital. Des magazines « féminins » sont mis à disposition et des photographies de paysages bucoliques sont accrochées aux murs, ainsi que des planches astrologiques de tous les signes zodiacaux. Le Dr Weibel m'a alors expliqué que c'est elle-même, avec la complicité de la secrétaire, qui s'est occupée de la décoration. Passionnée par l'astrologie, elle affirme que les mondes « irrationnels », incarnés par les tableaux qui se réfèrent à l'astrologie, peuvent tout à fait cohabiter avec les mondes « rationnels » ou « hyperrationels » de l'hôpital.

> *« Les signes zodiacaux au mur, c'est moi qui les ai choisis ! C'était un calendrier, je trouvais que c'était très beau et je les ai fait mettre sous verre, et on les a accrochés, on m'en a volés plusieurs ! (rire) Donc, depuis, la plupart [des cadres] sont collés au mur. Ainsi, on ne me les vole pas ! (...) En chirurgie plastique, comme médecins, on trouve énormément de Gémeaux ! Les gémeaux c'est Mercure, ce sont les faussaires et les voleurs ! Ce sont les faussaires de chez nous! Nous transformons et ça ne doit pas se voir ! C'est une très bonne utilisation de cette capacité qui, par ailleurs, pourrait être... extrêmement mauvaise. Il y a beaucoup de Gémeaux : Mme Badant [collègue] est Gémeaux, moi je suis Gémeaux. J'ai formé je ne sais pas combien de gens qui sont Gémeaux. Les Gémeaux sont très attirés par la chirurgie plastique. C'est vrai, hein!? (...) C'est comme dans... chez les acteurs, il y a beaucoup de Gémeaux ! (...) Vous savez, nous avons... nous vivons tous dans un monde rationnel. Moi, tous les jours, tout ce que je fais, la praxis, le contrôle préopératoire, les interventions... c'est plutôt de la science. Mais la science ne vous explique pas pourquoi vous êtes là. [silence] Alors, vous pouvez chercher l'explication dans la religion, elle donne une explication. Elle peut ne pas vous convenir, et donc nous avons tous besoin d'irrationnel. Moi j'aime bien l'astrologie. Je n'en fais absolument pas une religion, mais je pense qu'il faut comprendre que la vie ne peut pas vivre qu'avec du rationnel, parce que le rationnel ne répond pas aux questions fondamentales de la vie de l'homme. C'est ce que je pense, c'est tout. »*
>
> *[Entretien avec le Dr Weibel, Alsace, France, 2012]*

À une autre occasion, lors de ma visite d'un service de chirurgie plastique d'un hôpital privé parisien, je découvre une petite salle d'attente équipée de fauteuils individuels arrondis,

---

164 Zolesio fait noter que les consultations préopératoires dépassent rarement quinze minutes et les postopératoires cinq minutes (Zolesio, 2012, 143).

165 Je me réfère aux hôpitaux français. Au Mexique les services hospitaliers de chirurgie plastique que j'ai visités n'étaient pas spécialement investis de décorations.

de couleurs vives, tandis qu'aux murs sont accrochées des peintures abstraites, peintes par une chirurgienne allemande comme m'en informe le Dr Levallois, chef de service :

> *« Le petit tableau que l'on a mis là, c'est une chirurgienne allemande qui l'a fait ! Elle a fait tous ces petits tableaux, les autres nous les avons accrochés dans la salle d'attente. C'est une artiste ! Elle a failli faire autre chose que de la chirurgie plastique et elle a fini par faire de la chirurgie plastique ! Mais elle continue à sculpter, à peindre, et... Voilà elle a une vie artistique très, très riche ! »*
>
> *[Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015]*

Le choix de décorer agréablement le service hospitalier revient principalement au chirurgien qui en prend l'initiative avec l'aval de la direction de l'hôpital. Toutefois, l'investissement esthétique des cabinets s'exprime à son plus haut point dans la dimension libérale.

Cabinets libéraux

Dans son étude auprès des chirurgiens esthétiques en France le sociologue Yannick Le Hénaff a observé qu'il existe une dimension stratégique dans le choix du lieu d'installation du cabinet par les chirurgiens esthétiques. Ces derniers choisissent les quartiers résidentiels et aisés, se garantissant ainsi une bonne « carte de visite » (Le Hénaff, 2010). Effectivement, cette observation s'est vue confirmée par mon terrain en France et au Mexique :[166] les cabinets que j'ai visités sont tous installés dans des quartiers reconnus comme très aisés. En France, ils sont localisés à proximité de parcs, d'ambassades, du palais présidentiel ou du parlement européen, zones résidentielles et paisibles occupées par les classes favorisées (Pinçon-Charlot, 2007). Au Mexique, les cabinets sont situés dans des quartiers résidentiels, à proximité de grandes centres commerciaux (*plazas comerciales*) ou d'hypermarchés fréquentés par des personnes appartenant aux classes aisées. Tijuana, sa « zona Rio » présente la particularité de sa proximité de la frontière avec les États-Unis qui favorise l'arrivée des patients américains.

L'emplacement des cabinets de chirurgie esthétique « en ville » répond aussi à une « distribution » sur le territoire qui vise à ne pas interférer avec les clients potentiels de l'hôpital, comme le rappelle le Dr Weibel :

---

166 Réaliser une étude de *mapping* à plus ample échelle serait intéressant. Elle pourrait mettre en évidence les localisations des cabinets dans le tissu urbain, afin de vérifier s'ils existent des quartiers dédiés à l'esthétique dans certaines grandes villes et donc une forme d'identification à un secteur d'activités lié aux services en esthétique.

*« **Donc, les chirurgiens travaillant à l'hôpital, ils ont quel statut ?***
Ils sont praticiens hospitaliers titulaires à l'hôpital, mais cela ne les empêche pas de pouvoir démissionner. Il y a des règles, ils doivent donner un préavis... Ils ne doivent pas s'installer à moins de 12 kilomètres. Mais c'est rarement pratiqué.

Pourquoi ces mesures ?
Bah, pourquoi ? Parce qu'à l'hôpital, un praticien hospitalier gagne 3000 euros, un petit peu plus avec les gardes, etcétéra. Dans le privé, le prix est le double, c'est tout.

Pourquoi doivent-ils s'installer à plus de 12 kilomètres ?
Cela s'appelle une clause de non-concurrence. Parce qu'on peut estimer que si l'hôpital a favorisé l'émergence d'une telle discipline... Je prends un exemple : un examen cardiaque particulier, ça coûte cher, le matériel, un jeune s'est formé, l'hôpital a payé sa formation, l'hôpital lui a fait confiance, il a acquis une clientèle. Si demain il va s'installer à 500 mètres de l'hôpital, l'hôpital va perdre tout ça. Ça existe partout ça, c'est un accord de non-concurrence. Pendant trois ans, en principe, on n'a pas le droit de s'installer à côté de Strasbourg. Bon, ça c'est possible. Mais l'hôpital ne fait pas toujours cette démarche, mais ça peut arriver. »

(Entretien avec le Dr Weibel, Alsace, France, 2012)

En France et au Mexique, les conventions éthiques déconseillent de faire de la publicité évidente et visible « en ville », mais cette recommandation est très peu suivie au Mexique. Ici, les cabinets privés se trouvent souvent dans des tours regroupant de nombreux praticiens, de différentes spécialités. Situés souvent à côté d'un hôpital privé ou d'une clinique, ces locaux permettent aux chirurgiens d'opérer le matin et rejoindre leurs cabinets privés pour les consultations l'après-midi. Au Mexique, les cabinets de chirurgie esthétique peuvent être aisément repérables dans le paysage urbain grâce à de grands panneaux « publicitaires » placés à l'extérieur, bien que ne pas tous y fassent recours. Certains de mes interlocuteurs disent d'éviter d'afficher des panneaux publicitaires pour un souci éthique (lié à leur statut de médecins), d'autres pour éviter les menaces de *kidnapping* par des criminels, lesquels les ciblent pour obtenir une rançon.[167]

En France, les cabinets de chirurgie esthétique sont rarement signalés à l'extérieur et ils se confondent dans le paysage urbain. Les cabinets se situent généralement dans des immeubles résidentiels, qui hébergent parfois aussi des cabinets d'avocats ou d'entreprises.[168] Ces bâtiments dégagent une certaine solennité marquée par une architecture empreinte d'histoire. Comme pour tout praticien exerçant en libéral, à côté de la porte d'entrée du bâtiment est souvent apposée une plaque dorée avec l'inscription de leur nom et de leur

167 Suite à l'exposition d'annonces publicitaires, le Dr Perez s'est fait repérer par des criminels qui souhaitaient l'extorquer et lui ont fait parvenir des menaces de kidnapping concernant ses enfants, raison pour laquelle il a fait retirer toute publicité sur sa clinique. Sa renommée fonctionne désormais uniquement par du bouche-à-oreille.

168 Il semble d'usage pour les entreprises de louer des espaces dans les immeubles des « beaux quartiers ».

spécialité. Cette porte ouvre généralement sur un beau hall intérieur, avec un ascenseur ou des escaliers de marbre et un tapis rouge qui longe les escaliers jusqu'à la porte d'entrée du cabinet identifiée par une deuxième plaque.

Les chirurgiens esthétiques exerçant « en ville » établissent généralement un accord avec une clinique privée pour louer des blocs opératoires et disposer de chambres de repos pour leurs patients.[169] La clinique est choisie le plus souvent en fonction de sa proximité avec le cabinet, mais aussi du *standing* recherché par le patient.

Bâtiments-cliniques[170]

De manière plus fréquente au Mexique, il existe ce que j'appelle des « bâtiments-cliniques ». Ces établissements réunissent : cabinet de consultation, bloc opératoire, chambres de repos postopératoires et centre de bien-être. J'ai observé cette configuration plus fréquemment au Mexique et notamment à Tijuana, en réponse à la demande du tourisme chirurgical des patients venus des États-Unis.[171] Ces bâtiments offrent aux patients l'opportunité d'y séjourner plusieurs nuits, avant de reprendre le voyage de retour. Les services principaux de ces bâtiments-cliniques ce sont les chirurgies esthétiques ; les massages, les soins apportés au centre de bien-être ou bien l'infusion d'oxygène pressurisé par le biais de la chambre hiperbarique[172] (comme dans la clinique du Dr Buenaventura) visent à améliorer et accélérer la récupération postopératoire. Généralement, le bâtiment-clinique occupe tout l'étage d'un immeuble, parfois des bâtiments entiers ou de petites maisons réaménagées et médicalisées. Ces établissements particuliers réunissent le service médical et le service hôtelier, proposant un forfait *all-inclusive* : consultations, location d'un bloc opératoire, matériel, honoraire des praticiens, séjour postopératoire. Cette option permet

---

169 Le mode « hôpital de jour » est très fréquent en chirurgie esthétique. Le Dr Ayed affirme que cette spécialité a été une des premières à choisir d'hospitaliser les patients uniquement pour une journée (ou une nuit), l'objectif étant de réduire les coûts pour les institutions et les patients.

170 Quatre des chirurgiens rencontrés travaillent dans ce type de clinique : le Dr Garcia à Mexico, les Drs Buenaventura et Cames à Tijuana, le Dr Balasko à Strasbourg. Le Dr Perez prévoyait également en ouvrir une à Mexico.

Cf. en annexe, les descriptions ethnographiques, illustrées de photographies, des cliniques du Dr Garcia et du Dr Buenaventura.

171 Il faut souligner que la région de Tijuana, la Basse Californie (dans le Nord-Ouest du Mexique, donnant sur l'Océan Pacifique, au climat méditerranéen) accueille, depuis les années 60, les touristes américains en quête de divertissement (hippodromes, prostitution, drogue, alcool) ou de « bien-être » (établissement thermal). J'ai trouvé une seule publication à ce propos, celle de Miguel Angel Ramirez (2007).

172 C'est une technologie utilisée par les plongeurs qui ont eu des accidents en remontant des grandes profondeurs. L'usage de la chambre hiperbarique pour la récupération postopératoire est encore en phase expérimentale, mais selon le Dr Buenaventura, son action est « miraculeuse » : proportionner de l'oxygène pressurisé à une plaie ouverte faciliterait sa cicatrisation.

donc aux patients de dépenser moins pour une prise en soin plus complète. Par exemple, chez le Dr Garcia à Mexico, le prix d'un séjour dans son bâtiment-clinique coûte environ 1750 euros (35.000 pesos) tandis qu'elle coûterait 5000 euros (100.000 pesos) si le bloc était loué dans une clinique extérieure.

> *« Ce qui coûte de plus dans notre chirurgie est l'hospitalisation. C'est pour cela que nous avons créé la clinique, pour alléger les coûts de l'hospitalisation. Ces cliniques donnent au patient la sécurité d'un suivi dans un lieu approprié, organisé pour offrir ces services, mais à un bas prix ».*
>
> *(Entretien avec le Dr Garcia. Mexico, Mexique, 2016)*

Dans ce type d'établissements le chirurgien assume une grande responsabilité, car il est à la fois le principal docteur de la clinique et l'employeur de tous les salariés de l'entreprise : le personnel administratif (accueil, secrétariat, comptabilité), les agents d'entretien des locaux ainsi que de tout le personnel de bloc opératoire (infirmiers, anesthésistes, collègues chirurgiens) et du personnel du centre bien-être (esthéticiens). Par contre, cette contrainte s'accompagne de la liberté de travailler à la tête d'une équipe qu'il aura choisie, ce qui constitue un grand changement par rapport au milieu hospitalier.[173] Dans ce cadre le chirurgien a une liberté totale dans la décoration de ses locaux, le choix de ses horaires de consultations, d'opérations et de visites. Le fait de réunir bloc opératoire, cabinet et salles de convalescence dans un même bâtiment limite ses déplacements et le rend plus disponible pour ses patients.

Cabinets partagés

La création d'un bâtiment-clinique n'est pas à la portée de tous, et la plupart des praticiens préfèrent amortir les coûts de l'installation et travailler dans un cabinet d'associés, partageant les frais de location des cabinets de consultation. Ce choix s'impose en début de carrière ou simplement pour partager les frais de la location d'un grand local.

Parfois, l'association avec d'autres praticiens est motivée par le partage d'une « philosophie de soin » commune. C'est le cas pour le cabinet du Dr Rossi, chirurgienne plasticienne à Paris, qui adhère à la philosophie d'une « chirurgie esthétique holiste ». Le Dr Rossi et ses associés (nutritionnistes, endocrinologues, biologistes) ont une démarche particulière, celle d'envisager les pathologies comme le résultat d'un déséquilibre organique,

173 Néanmoins, certains confessent d'ailleurs qu'un tel cumul de responsabilités est pour eux une grande source de stress.

parfois physiologique, hormonale, qui influence le poids et l'apparence de la personne. Ainsi, avant de parler de chirurgie esthétique, le Dr Rossi propose à ses patients un bilan sanguin et un monitorage biologique complet. Ses associés aident les patients à déceler les excès ou les manques dans les éléments organiques (p. ex. vitamines) ainsi que les intolérances alimentaires. Le Dr Rossi met ensuite en place une thérapie alimentaire d'équilibrage nutritionnel et la prise de compléments alimentaires, pour « stabiliser » l'organisme dans ses valeurs optimales, éliminer les substances qui pourraient être nocives et provoquer une inflammation. Ce n'est que quand l'organisme est équilibré, qu'il est considéré prêt à subir l'intervention chirurgicale. Le Dr Rossi suit le modèle de la « psycho-neuro-endocrino-immunologie », une approche qui « prend en compte les liens entre la psyché et le corps, entre le système endocrinologique et immunologique », comme le souligne sur son site internet. Cette approche est compatible avec la chirurgie esthétique, qui n'est pas une chirurgie de l'urgence. Le praticien peut donc prendre soin de « préparer le corps » à faire « face au stress chirurgical et améliorer la cicatrisation ». Le modèle de chirurgie esthétique holiste prévoit donc que le chirurgien esthétique s'intéresse aux dimensions biologiques inhérentes au processus de bien -être générale de la personne. Dans cette démarche, il peut collaborer avec d'autres spécialistes, notamment des nutritionnistes, pour faire face au déséquilibre organique à l'origine, par exemple, d'une prise de poids. Cette offre de prise en charge globale du patient reflète la demande des patients d'être considérés dans leur globalité. Même si la dimension psychologique n'est pas intégrée dans la démarche de la chirurgie esthétique holiste proposée par le Dr Rossi, cet exemple montre que les chirurgiens esthétiques sont de plus en plus favorables à collaborer avec d'autres spécialistes pour une prise en charge globale et personnalisée des patients.

Le Dr Perez, mexicain, témoigne de l'existence de cliniques en Amérique du Sud qui réunissent différents spécialistes « de la femme », y compris des chirurgiens esthétiques :

> *« Au Brésil il y a Ivo Pitanguy. Il a des cliniques, qui s'appellent "morillas" à différents endroits d'Amérique du Sud. Quand je suis allé à un congrès au Pérou, j'ai connu ce docteur qu'a différentes cliniques, où ils offrent tout pour le tourisme mondial. Les touristes arrivent, sont hébergés là-bas, et on leur offre tout. Tout pour la femme. C'est formidable, mais c'est un investissement très grand. Cela demande l'effort de plusieurs médecins associés. On t'offre de tout, des parfums, des traitements pour le visage, la manucure, les vernis à ongles, les bijoux. Il y a de tout pour la femme. On te donne des services d'odontologie, gynécologie, chirurgie plastique, tout pour la femme, tout intégré. C'est fantastique ! Mais cela demande beaucoup d'investissement et c'est pour ça que beaucoup de médecins se réunissent dans ces projets.*
>
> ***Et au Mexique, est-ce que ce concept existe-t-il ?***

Non, cela se trouve en Amérique du Sud, J'en ai vu au Pérou, et je sais qu'il y en a au Brésil, et cela est répandu ailleurs aussi. »

(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2016)

« Temples de la beauté »

À l'instar de tout cabinet libéral, les cabinets des chirurgiens esthétiques sont souvent installés dans des appartements. Leur structure est assez récurrente : ils comportent en général un point d'accueil, une salle d'attente, une salle de consultation où l'on trouve le bureau du chirurgien et des chaises pour les patients et d'éventuels accompagnants, ainsi qu'une salle d'examen avec un lit médical. Selon le *standing* du chirurgien, les cabinets seront plus ou moins spacieux et luxueux. Le Hénaff relève le caractère « ostentatoire » d'une décoration parfois luxueuse des cabinets des praticiens qu'il a rencontrés, l'analysant comme une expression d'une « culture de la présentation », qui serait beaucoup plus forte « chez les chirurgiens qui pratiquent uniquement la chirurgie esthétique, principalement à Paris » (Le Hénaff, 2010, 271-274).[174]

En visite dans un cabinet privé, l'ethnologue suit le schéma d'accueil du patient : après la présentation auprès de la secrétaire, on s'assoie dans la salle d'attente et on s'entretient avec la lecture de magazines ou regardant la télévision. Des informations légales ou médicales sont affichées sur les murs ou sous forme de *flyers*. Le chirurgien vient nous chercher à la porte de la salle d'attente et nous invite à nous installer face à son bureau dans la salle de consultation. Le bureau du chirurgien esthétique ressemble à celui d'un médecin généraliste lambda, avec un ordinateur, un bloc de prescriptions, des stylos, un téléphone. Derrière le chirurgien, sont affichés ses diplômes médicaux, soulignant le savoir du médecin et témoignant de sa formation dans son domaine. Toutefois, certains éléments sont caractéristiques de la spécialité : le chirurgien esthétique a toujours sous la main un carnet sur lequel il fait des dessins, soit pour expliquer au candidat[175] la technique opératoire ou présenter un brouillon du résultat attendu.[176] Sur le bureau, sont souvent posés un petit miroir

174 Le Hénaff observe que cet investissement se prolonge également sur internet, où sur les photographies de présentation, « ils délaissent la blouse au profit d'un élégant costume de ville, un cabinet esthétisé se substitue au bloc opératoire, présentant dans un cadre apaisant cette pratique de manière désirable » (*idem*).

175 Par le terme « candidat », les chirurgiens désignent la personne qui demande une chirurgie, mais n'a pas encore été acceptée comme patient.

176 Pour ce faire, il dessine sur son carnet ou bien directement sur les photographies du patient. Bien que des logiciels de morphing soient disponibles sur le marché, la plupart des chirurgiens rencontrés n'en font pas usage. Parfois ils utilisent le logiciel Paint. L'écran de l'ordinateur est alors positionné sur le bureau de manière

et des prothèses mammaires que le patient, s'il est concerné, pourra toucher pour se faire une idée de leur texture, de leur poids ou de leur taille. Dans cette même salle de consultation, nous trouvons souvent des bibliothèques sur lesquelles sont rangés des manuels de médecine, des classeurs (contenant les photographies d' «avant et après» des patients et des feuilles d'information à remettre au patient pour lecture pendant le délai de réflexion).[177] À côté du bureau de consultation, il y a une petite salle d'examen avec un lit médical, une balance, des miroirs et du matériel médical, comme des seringues ou des outils chirurgicaux pour exécuter des interventions de chirurgie ambulatoire ou de médecine esthétique.

Même si les cabinets des chirurgiens esthétiques ressemblent par leur structure à d'autres cabinets médicaux, dans ces lieux, tout est conçu pour évoquer le plaisir esthétique. Certains chirurgiens définissent leur cabinet comme un « temple » de la beauté (Lintilhac, 1980). L'esthétique des cabinets est conçue tout d'abord pour se distinguer de l'ambiance hospitalière, comme l'indique le Dr Garcia :

> *« On a toujours beaucoup d'appréhension à entrer dans un hôpital. Si tu rentres dans un hôpital, tu vas te sentir très différente de comment tu te sens ici à la clinique. Nous avons constaté que dans ce type de clinique, le patient évolue [guérit] différemment que dans un hôpital, parce qu'entrent en jeu les émotions, les sentiments des personnes, comme toi, comme en toutes les choses de la vie, non ? Alors, les patients évoluent mieux dans ces centres que dans les hôpitaux ! Pourquoi ? Parce qu'ils se sentent moins malades, et ils se rétablissent plus vite, je le crois bien. C'est mon concept. Et c'est ce que nous avons observé tout au long des dernières années ».*
>
> *(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2013)*

Dans la clinique du Dr Garcia, il y a des statues de marbre de plus de deux mètres de haut, un mobilier atypique noir et rouge, de grandes croix religieuses, des statues d'anges, des images du Christ, de Buddha, des peintures de paysages, des corps célestes. Cette décoration crée un univers dépaysant, inattendu dans un cabinet médical.

Dans le cabinet d'associés où travaille le Dr Balasko, les murs sont peints avec des couleurs chaudes. Des peintures à l'huile ou des croquis accrochés aux murs de la salle d'attente représentent des corps nus, notamment féminins, allongés ou assis de manière

---

à ce que le patient et son éventuel accompagnateur puissent saisir la portée du changement. Aucun praticien n'imprime les clichés de ces projections (ou les croquis) pour les donner au patient, car la perspective du changement doit rester vague.

177 Ces feuilles d'informations répondent aux suivantes questions : « À qui s'adresse cette intervention ? », « Comment pose-t-on l'indication ? », « L'intervention est-elle prise en charge par l'assurance maladie ? », « Comment se déroule l'intervention », « Quelles sont les consignes à respecter après l'intervention ? », « Quelles sont les complications possibles de cette chirurgie ? » (Voir les fiches d'information du Dr Levallois, cf. annexes).

alanguie. Une peinture particulièrement suggestive, montrant une femme nue franchissant une porte et ressortant habillée, dans un style rappelant celui du peintre Magritte, évoque la transformation du corps. La sculpture de style grecque posée sur une étagère, dans un coin de la salle d'attente, représentant une jeune femme qui regarde sous son bras une blessure sanglante suggère l'opération mammaire, où l'on fait une incision sous l'aisselle pour insérer la prothèse.

Tous ces éléments offerts au regard des patients dans la salle d'attente ont un pouvoir suggestif. Ils évoquent la transformation du corps, le regard des autres, les blessures chirurgicales. Ils immergent le candidat dans l'univers de la chirurgie esthétique et contribuent à le projeter vers le changement corporel qu'ils s'apprêtent à négocier avec le chirurgien. Au-delà de l'effet suggestif recherché, l'ambiance de ces cabinets est aussi conçue pour détendre le candidat à une chirurgie, qui entre dans ce lieu en état d'appréhension. Chaque élément de l'ambiance est pensé, la décoration et l'agencement sensoriel du cabinet sont étudiés. Le Dr Linthilac (1980) y dédie un chapitre de son ouvrage : « Où le profane entre pour la première fois dans le temple de la chirurgie esthétique et s'empreigne de l'atmosphère qui y règne » :

> « C'est difficile, pour un médecin, homme de l'art, comme on disait autrefois, de se "mettre dans la peau" d'un profane de l'un et l'autre sexe, qui entre pour première fois, pour une consultation, par exemple, dans ce que nous appelons le temple de la chirurgie esthétique. Sans doute, nous essayons de traduire les impressions dont il fait l'expérience. Souvent, les établissements hospitaliers ne sont pas des lieux de plaisir. Même si on essaie de les "humaniser", leur image est toujours associée à la sensation d'angoisse que provoquent la maladie, la souffrance et la proximité avec la mort. Donc, dans le temple de la chirurgie esthétique, le visiteur est très surpris : dès qu'il a franchi la porte, il se trouve dans un appartement confortable plutôt que dans une clinique. Le salon est clair et gai ; il y a de la moquette ou des tapis, des peintures sont accrochées aux murs ; aucune odeur d'éther ne s'échappe; une aimable secrétaire le reçoit à l'accueil. Ici, la salle d'attente a été conçue et décorée dans le style anglais. Certaines personnes sont assises, d'autres sont restées debout et parlent à haute voix. Le téléphone sonne. Le rythme des allers et retours s'accélère. Ils appellent une jeune fille avec un bandage sur le nez. Personne ne fait un mystère de son cas, parfois la conversation devient générale. Même si le docteur tarde à apparaître, personne, à l'exception d'un monsieur probablement aigri, ne paraît s'en inquiéter. La jeune fille dont le nez a été opéré huit jours avant, enfin sans le bandage, revient en courant au salon et cherche sa mère, qui, très pâle se mord les ongles. Premier regard ému sur le nouveau nez… On entend un soupir de soulagement. Maintenant les commentaires vont bon train. Tout le monde donne son avis sur le résultat : évidemment il faut prendre en compte l'inflammation et comparer avec les photographies d'avant l'opération. Félicitations, Mademoiselle. La jeune fille rougit de plaisir et demande à la secrétaire d'appeler un taxi. Dans l'intervalle, d'autres patients rejoignent le groupe. Au milieu de toute cette agitation, le docteur imperturbable - habillé en vert et non en blanc- conduit le visiteur à son cabinet : ambiance chaleureuse, peintures -encore des peintures- de couleurs chaudes. Sur son bureau de travail : des fichiers, des photographies, un négatoscope. Si, par hasard, vous voulez visiter les chambres de repos [récupération postopératoire] n'hésitez pas ! Elles sont coquettes, ne ressemblent pas à celles d'une " clinique " : elles sont de couleur pastel, gaies, avec des peintures (toujours des peintures), équipées avec une télévision et des toilettes individuelles.
> Au contraire, si nous franchissons une double porte, ou plus exactement, deux portes successives, nous changeons complètement de paysage. Nous entrons en effet dans la zone chirurgicale, où la fantaisie n'est plus de mise. Ici tout est propre, technique. Néanmoins, l'esprit d'investigation ne

perd pas ses droits ici. Le regard le moins expert ne peut pas éviter de remarquer les murs et le sol stratifiés, blancs, le plafond et les moulures d'aluminium de la salle, la table qui regroupe les appareils de contrôle du cardioscope - défibrillateur, les entrées du gaz d'aspiration, un peu plus loin les appareils d'anesthésie, le respirateur. La table d'opération est d'un design épuré, un véritable modèle de design avec des commandes électriques. Les opérations sont souvent très longues, on travaille assis, avec un tabouret au confort raffiné, sous la lumière diffusée par des lampes avec un large spectre, installées au plafond, et des appareils de climatisation et de stérilisation de l'air : La musique diffusée par une enceinte et les lumières de couleurs programmées à volonté introduisent dans cette ambiance un ton de poésie. Il faut qu'il ait toujours un contraste entre le climat calme, tranquille, chaleureux, vivant, gai de ce qui entoure [le bloc opératoire] et la froideur rigoureuse qui caractérise l'unité centrale, exclusivement dédiée à la technique. Il y a de fait ici toute l'image de la chirurgie esthétique : un objectif apparemment frivole qui engage non pas des malades, mais des individus sains qui se soumettent à la chirurgie de leur propre volonté. L'angoisse ne peut pas toujours être évitée, même si l'espoir est en eux plus fort que la peur et ils savent que malgré l'inquiétude qui les tourmente, ils seront souvent ravis et ils nous remercieront après l'intervention, plus que ceux auxquels nous avons redonné la santé. Par ailleurs, il faut qu'on fasse preuve d'une technique minutieuse, impeccable, développée par une longue expérience et une répétition constante sans laquelle il n'y a pas de résultat possible et par conséquent, il n'y a pas d'euphorie dans l'ambiance…».[178]
[J.P. Lintilhac, 1980]

Le témoignage du Dr Linthilac laisse imaginer une ambiance accueillante et chaleureuse qui ne néglige pas l'aspect technique et le professionnalisme, montrant qu'en chirurgie esthétique les deux dimensions peuvent cohabiter. Néanmoins, ce praticien préconise d'éviter une technicité excessive dans la conception des espaces, car une ambiance aseptisée et froide rappellerait trop l'hôpital. « L'odeur d'éther », le silence inquiétant des couloirs et l'omniprésence de surfaces « froides » et lavables, sont des éléments qui évoquent, selon le Dr Linthilac, la maladie et la mort. Or, la chirurgie esthétique est à ses yeux une spécialité associée à la beauté, à la joie de vivre, c'est pourquoi l'ambiance doit être gaie et inspirer la vitalité. Un léger fond musical, de la moquette, des murs colorés, des peintures et des statues créent une ambiance chaleureuse et « classique ». Le Dr Linthilac conseille aux praticiens qui le lisent de faire en sorte que le personnel de la clinique soit détendu et décontracté pour éviter que le patient soit trop angoissé à l'idée de consulter le chirurgien. Ces prescriptions se diffusent, sont reprises par d'autres chirurgiens et inspirent les plus jeunes. Pour décorer son bâtiment-clinique, le Dr Garcia doit beaucoup aux conseils d'Ivo Pitanguy :[179]

178 L'ouvrage original a été écrit en français, mais celui que j'ai consulté était un exemplaire traduit en espagnol, que j'ai trouvé d'occasion au Mexique. Cet ouvrage a circulé certainement entre la France et le Mexique, contribuant ainsi à la diffusion de cette vision particulière de la pratique. La citation que je propose est une traduction au français de l'exemplaire en espagnol.

179 Pitanguy a été un chirurgien esthétique brésilien très connu dans le monde entier. Il a accueilli dans sa clinique de nombreux jeunes chirurgiens du monde entier et il a publié un grand nombre d'ouvrages expliquant sa vision de la chirurgie esthétique.

« Pitanguy est un génie. Il a développé des concepts que l'on doit respecter pour monter une clinique dédiée à la beauté, il disait souvent qu'elle ne doit pas ressembler à un hôpital, que le patient a besoin de s'identifier avec la beauté et non avec l'hôpital. De là est née l'idée de dessiner le projet ».

(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2016).

Chaque cabinet présente une d'ambiance particulière qui reflète les goûts et la personnalité du chirurgien. Celui-ci peut faire appel à des architectes ou des décorateurs, mais le plus souvent il s'implique activement dans le choix des couleurs des murs, des meubles, des bibelots, de la musique, etc. Le bâtiment-clinique du Dr Buenaventura, à Tijuana, occupe quatre étages dans un immeuble partagé avec d'autres médecins, avocats et banquiers. Il a engagé un architecte pour décorer les différents étages et donner une cohérence d'ensemble à la clinique. Ce dernier, spécialisé en conception d'hôpitaux, a adapté ses compétences au domaine de la chirurgie esthétique.[180]

« La chirurgie plastique reste une chirurgie et il faut répondre à toutes les normes pour éviter les infections. Le projet initial se doit d'être comme s'il s'agissait d'un hôpital comme tous les autres. Mais en chirurgie plastique, les patients vont rester moins de temps, et ne doivent pas se sentir dans un hôpital. Il faut camoufler un peu la représentation de l'hôpital et la rendre plus agréable ! Maintenant, comment on va le faire ? C'est un peu intuitif, il n'y a pas de règle. »

(Entretien avec l'architecte de la clinique du Dr Buenaventura, Tijuana, Mexique, 2017).

La décoratrice qui a travaillé avec l'architecte confirme la nécessité de créer une ambiance dans laquelle les patients se sentent à l'aise, rassurés :

« Quand une personne arrive ici… elle cherche généralement un chirurgien plasticien parce qu'elle veut s'améliorer! Elle doit arriver dans une ambiance où elle se sent bien! C'est pour ça que nous lui donnons cette teinte chaleureuse ! Aimable ! Accueillante. Le patient se dit "Je ne suis pas malade !". Par ailleurs, il est inquiet de ce qu'on va lui faire. Il est important qu'il arrive dans une ambiance accueillante, où il se sent à l'aise, dans une ambiance bienveillante ! [cariñosito]. Cela donne confiance, hein ?»

(Entretien avec la décoratrice de la clinique Buenaventura, Tijuana, Mexique, 2017)

L'esthétique de la clinique Buenaventura a été imaginée de manière approfondie. Du parquet aux rideaux, de la décoration au mobilier, de l'illumination à la musique, des fleurs fraîches dans la salle d'attente à la régulation de la température, jusqu'aux plantes en plastique

180 Cet architecte se base sur des réglementations en usage aux États-Unis, où il intervient régulièrement dans le cadre de projets hospitaliers.

dans la chambre hyperbare pour endiguer la sensation de claustrophobie, tout est étudié pour créer une atmosphère agréable.

Un aspect commun à tous ces « temples de la beauté » est-ce qu'ils doivent induire un sentiment d'agréable dépaysement par rapport à l'environnement urbain. Lorsque le client rentre dans un cabinet d'esthétique il laisse derrière soi le monde urbain extérieur, gris, pollué, plein de promiscuité, anxiogène, tel qui le décrivait Georg Simmel (2013). L'utilisation de certains objets de décoration comme les mappemondes, les tapis orientaux, les masques africains, les statues « ethniques », mais aussi les ambiances futuristes, crée un dépaysement, amène l'esprit à voyager, à rejoindre un « monde parallèle ». Tous ces éléments incitent à la rêverie d'un « autre monde » comme Morgan Cochennec (2004) en fait l'analyse pour les instituts de beauté :

> « Quand ce ne sont pas des instituts à l'aspect médicalisé, la clientèle est souvent reçue dans des espaces ressemblant à de véritables foyers, décorés par l'esthéticienne comme son propre intérieur. Beaucoup d'instituts sont aménagés en profondeur, les pièces étant même parfois établies au sous-sol. Il y a dès lors comme une forme de rituel de retrait pour la cliente qui vient s'y faire soigner. Les pièces réservées aux soins se trouvent toujours, dans la mesure du possible, assez loin de l'entrée. Parfois même, cette distance augmente avec le type de soin : les soins du corps – les plus intimes – s'effectuent dans les pièces les plus retirées. (Cochennec, 2004, 81)

À l'instar des instituts de beauté, la décoration accueillante des cabinets de chirurgie esthétique a une fonction émotionnelle, celle de rassurer les patients que s'y réfugient pour échapper aux contraintes liées à la vie urbaine quotidienne.

> « La construction d'un espace écarté du monde social s'exprime avec force sur un plan symbolique. L'espace de l'esthétique est toujours présenté par ses porte-parole " officiels " comme un lieu hors du monde et hors du temps. L'institut est ordinairement présenté comme un havre de paix et de volupté, au sein duquel les tensions et les logiques sociales à l'œuvre à l'extérieur n'auraient plus lieu d'être : ses frontières protègent la cliente des violences du dehors. (…) Personnel et intemporel, l'institut est une parenthèse, un « moment offert à soi », la face inversée de la culture féminine du sacrifice ». (Cochennec, 2004, 81)

Ces espaces ont aussi un caractère secret et « magique », car il s'y réalise des transformations physiques de l'apparence à l'abri des regards de la communauté.

> « L'étude de l'environnement dans lequel se déroule le soin de beauté donne donc à voir un espace réel et symbolique coupé du monde, secret, peu légitime (nous y reviendrons) et proprement féminin. Ces quelques particularités contribuent à créer un espace propice à l'expression de la magie, tel que la conceptualise Marcel Mauss. »
> (Cochennec, 2004, 81) [181]

181 cit. Marcel Mauss, op. cit., p. 1-141.

Personnalisation esthétique

La décoration de ces espaces crée un « univers » particulier, propre à chaque chirurgien. Mes observations de terrain m'ont permis d'organiser les styles de ces cabinets selon plusieurs catégories.

LES STYLES DES CABINETS[182]	
ARTISTIQUE	Murs et portes aux couleurs chaudes et vives, peintures accrochées aux murs, bustes de style grec posés sur des supports (clinique du Dr Balasko, à Strasbourg).
« NEW-AGE » OU « ETHNIQUE »	Statues orientalisantes, bouddhas, statues de déesses hindoues, images d'anges, statues colorées africaines de taille humaine (cabinets des Drs Garcia à Mexico, Grubers à Strasbourg et Tarbes à Paris).
« ÉTABLISSEMENT THERMAL »	Grands canapés confortables, musique douce et relaxante, esthétique apaisante, meubles de bois aux formes arrondies, fleurs posées sur les tables de la salle d'attente (clinique du Dr Buenaventura à Tijuana).
LUXUEUX	Quartier aisé, grands espaces, couleurs claires, clientèle issue de la haute bourgeoisie, peintures et sculptures originales, plusieurs salles d'attente espace « VIP » (cabinet du Dr Noguès à Paris).
« OLD STYLE »	Ambiance « cabinet de curiosités », bibliothèque imposante en bois massif, poupées et marionnettes exposées, murs recouverts de bois massif (cabinets des Drs Cames à Tijuana et Gassiot à Paris).
MODERNE	Ni médicalisé, ni coloré, photographies et catalogues de voyage, mobilier noir et blanc, architecture fonctionnelle, simple et efficace (cabinet du Dr Singer, à Paris).
FUTURISTE OU DESIGN	Murs couverts de miroirs, lumières éclatantes, murs et mobilier blancs. (cabinet du Dr Bruder à Strasbourg).

Le style décoratif choisi par le chirurgien reflète son goût esthétique et lui permet de se sentir à l'aise dans un environnement de travail personnalisé esthétiquement. Toutefois, cela a aussi une fonction dans le processus de sélection des candidats. De fait, les chirurgiens

182 Cette classification est étique, propre à l'ethnographe. Elle vise à donner une idée au lecteur des différentes ambiances que l'on peut trouver fréquentant les cabinets des chirurgiens esthétiques en libéral. Cette liste a été élaborée sur la base de l'observation de mes interlocuteurs, elle n'est donc pas exhaustive. Je renvoie aux annexes pour visualiser les photographies de ces ambiances.

sont conscients que l'agencement de l'espace du cabinet influence la réponse émotionnelle du candidat. Ce dernier choisira le praticien avec lequel il rentre plus en « syntonie », en « résonnance », aussi grâce aux éléments sollicités dans la décoration des espaces de soin. [183]

Le style du cabinet dévoile donc les goûts du praticien. Cela est d'autant plus important que le résultat esthétique prévu sur le corps du candidat réfléchit lui aussi un certain goût esthétique, dont les critères doivent être partagés par ces deux acteurs, et compatibles. Ainsi, lorsque les praticiens héritent du cabinet d'un autre médecin, comme c'est le cas du Dr Noguès, ils souhaitent apportent des transformations pour personnaliser l'espace et le rendre plus conforme à leur manière de consulter.

> *« C'était le cabinet de mon père il y a deux ans. C'est, c'est très beau, mais c'est pas… C'est tout à fait confortable, c'est très fonctionnel ! Mais (…) Je vais le changer dans les années qui viennent. On va aménager cela, et puis là on va faire, on va fermer (…). Le bureau met une distance avec le patient. Je voudrais changer pour consulter différemment. Je ne veux pas être loin des patients (…) les gens viennent souvent à deux, le bureau n'est pas suffisamment grand et je me suis dit : Est-ce que tu as besoin de plus de place ? Et effectivement j'ai besoin d'un bureau plus grand. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Noguès, Paris, France, 2015)*

Bibelots et autres objets apotropaïques

La personnalisation de l'espace ne se borne pas au choix de l'emplacement des meubles, mais aussi aux objets exposés dans l'espace. Posés sur les étagères, au milieu des livres, ces objets souvent originaires de différentes contrées, sont des souvenirs de voyages ou achetés aux enchères, des photos de famille ou de voyages humanitaires, des cadeaux des patients, etc. Dans une étude sur les objets exposés dans les lieux de travail des personnels techniques et administratifs en milieu hospitalier Anne Monjaret en avait souligné leur fonction rassurante :

> « Les objets [exposés dans l'atelier] font référence à l'histoire de l'occupation des lieux, son histoire personnelle (cadeaux, photographies de voyage...) et familiale (dessins d'enfants, photographies de famille…). Dévoilant ses origines, ses passions, ses goûts, ils apparaissent comme une sorte de carte d'identité offerte au visiteur, mais d'abord exposée pour soi, avec des objets à soi. Leur mise en scène aide à élaborer une ambiance familière qui a certainement une fonction de sécurité » (Monjaret, 2006, 150-151).

183 Il faut souligner qu'en chirurgie esthétique le candidat choisit le praticien après en avoir consulté plusieurs. Son choix se portera généralement sur le praticien avec lequel il s'est senti plus à l'aise, et en confiance.

En effet, les cabinets privés des chirurgiens esthétiques sont hautement investis de décorations et d'objets d'art, ce qui contribue à donner un air familier à ces ambiances. Ces objets décoratifs côtoient le matériel médical posé sur les étagères.

Voici un extrait du « paysage » décoratif observé dans le cabinet du Dr Perez, à Mexico :

> *« Sur le bureau se trouvent, à côté de médicaments épars, livres, dossiers, feuilles, un drapeau du Mexique et une sculpture de caducée.[184](...) Sur un mur sont accrochés ses diplômes. Sur les étagères de sa petite bibliothèque, il y a des bibelots.*
> *Sur l'étagère la plus haute : une statue de Buddha, une représentation d'un dieu maya, une pierre de cristal rose, une bougie, un verre vide, des enceintes (une musique des Beatles en fond), une petite chouette en porcelaine, un dragon en or et un petit mouton.*
> *L'étagère au-dessous : des prothèses mammaires et fessières posées sur des supports. Une statue noire d'une femme assise avec les bras levés, des échantillons de crèmes, une horloge digitale, un appareil électronique, des papiers.*
> *L'étagère au-dessous, une enceinte de sonorisation, des CD, des médicaments épars. Tout en bas, des produits liquides, des médicaments, des cotons pour les oreilles. (...) Sur le mur adjacent au lit médical, des peintures représentant des corps de femmes -qu'il dit être métisses, mais qui me paraissent plutôt indigènes- ».*
>
> *(Journal de terrain, cabinet du Dr Perez, Mexico, Mexique, 2013)*

L'observation ethnographique a dévoilé un détail intéressant du point de vue anthropologique. De fait, certains objets exposés ont une fonction principalement décorative et finalisée à exprimer un goût esthétique personnel. D'autres révèlent des significations plus complexes. Par exemple, parmi les objets que j'ai répertoriés, figurent assez souvent des masques représentant des paralysies faciales.[185] Pourquoi les chirurgiens esthétiques ont-ils une fascination particulière pour la paralysie faciale ?[186] Pourquoi ils les exposent dans leurs cabinets ? J'avance une analyse : la paralysie est un risque inhérent à certaines interventions. Lors d'un lifting, si le nerf facial est accidentellement sectionné, une partie du visage du patient risque d'être paralysée, éventualité désastreuse pour un praticien qui a pour mission d'améliorer ou d'entretenir l'apparence de ce visage. En outre, la paralysie faciale met en exergue le caractère profondément dérangeant de l'asymétrie des traits d'un visage. Or, en chirurgie esthétique, toute dysmétrie est interprétée et traitée comme un défaut à corriger. La

184 Le chirurgien m'explique qu'elle représente le symbole des médecins : un bâton figurant le pouvoir, surmonté de deux ailes représentant la liberté et entouré de deux serpents entrelacés produisant un poison qui peut être aussi un antidote. La sculpture représente le pouvoir d'exercer la médecine avec liberté. Je lui demande si cela pourrait signifier aussi un pouvoir sur la vie et la mort. Il me répond : « Non, cela est l'apanage de Dieu et non des médecins ».

185 Je renvoie aux annexes de ce manuscrit pour visualiser les images correspondantes.

186 Le Dr Glicenstein y dédie un article scientifique intitulé Histoire de la paralysie faciale (Glicenstein, 2015).

présence de ce genre de masques dans les cabinets des chirurgiens plasticiens constitue, en quelque sorte, un apprivoisement symbolique, une « exorcisme » du risque indésirable, du défaut esthétique, du « laid ».[187] Une paralysie faciale peut rendre le visage « monstrueux », car en brisant les repères de symétrie et d'harmonie, elle désoriente et inquiète. Probablement, ce type de masque joue un rôle d'anti-modèle esthétique pour le chirurgien.

D'autres objets répertoriés révèlent des fonctions apotropaïques. Le Dr Perez, expose sur une étagère, en face de la porte d'entrée, une statuette de Saint-Michel.[188] Un autre élément ressurgit lorsque je lui demande s'il adopte des gestes de « protection » face aux énergies des candidats qui viennent en consultation. Il m'indique alors la représentation d'une main de Fatma, symbole de protection contre le mauvais œil :

> *« **Est-ce que vous ressentez le besoin de vous protéger des « mauvaises vibrations » qui peuvent venir avec certains de vos patients ?***
> *Tourne-toi pour voir.[Je suis assise sur le siège du patient, je me retourne, je vois sur le mur derrière moi, une grande affiche représentant une main de Fatma]*
>
> ***Oui, c'est clair ! (je ris). Est-elle d'origine arabe ?***
> *C'est d'origine arabe*
>
> ***C'est une main ?***
> *C'est une main de protection, oui. Elle a beaucoup de pouvoir. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2017)*

Dans la clinique du Dr Buenaventura, à Tijuana, sur le comptoir d'accueil est posée une figurine de Saint-Michel. Ce praticien porte d'ailleurs en permanence, dans la poche de sa blouse, une pierre « de protection ». Ces gestes s'inscrivent dans une religiosité de type « superstitieux » ou « magique », très fréquente chez la population mexicaine. Les statuettes, amulettes, pierres de protection, images d'anges ou de saints ont une fonction propitiatoire et apotropaïque.[189] Ces objets visent à favoriser une bonne entente avec les candidats et se prémunir des influences négatives qui viendraient tout particulièrement des « candidats problématiques ».[190]

En France, ces représentations « superstitieuses » sont moins explicites, mais elles ne sont pas absentes. Le cas du Dr Singer en est un bon exemple. Dans son cabinet du XVIe

187 Hypothèse de ma part, car les chirurgiens n'ont pas expliqué leur intérêt pour ce type de masques.

188 La fonction apotropaïque de ces statuettes s'explique par l'étude du saint dans l'iconographie chrétienne. Saint Michel est un saint qui représente la lutte contre Satan, mais aussi contre les dangers physiques ou spirituels.

189 Selon le dictionnaire Larousse, apotropaïque est un mot grec dérivant de *apotropaios*, qui détourne les maux.

190 Ce thème sera traité dans le chapitre 3.1 de ce manuscrit.

arrondissement à Paris, ce praticien a mis en place un véritable autel à vocation protectrice. Il y expose des statuettes et des amulettes de tradition vaudou, rapportées de ses missions humanitaires en Afrique. Alors que je le questionnais au sujet d'une statuette de femme africaine d'inspiration vaudou posée en salle d'attente, il m'a invitée à découvrir son « autel » vaudou derrière son bureau de consultation. Voici un extrait de mon journal de terrain :

> *« Le Dr Singer me montre une série d'objets posés sur les étagères derrière son bureau. Les différents objets, exposés les uns à côté des autres, constituent son autel. La plupart d'entre eux sont de provenance africaine et d'inspiration vaudou ; il les a rassemblés -achetés ou reçus en cadeau- durant ses voyages humanitaires. "Ce sont des amulettes", m'explique-t-il, "certaines sont même personnalisées". Un de ces objets porte ses initiales réalisées en petites perles de couleurs. Il me montre un sachet contenant des substances de protection, un mini livre du Coran, des pierres, une poupée vaudou et une bouteille d'huile de couleur rouge pour se protéger des "enfants sorciers".[191] Dans le tiroir, sous son bureau, il garde un bâton décoré. D'après la tradition vaudou, le guérisseur s'en sert comme aide pour arriver à prononcer des "diagnostics difficiles". Il s'en sert au besoin. Sur les murs de son cabinet, sont affichées des peintures qu'il a reçues en cadeau d'un ami. Un détail attire mon attention, un morceau de bois affiché au mur, il me dit être un morceau de banc en bois peint, où il s'asseyait avec ses collègues durant sa mission humanitaire en Afrique. Sur ce morceau est écrit "Allah" (Dieu), dans un carré, au milieu, une punaise, configuration qu'il interprétait comme l'œil de Dieu.[192] "Ça c'est aussi l'invisible…" conclut-il. »*
> *(Journal de terrain, auprès du cabinet privé du Dr Singer, Paris, 2015)*

Ces objets peuvent être placés de manière à ne pas être vus d'emblée par les candidats, derrière des portes, au sol, affichés sur des murs (mais hors de la vue des patients), posés sur des étagères, cachés dans un tiroir, dans une poche. La fonction apotropaïque de ces objets est clairement dirigée envers les candidats dits « problématiques », ceux qui sont particulièrement exigeants, qui s'annoncent être des « éternels insatisfaits » ou porteurs d'un trouble psychique. Tous les praticiens affirment qu'il faut savoir reconnaître ces patients car ce sont ceux qui sont les plus enclins à être déçus par le résultat opératoire -et donc plus à même de porter plainte contre le praticien- ou portés à développer une psychose ou une dépression suite à une intervention. Toute négociation serait difficile avec ces candidats potentiellement problématiques. La seule manière d'éviter un conflit est celle de refuser de les opérer, de les éloigner, de les inciter à renoncer. Dans les représentations des praticiens qui les sollicitent, objets apotropaïques sont censés « renforcer » la capacité de discernement du praticien, mais aussi « éloigner » par leur simple présence les candidats potentiellement « problématiques ».

---

191 Croyance très répandue en Afrique, accusant des enfants de sorcellerie. Cette amulette lui a été donnée par des tradipraticiens africains.

192 Ce symbole rappelle les amulettes de protection contre le mauvais œil dans les traditions moyen-orientales et arabes.

L'objet apotropaïque apparaît parfois sous la forme d'un texte affiché dans la salle d'attente du chirurgien, comme c'est le cas dans le cabinet du Dr Balasko. Le praticien veut s'assurer que les candidats ayant malentendu les objectifs de la chirurgie et y portant trop d'attentes, renoncent à la consultation avant de s'engager dans un processus thérapeutique :

> *« Cette lettre a pour objectif de répondre à quelques-unes des questions posées le plus souvent par les patients à propos de la chirurgie plastique. Le but de la chirurgie esthétique est de vous faire paraître le mieux possible. Elle ne peut pas faire plus que cela. Si vous attendez des miracles, vous risquez d'être cruellement déçus. La chirurgie plastique est une combinaison d'art et de science. Cependant, la chirurgie en tant que telle n'est pas une science exacte, et du fait que certains facteurs intervenant dans le résultat final (comme la cicatrisation) ne sont pas entièrement sous le contrôle du chirurgien ou du patient, et il est donc impossible de garantir le résultat final. Il entre en ligne de compte différents facteurs, tels la condition physique, l'âge relatif des téguments, le type et le nombre de rides, la structure osseuse sous-jacente (pour la face) l'hérédité, et les influences hormonales, ainsi que certains facteurs inconnus. Il n'est pas possible, par exemple, par une intervention chirurgicale d'inverser le cours du temps. Une personne de quarante ans ne pourra pas en paraître vingt ou moins. Ceci semble évident, et pourtant l'action de la publicité et de certains médias le font croire au public. C'est faux.*
> *La chirurgie tend à améliorer la ptôse, les excès de dépôts graisseux, et l'importance des rides, mais en laissant des cicatrices. Malgré ce que vous avez peut-être déjà entendu dire, toute cicatrice est indélébile. L'art du chirurgien plasticien est de les placer dans des lignes naturelles ou de les camoufler dans des zones moins directement apparentes, afin qu'elles puissent être cachées par les cheveux ou les vêtements, ou qu'elles soient le plus discrètes possibles. Quelle est la durabilité du résultat ? La chirurgie esthétique de la face et de la silhouette tend à retarder les phénomènes du vieillissement. L'horloge est retardée, mais n'est pas à l'arrêt. La date à laquelle peut être réalisée une intervention de rajeunissement dépend de chaque individu. En général, pour la face, la durée avant une éventuelle retouche est de 5 à 10 ans selon les cas. Cependant, certains patients verront leurs défauts réapparaître le plus vite, alors que d'autres ne consulteront plus. L'importance de l'intervention, le type d'anesthésie et la durée de l'hospitalisation seront déterminées après votre examen médical. Veuillez noter toute question que vous désirez me poser et rappelez-vous que les amis bien intentionnés ne sont pas toujours la meilleure source d'information. Un patient bien informé est un patient heureux, et c'est le but que se fixe le chirurgien plasticien. (Signature)»*
>
> *(Cabinet d'associés où travaille le Dr Balasko, Strasbourg, France, 2012)*

CONTEXTE HUMANITAIRE

Une fois installé « en ville » le chirurgien esthétique suit une routine assez régulière, au rythme que lui-même se donne et ne plus à celui de l'hôpital. Cela lui donne le temps de s'investir aussi dans des voyages en mission humanitaire. Je n'ai pas eu l'opportunité d'observer la pratique sur le terrain humanitaire, mais j'ai côtoyé plusieurs praticiens qui partent souvent dans ces missions. L'un parmi eux, le Dr Singer, se rend en mission une ou

plusieurs fois par an (afin de traiter des séquelles de noma[193] des brûlures, des fentes labiales, des tumeurs, etc.) souvent dans des zones de conflit ou très reculées de la brousse africaine. Ce praticien a même développé le concept d'écochirurgie, pour décrire l'adaptabilité de la chirurgie aux nouveaux contextes. Le Dr Singer requiert au préalable de l'accord et de la bienveillance des tradipraticiens locaux avant de programmer une intervention dans les villages de brousse.

Il faut reconnaître que parmi les spécialités chirurgicales, la chirurgie plastique-esthétique a l'avantage de ne pas dépendre de moyens techniques très complexes, les instruments nécessaires se transportent assez aisément. Lorsqu'il organise ses missions humanitaires, le Dr Singer part avec son équipe de chirurgiens français et apporte depuis la France tout le matériel dont il a besoin. Différemment de l'ONG Médecins Sans Frontières qu'utilise des blocs opératoires gonflables,[194] l'équipe du Dr Singer opère souvent en plein air. L'écochirurgie, telle qui l'entend le Dr Singer, déroge aux protocoles de stérilité mis en œuvre dans les blocs opératoires urbains, mais cela ne semblerait pas provoquer -à dires du chirurgien- plus de problèmes d'infection ni de complications. Par contre, le fait d'opérer sous les yeux de la communauté génère une série de questionnements qui doivent être expliqués. Le Dr Singer a établi, tout au long des années, des collaborations avec des tradipraticiens et des traducteurs afin d'expliquer aux habitants du village les répercussions de l'opération sur les équilibres invisibles, individuels et collectifs. Ce qui impressionne de plus les spectateurs ce serait la vue du corps du patient anesthésié, assimilé à un corps mort, plongé dans l'inconscience, qui se réanime au bien vouloir de l'anesthésiste.

Ce terrain mériterait d'être approfondi, car il montre que la chirurgie hospitalière occidentale peut déroger du cadre aseptisé tout en étant efficace. D'autre part, ce cas montre que les chirurgiens plasticiens s'ouvrent parfois à la création de collaborations avec des tradipraticiens. Ces deux aspects semblent montrer que les chirurgiens plasticiens esthétiques, afin d'adapter leur soin à des demandes spécifiques, s'ouvrent facilement à la transgression des orthodoxies biomédicales telles qu'elles sont apprises pendant leur formation.

---

193 D'après le site de Médecins Sans Frontières : « Le Noma est une infection gangreneuse foudroyante qui s'attaque à la bouche et au visage en ravageant les tissus et les os. En l'absence de prise en charge, les personnes atteintes peuvent décéder en quelques jours. Les survivants gardent des séquelles terriblement douloureuses et stigmatisantes. » Article intitulé « Nigeria : le Noma, cette maladie négligée qui détruit des visages et des vies » < shorturl.at/eEKQ3> consulté le 12/2/2021.

194 Voir l'article du site Médecins Sans Frontières intitulé « Tentes gonflables : une capacité de réponse en chirurgie plus rapide et plus économique » : <shorturl.at/AIPX6> consulté le 12/2/2021.

RÉSUMÉ

Ce chapitre se concentre sur les débuts professionnels des chirurgiens esthétiques au terme de leur formation et les ambiances de leurs cabinets « en ville ». De fait, à l'exception d'une minorité d'entre eux qui choisissent de devenir professeurs et praticiens hospitaliers, la plupart s'installent « en ville » et exercent la médecine libérale. La transition marquant le passage de la formation en milieu hospitalier à la création d'un cabinet est parfois complexe. En effet, le jeune chirurgien est confronté à des problématiques d'ordre matériel, logistique, juridique, financier auxquelles il n'a guère été préparé par sa formation. C'est pourquoi beaucoup de jeunes praticiens choisissent tout d'abord de démarrer leur activité en association avec des confrères déjà installés, avant d'ouvrir leur propre cabinet.

Néanmoins, dès qu'ils deviennent médecins libéraux, ils jouissent d'une liberté nouvelle, celle de choisir leurs collaborateurs, leurs horaires de travail et aussi de personnaliser leur ambiance de travail. En autre, l'entrée dans la pratique libérale apporte de l'autonomie à ces praticiens et, en tant qu'entrepreneurs, les ouvre à de nouvelles compétences. Les chirurgiens les plus entreprenants décident de fonder leur propre bâtiment-clinique, qui regroupe la structure d'un cabinet lambda avec celle d'une clinique (avec un bloc opératoire et des chambres de repos) et accessoirement aussi celle d'un centre de bien-être. Dans ce cadre le chirurgien devient donc un chirurgien-patron, employeur d'une équipe de salariés.

Dans le chapitre sur les ambiances nous avons répertorié trois contextes principaux où se développe la chirurgie esthétique : à l'hôpital, en libéral ou en mission humanitaire. Les ethnologues se sont concentrés sur l'analyse de l'ambiance du bloc opératoire qui respecte des règles rigides basées autour du concept d'asepsie ainsi que des ritualités bien consolidées. Je ne me suis pas attardée à en décrire les spécificités en chirurgie esthétique, car je n'ai pas constaté beaucoup de différences des observations faites précédemment par les ethnologues.

L'analyse des ambiances en chirurgie esthétique que j'ai proposée porte plutôt sur l'observation des espaces de la salle d'attente et de la salle de consultation à l'hôpital et en libéral. Les cabinets privés en chirurgie esthétique sont souvent situés dans les quartiers aisés et résidentiels. Leur structure est classique : un accueil, des salles d'attente, de consultation, d'examen ainsi que des toilettes composent cet espace. Néanmoins, lorsque le chirurgien fusionne le concept du cabinet privé et celui de clinique –incluant un bloc opératoire et des chambres de récupération ainsi qu'un centre de bien-être– nous pouvons parler de « bâtiments-clinique ». Dans ce cadre, les prestations chirurgicales et hôtelières sont associées

dans un concept hybride, qui fournit une réponse logistique au développement récent du tourisme chirurgical, présent notamment dans des zones frontalières comme à Tijuana au Mexique. Dans la configuration du bâtiment-clinique, le chirurgien est à la fois un médecin, mais aussi l'employeur de plusieurs salariés. Pour le patient, cette organisation présente l'avantage d'un hébergement sur place pour le suivi postopératoire à un coût inférieur à celui d'une clinique externe. Le bâtiment-clinique permet au praticien de travailler exclusivement avec des collaborateurs qu'il a choisis et de ne pas avoir à se déplacer entre son cabinet et une clinique extérieure. Néanmoins, ce type de structure, beaucoup plus fréquent au Mexique qu'en France, exige des investissements financiers importants et implique une prise de responsabilité majeure pour le chirurgien.

L'analyse de l'aménagement et de la décoration des cabinets de chirurgie esthétique nous permet de dégager de nouvelles pistes de réflexion sur cette spécialité et, de manière générale, sur la médecine libérale. On observe que les praticiens cherchent à donner à leur cabinet une ambiance différente de celle fonctionnelle, aseptisée et froide de l'hôpital.[195] Aussi, sont mobilisés toute une série d'éléments suggestifs : des statues, des peintures, de la moquette ou du parquet au sol, des plantes, une lumière naturelle ou tamisée, un fond musical agréable (classique, pop, instrumental), qui confèrent à ces lieux l'ambiance d'un appartement plutôt que celle d'un espace médicalisé. L'accueil des patients doit être chaleureux et cordial. Aux dires des praticiens rencontrés, un environnement de soin agréable, voire chaleureux et familier, favoriserait le lâcher-prise des patients et leur rétablissement. Le Dr Garcia affirme qu'il est « prouvé scientifiquement que les patients récupèrent mieux quand ils sont dans une ambiance familiale ».[196] Par ailleurs, le fait de créer une ambiance de soin différente de celle hospitalière permet aux praticiens de s'émanciper de l'idée de maladie et de mort généralement associées aux ambiances hospitalières. La chirurgie esthétique intervient sur des patients sains et elle est généralement associée à une certaine envie de vivre. C'est pourquoi l'ambiance est structurée de manière suggestive afin de provoquer chez le patient une bonne humeur et une détente.

Les prescriptions données par le Dr Linthilac (1980) nous indiquent que les cabinets libéraux en chirurgie esthétique devraient rassembler à des véritables « temples de la beauté ». Néanmoins, chaque praticien particularise son ambiance de travail et il y donne son propre style, basé sur son goût esthétique. Cette mise en scène de soi du chirurgien vise aussi à tester

195 À l'exception peut-être des services de maternité ou de pédiatrie qui peuvent être investis d'une décoration agréable conçue pour égayer le séjour des enfants à l'hôpital.

196 Entretien, 2016.

la compatibilité de ses goûts avec ceux du candidat lequel, découvrant le cabinet pour la première fois, sera plus ou moins favorablement impressionné. On peut donc penser que la particularisation esthétique correspondrait à une stratégie d'influence sur le patient, qui consulte différents praticiens avant de choisir celui avec lequel s'établit la meilleure affinité. À cet égard, le cabinet est, en quelque sorte, le théâtre où praticien et candidat, à travers leurs interactions, se mettent en scène respectivement.

D'une part, nous observons donc la référence constante au monde de l'art avec la présence d'éléments de décoration comme les peintures, les sculptures, les photographies originales, les couleurs des murs, la musique qui résonne par des enceintes, etc. D'autre part, ma recherche a révélé l'existence de représentations « superstitieuses » liées au pouvoir de certains objets exposés dans les cabinets, qui auraient une valeur apotropaïque. Pourquoi certains chirurgiens esthétiques ressentent le besoin de s'entourer de ces objets ? Dans leurs représentations ces objets constituent un adjuvant à l'établissement des diagnostics difficiles et notamment pour se prémunir contre les candidats « problématiques ». Ces objets jouent donc un rôle de « supports psychospirituels à vocation positive », comme l'a défini Guy Lesoeurs (2002). La fonction de ces objets est donc « protectrice », car elle vise à détourner les influences « maléfiques » et destructives de ces patients enclins à être mécontents et susceptibles, par leurs démarches, de compromettre la réputation du chirurgien. Ces objets apotropaïques, positionnés dans l'espace de manière stratégique, sont censés favoriser le dialogue et une entente harmonieuse entre le chirurgien et les patients. Tous les éléments du cabinet sont sciemment choisis par le praticien, ils dégagent une force symbolique et « cristallisent tout un monde en mouvement », comme le souligne Nicoletta Diasio (2009).

En conclusion, l'analyse des ambiances en chirurgie esthétique montre que dans cette spécialité cohabitent plusieurs visions du monde ou cosmovisions. D'une part celle biomédicale, par le biais de laquelle le praticien se focalise sur les enjeux techniques et purement « physiques » de sa demande. D'autre part une cosmovision plus holiste, qui permettrait aux chirurgiens d'envisager l'interaction avec le patient comme une dynamique complexe qui se joue à la fois sur le plan physique, psychique et énergétique. L'ambiance qui enveloppe cette rencontre doit être agencée de manière à être propice pour l'établissement d'une alliance thérapeutique avec le patient. C'est pourquoi les éléments présentes dans l'espace du cabinet du chirurgien esthétique rappellent à la fois l'univers biomédical (les diplômes affichés au mur, le bureau de consultation, les instruments de mesure comme la balance, le stéthoscope, etc.), mais aussi l'univers des médecines « complémentaires » voir des religions ou de l'ésotérisme (les amulettes, les porte-chance, les images religieuses, etc.).

Mais l'ambiance au sens large d'un cabinet de chirurgie esthétique est aussi caractérisée par les personnes qu'y interagissent, je me réfère plus particulièrement aux collaborateurs du chirurgien esthétique. Nous analyserons ce point dans le prochain chapitre.

2.4 COLLABORATEURS

La littérature ethnologique montre que l'intérêt porté aux collaborateurs des chirurgiens s'attache principalement à l'équipe opératoire. Dans ce cadre, pour utiliser une métaphore guerrière, les chirurgiens sont présentés comme des généraux guidant une armée qui combat la maladie. Une autre perspective, plus artistique, présente le chirurgien en chef d'orchestre dirigeant, au centre du théâtre opératoire, les autres membres de l'équipe. Dans une chorégraphie chirurgicale, le chirurgien agit comme un « pianiste ou un prestidigitateur, les mains et les poignets se meuvent tandis que le haut du corps semble immobile » (Peneff, 1997, 278).

> « Chaque opération est une coopération. En chirurgie, personne ne peut "faire cavalier seul" ; chacun dépend de beaucoup d'autres, et le malade dépend bien sûr de tous les membres de l'équipe. Le travail d'équipe est tellement indispensable dans ce métier, que même les individus qui ont entre eux des antagonismes savent agir à l'unisson pendant le déroulement d'une opération. Les gestes des trois acteurs principaux s'enchaînent et leurs mouvements progressent à l'unisson : l'infirmière tend les compresses, les tampons, les instruments que le chirurgien saisit, confiant, sans regarder, tout en restant concentré sur la plaie ou le cœur qu'il surveille. De temps en temps, un ordre : " vous coagulez sur ma pince " ou à l'autre infirmière : " la coagulation, vous passez à 30, à 40, c'est trop violent ". De même, avec l'assistant, les gestes s'ajustent, paraissent s'effectuer sans peine et sans heurt. L'aide prend les devants et le chirurgien n'a pas à annoncer le geste collectif à amorcer. L'équipe expérimentée manifeste une harmonie telle que l'opération tend à devenir le travail d'un buste et de six mains » (Robert Wilson[197] cité par Peneff, 1997, 278) .

Que ce soit au bloc opératoire ou dans un cabinet, et à fortiori dans un bâtiment-clinique, il est important pour le chirurgien de s'entourer d'une équipe avec laquelle il s'entend bien. Les assistants opératoires doivent savoir être à l'écoute et réagir correctement le moment venu, tandis que le personnel qui travaille en contact direct avec le public doit faire preuve d'un sens de l'accueil, de discrétion, d'efficacité et de bienveillance.

Lorsque nous analysons la chirurgie dans sa dimension libérale, nous observons que les équipes tendent à être beaucoup plus stables dans le temps qu'à l'hôpital. Elles peuvent durer vingt ou trente ans. Grâce à cette configuration, les collègues se connaissent parfaitement, ils agissent de manière « organique », chacun connaît les habitudes des uns et des autres, tous se comprennent sans même parler. L'ambiance est détendue, les temps opératoires peuvent être raccourcis, car tout le monde connaît la manière d'opérer du chirurgien, les exigences de l'anesthésiste et le rythme de l'intervention.

---

197 « Travail d'équipe en salle d'opération », *Human organization*, n° 12, 1954, 8-14, trad. Mme Héritier, Département de sociologie, Université de Provence.

Cela ne signifie pas qu'aucun conflit ne puisse surgir parmi les membres de ces équipes stables.[198] Toutefois, il m'est apparu que dans ce cadre les conditions étaient plus favorables à une bonne ambiance de travail, à la différence du milieu hospitalier où le mal-être des personnels a été souligné de nombreuses fois par les chercheurs.

HUMOUR ET RELATIONS DE PLAISANTERIE

L'observation des équipes chirurgicales laisse apparaître, au sein des équipes, des enjeux relationnels et des dynamiques particulières. Un thème a émergé en sociologie : l'usage de l'humour en chirurgie.[199] Dans le monde chirurgical, une forme particulière d'humour est valorisée, l'humour grivois, fréquemment utilisé dès l'internat[200] et qui perdure au bloc opératoire.

Selon un point de vue critique, l'humour est à entendre comme l'expression de rapports de force. L'ethnologue Marie-Aude Fouéré défend l'idée que « le comique est l'essence même de ces relations, et qu'il constitue un lieu de défoulement des tensions psychologiques et sociales, évacue tout questionnement sur les rapports de force et les enjeux identitaires qui les sous-tendent.» (Fouére, 2005, 6). De son côté, Emmanuelle Zolesio considère l'humour grivois des chirurgiens comme un moyen de renforcer l'apprentissage « par claques » :

> « Les internes de chirurgie sont souvent assez chauds » et qu'on « parle certainement plus [de cul] qu'ailleurs ». (…) On pouvait noter, de façon générale, une très grande complaisance à l'égard de l'humour sexuel, tout le monde riant volontiers aux plaisanteries grivoises. Au bloc opératoire, ce type d'humour est d'autant plus pratiqué, toléré et admis qu'il s'exerce dans le confinement de l'entre-soi professionnel, à l'insu des patients (endormis) et de leurs familles. Et il apparaissait manifestement évident pour certaines enquêtées que la pratique chirurgicale nécessitait une acceptation de ce type d'humour » (Zolesio, 2009, 5).

198 J'ai constaté l'existence de rivalités parmi les membres de l'équipe du Dr Buenaventura à Tijuana, que le chirurgien imputait à des jalousies entre les infirmières. J'ai observé parfois aussi une certaine tension entre ce praticien et l'anesthésiste. Le Dr Buenaventura m'a dit également avoir été profondément déçu par un infirmier parti en mauvais termes avec lui.

199 Les relations de plaisanterie ont été classiquement analysées en anthropologie en tant que « relations spécifiques qui s'instaurent, soit entre certains membres d'un groupe de parenté, soit entre clans ou lignages, soit entre ethnies. Ces relations impliquent l'adoption de comportements particuliers telles l'énonciation de plaisanteries ou de moqueries et l'exécution d'actes d'entraide » (Fouéré, 2005, 3).

200 Emmanuelle Godeau a souligné cet aspect, dans son étude sur la formation des internes en médecine et, notamment, sur les salles de garde (2007).

Selon elle, les chirurgiens hommes pratiquent l'humour à l'égard des internes et des panseuses pour augmenter leur prestige et affirmer un pouvoir d'intimidation (Zolesio, 2009, 5). Bien entendu, l'humour grivois est pratiqué aussi par les chirurgiennes, mais Zolesio affirme qu'elles n'en tirent pas les mêmes bénéfices, étant plutôt stigmatisées par cette conduite.

D'autres études sur l'humour en milieu professionnel (Loriol, 2013) montrent qu'il peut avoir aussi un rôle fonctionnel, être un moyen d'évacuer du stress lors d'un moment tendu ou embarrassant. Ce comportement favoriserait l'équilibre psychologique des acteurs d'un milieu professionnel. Les chirurgiens se taquinent entre eux ou avec leurs collaborateurs, à des moments bien précis : dans les vestiaires mixtes, après des gestes opératoires difficiles et prenants, lors d'une intervention sur les organes génitaux du patient, durant les pauses déjeuner, etc. (Zolesio, 2009). L'humour serait donc un agent régulateur, un « instrument de défense contre l'angoisse », et un moyen pour renforcer « la cohésion sociale du groupe » (Smadja, 2007).

L'humour chirurgical permet de relâcher la pression, de détendre l'ambiance au sein de l'équipe, voire de favoriser la socialisation. Par contre, il faut souligner qu'existent deux types d'humour, l'un bienveillant et l'autre plus « lourd ». Ce dernier peut cacher des dynamiques de harcèlement, des « inégalités » de genre et de statut, notamment quand les « blagueurs lourds » humilient leurs collègues avec des formules déplacées. Selon le type d'humour et la personne qui l'utilise, que ce soit un homme ou une femme, celui-ci peut avoir des connotations agressives.

Les rares fois où j'ai assisté à des scènes de plaisanterie, c'était en milieu hospitalier. Peut-être que dans ce cadre surgissent le plus de tensions et de stress, ce qui pourrait expliquer un recours plus fréquent à l'humour et à la plaisanterie. Dans la pratique libérale, les équipes ne sont pas soumises aux mêmes rythmes de travail ni aux mêmes enjeux.

L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

L'observation des collaborateurs des chirurgiens esthétiques a été marginale durant mon travail sur le terrain. Néanmoins, je me suis rendu compte que ces personnes jouaient un rôle important dans la perception qu'a le patient sur la qualité du soin. Cet aspect a été mis en évidence par la sociologue Rhian Parker (2010). Cette auteure souligne que ses interactions avec le personnel d'une clinique pouvaient convaincre ou dissuader un candidat à une

chirurgie dans son choix du praticien (Parker ; 2010, 112). « Si l'équipe est sous le stress, cela contribue aussi à engendrer une insatisfaction chez le patient » (*idem*, 113).

Or, ces éléments comptent en chirurgie esthétique, car, comme toute activité commerciale, le but est de satisfaire le candidat en lui offrant non seulement un résultat esthétique plaisant, mais aussi une expérience globalement positive. Différents professionnels entourent le chirurgien et participent directement à la qualité de l'ambiance perçue par le patient. Quand celle-ci est ressentie favorablement, elle favoriserait une issue thérapeutique positive et la satisfaction globale du patient.

Secrétaire

La secrétaire du chirurgien esthétique a un rôle essentiel. Son affabilité et sa clarté sont des éléments clefs qui déterminent la satisfaction des patients à l'égard du processus de soin. Première personne avec laquelle le candidat entre en contact, téléphoniquement ou physiquement, elle « représente » ou « introduit » le cabinet et donne au candidat une première impression. Dans le cadre de mes observations de terrain, j'ai rencontré différents profils de secrétaire :

> *« La secrétaire du Dr Maventer âgée d'une cinquantaine d'années est assez robuste, elle a des cheveux bruns jusqu'aux épaules et des yeux bleu clair. Elle a des origines portugaises, est venue en France quand elle avait 9 mois. Elle parle parfaitement bien le portugais, je l'ai entendue s'entretenir avec une patiente brésilienne au téléphone. Cela me fait comprendre que le chirurgien Maventer a aussi des patientes étrangères qui ne parlent pas français, et le fait de maîtriser plusieurs langues est un atout pour cette secrétaire. Elle semble mettre en place une certaine relation de proximité avec les patientes qui parlent sa langue d'origine. Cette secrétaire a une relation particulière avec le chirurgien, elle travaille avec lui depuis 20 ans ! Auparavant, elle travaillait dans un autre cabinet médical, elle était la secrétaire de plusieurs médecins. Assez discrète, elle paraît néanmoins avoir de l'assurance et un caractère fort. Elle occupe un petit bureau à côté du cabinet du Dr Maventer, où elle gère les rendez-vous, les papiers, etc. Pendant la matinée, elle nous accompagnera à la clinique de banlieue, où elle prend place dans un bureau à côté du cabinet de consultation de Maventer. Puis, elle rentrera avec nous en voiture, pour regagner le cabinet en ville, afin de gérer les rendez-vous en libéral avec les patientes plus « chic ». Comme le chirurgien, elle sait interagir avec des patients de différents milieux. Elle discute avec le chirurgien des histoires des patients, des suivis postopératoires. »*
>
> *(Extraits du journal de terrain, auprès du Dr Maventer, Paris, France, 2015)*

Dans une autre situation, j'ai été frappée par l'apparence esthétique de la secrétaire qui m'a accueillie à mon arrivée dans le bâtiment-clinique du Dr Garcia :

« J'observe la secrétaire, son attitude, son ton de voix, son empathie et sa discrétion dans ses échanges avec les patients (...) très maquillée, elle avait visiblement eu recours à la chirurgie esthétique ou à des injections (pommettes gonflées, lèvres enflées) ; elle était aimable, mais je ne me sentais pas à l'aise, car elle me paraissait porter un masque. Elle m'a offert quelque chose à boire, et j'ai refusé. J'évitais de la dévisager et avais du mal à soutenir son regard, car j'étais impressionnée par l'importance des modifications apportées!
J'ai constaté, par la suite, que la fille du docteur Garcia (qui travaille dans le spa de la clinique), était aussi « refaite » que la secrétaire. J'en ai déduit que ce type de transformation exprimait le « style » esthétique du chirurgien. Peut-être était-ce lui qui les avait opérées. »

[Extrait du journal de terrain, auprès du Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2013]

La secrétaire peut avoir la fonction de « vitrine » des services proposés par le chirurgien, car parfois elle-même s'est fait opérer par lui. Rhian Parker évoque également ce point dans son ouvrage :

> « Pour certaines femmes, le contact avec l'équipe a été une expérience positive et un facteur important pour déterminer leur décision à prendre ou non un rendez-vous avec un docteur [citant le récit d'une patiente] "Son équipe a été particulièrement aimable, je me suis sentie en confiance avec eux. J'ai appelé d'autres cabinets, et j'ai fini par prendre rendez-vous avec ce chirurgien, mon choix a dépendu de comment les équipes avaient répondu à mes questions au téléphone". L'équipe a aussi un rôle rassurant pour les femmes qui envisagent la chirurgie [deuxième citation de patiente] "J'ai parlé à sa secrétaire qui m'a assuré qu' il était bon. Elle s'était fait refaire par lui et elle n'avait pas souffert " » (Parker, 2010, 122).

À cet égard, on peut considérer que la secrétaire, à l'interface entre l'univers du praticien et les patients, tient un rôle essentiel. Elle influence par son comportement, sa personnalité, sa manière de s'exprimer, mais aussi par son apparence esthétique, la première impression que le patient aura du cabinet, donc du chirurgien, et ainsi induire son choix. La secrétaire ayant en charge les procédures administratives comme la signature du consentement éclairé ou la gestion du dossier, parfois le règlement de l'intervention, le patient la côtoie à plusieurs reprises, de la première consultation au suivi postopératoire, ce qui renforce d'autant son rôle sur l'image qu'elle donne du cabinet.

La secrétaire du Dr Buenaventura, que nous avons appelée Virginia, offre un autre exemple du rôle que joue la secrétaire. D'un abord peu amène,[201] elle est diplômée en psychologie, raison pour laquelle elle a été recrutée. Lors du premier contact avec les candidats, il est attendu d'elle de signaler au praticien les personnalités susceptibles d'avoir des comportements étranges ou semblant présenter des troubles psychiques. Elle s'entretient avec eux, examine leur graphie, leur attitude, leur discours et s'ils trop exigeants ou agressifs,

201 Selon une de ses collègues, pour des raisons de de rivalité au sein de l'équipe.

elle peut refuser de leur donner un rendez-vous. Elle a donc auprès du praticien un rôle de filtre pour l'aider à déterminer l'acceptation des candidats en tant que patients.

« Las asesoras »

J'ai découvert la figure des *asesoras* (conseillères) dans la clinique du Dr Buenaventura, en 2017. Ce praticien a mis en place un système d'accueil téléphonique animé par trois conseillères qui reçoivent les appels des candidats, pour la plupart venant des États-Unis. Elles sont censées opérer un premier filtrage, écarter les patients « problématiques » et proposer des rendez-vous aux autres. Le chirurgien a formé les conseillères sur la base de différents critères, comme par exemple déceler un trouble dépressif selon le ton de la voix d'une candidate au téléphone.

Elles doivent savoir répondre à toutes les questions logistiques relatives à la venue à Tijuana, l'intervention, le séjour, les prix, etc. Elles reçoivent les photographies que les candidats leur adressent par mail, trient les candidatures entre celles qui sont acceptées et les refusées. C'est un processus inédit, car je pensais que la décision d'acceptation ou de refus était prononcée uniquement par le chirurgien. Pourtant, dans ce contexte de tourisme chirurgical, le chirurgien a délégué ce pouvoir aux conseillères. Elles exécutent un premier *screening*, et évitent ainsi aux patients qui ne correspondent pas au profil souhaité par le Dr Buenaventura, un long voyage jusqu'à Tijuana avec le risque d'être rejetées. L'une d'entre elles est même chargée par le Dr Buenaventura d'accueillir les patients dans une première consultation, une étape qui est pourtant, en règle générale, l'apanage des chirurgiens. Cet exemple nous montre que, là aussi, la pratique de la chirurgie esthétique adapte ses protocoles et ses acteurs à son environnement, et dans ce cas précis, au phénomène du tourisme chirurgical.

Infirmières

Selon le Dr Ayed, en milieu hospitalier, les infirmières manifesteraient à l'égard des patients de la chirurgie esthétique une attitude laissant penser à une forme de jugement. Par rapport à leur comportement envers les patients de la chirurgie reconstructive, elles seraient moins réactives aux appels par sonnette de ceux de la chirurgie esthétique, moins empathiques face à leur douleur notamment dans l'administration d'antalgiques.

Au sein du bâtiment-clinique du Dr Buenaventura, j'ai pu observer de plus près le travail des infirmières dans le secteur libéral. Les infirmières y accomplissent les mêmes soins

qu'à l'hôpital, avec des surveillances postopératoires de jour comme de nuit, le changement des pansements, etc. Toutefois, dans cette clinique, j'ai relevé une particularité, à savoir que la majorité des infirmières avec lesquelles je me suis entretenue m'ont confié avoir eu recours à une intervention esthétique (sans nécessairement avoir été opérées par le Dr Buenaventura) ou souhaiter le faire. Dans d'autres occasions m'était arrivé d'assister à des interventions de chirurgie esthétique faites sur des infirmières. Cette proximité expérientielle amène peut-être ces membres du personnel à plus de compréhension et d'empathie à l'égard des patientes.

Les apprentis stagiaires

À l'hôpital, les stagiaires escortent en permanence les chirurgiens pour « apprendre le métier » et interagissent de manière directe ou indirecte avec les patients. Dans le secteur libéral, au contraire, il est très rare que les chirurgiens acceptent des stagiaires. Le candidat à ce type de chirurgie paie des honoraires souvent élevés et souhaite bénéficier d'une consultation intime et personnelle avec le chirurgien.

Le Dr Grubers l'a bien compris et me confirme que la consultation « un à un » est un privilège inhérent à la pratique en secteur libéral :

> *« **Acceptez-vous des stagiaires ici?***
> *Non.*
>
> ***Pourquoi?***
> *Parce que lors des consultations, c'est mieux de n'être qu'à deux personnes… Mais, une fois, j'ai accepté une stagiaire qui faisait une thèse. Je l'ai acceptée juste une fois pendant un an, au début, en 1991 ou 1990. Mais c'était pas très bien, enfin... (…) Pour moi, c'était pas tellement bien, parce que les gens (…) Ils parlent moins (…). Vous qui faites de l'anthropologie, vous savez bien que la relation un-un c'est mieux que la relation deux-un. Parce que deux-un… si vous venez à deux ici, vous êtes plus forts que moi. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Grubers, Strasbourg, France, 2012)*

Les autres « opérateurs de beauté »[202]

Lorsque j'ai demandé aux chirurgiens s'ils collaboraient avec d'autres opérateurs de beauté, ils ont été nombreux à me répondre affirmativement. Certains d'entre eux sont en relation avec des masseuses ou des esthéticiennes travaillant à proximité du cabinet. Comme

202 Comme je l'ai dit précédemment, par « opérateur de beauté » j'entends tout professionnel ou non professionnel, reconnu comme expert dans le domaine de la mise en beauté du corps.

nous l'avons déjà évoqué, les bâtiments-cliniques incluent souvent un centre de bien-être ou l'on peut se faire masser ou subir des traitements avec des appareils spécifiques pour améliorer la qualité de la peau et se rétablir plus facilement des suites opératoires. D'autres praticiens s'associent avec un médecin esthétique pour prendre en charge les demandes d'injections. D'autres encore ont des partenariats informels avec des coiffeurs auxquels ils adressent leurs patients suite à un lifting.[203]

Dans le cadre de ces partenariats, les opérateurs de beauté ont pour rôle d'améliorer la qualité de la période de convalescence du patient. Leurs traitements contribuent à peaufiner le résultat esthétique recherché par le praticien et à accélérer le processus de cicatrisation. Ces soins ont également un effet antalgique, car ils participent à la réduction de l'inflammation des tissus, apaisent les douleurs, détendent l'esprit, facilitent la circulation du sang et favorisent un rétablissement plus rapide. Ils apportent également une aide psychologique en contribuant à rassurer le patient sur l'évolution organique de son corps convalescent et en facilitant le processus d'apprivoisement de la nouvelle apparence.

Leur contribution est donc précieuse pour le chirurgien esthétique en aidant le patient à s'adapter rapidement à son « nouveau corps » et à vivre une convalescence sereine et non traumatisante. D'une certaine manière, les opérateurs de beauté prennent le relais du chirurgien durant la phase postopératoire. Ils assurent une démarche de *care*, qui n'est pas garantie par les chirurgiens. Leur action est donc complémentaire.

Psychologues

En raison des répercussions psychologiques liées à un changement de l'apparence, on pourrait supposer que les chirurgiens esthétiques travaillent en collaboration étroite avec des psychologues, notamment lors du dialogue préopératoire. Durant mes observations de terrain en France et au Mexique, aucun psychologue n'a jamais été présent aux consultations. Tous affirment connaître des confrères psychologues ou psychiatres auxquels adresser les patients en cas de besoin, mais peu d'entre eux ont mis en place un protocole stable de collaboration.[204] Comme nous le verrons, c'est le chirurgien esthétique lui-même qui se charge d'évaluer l'état psychologique du candidat dès la première consultation. Il n'aura recours à un psychologue qu'en cas de suspicion d'une grave pathologie psychiatrique.

---

203 Le changement de coiffure aide le patient à dissimuler les cicatrices et à atténuer la visibilité de la transformation due au lifting.

204 Les chirurgiens esthétiques adressent les candidats chez un psychiatre pour un bilan, avant de les accepter en tant que patients, s'ils estiment que cela soit nécessaire.

Tradipraticiens

Je dois citer ici le cas particulier du Dr Singer qui, comme nous l'avons vu, collabore avec des tradipraticiens lors de ses missions humanitaires. Ceux-ci ont pour rôle de traduire à leur communauté ce qui se passe sur le plan « invisible » lorsque les chirurgiens interviennent sur le visible. À Paris, le Dr Singer accueille parfois des candidats africains. S'il suspecte que le patient a un trouble de type psychiatrique ou ethno psychiatrique, il l'adresse à des tradipraticiens résidant à Paris, avec lesquels il a noué des contacts au fil des années. À l'instar des psychologues, ces tradipraticiens sont des personnes de recours auxquelles il adresse le patient quand il considère que sa science n'est pas suffisante pour comprendre sa demande et le guérir du mal-être qu'il exprime.

Dans la prochaine partie, nous examinerons en détail le processus d'interaction entre les chirurgiens esthétiques et leurs patients, parcourant les étapes de prise en soin.

Troisième partie
RELATION CHIRURGIEN ESTHÉTIQUE-PATIENT

Dans la partie précédente, nous avons analysé les éléments que les chirurgiens plasticiens tirent de leur expérience chirurgicale hospitalière et nous avons fait le point sur les particularités qu'ils développent et intègrent à leur pratique lors de leur installation « en ville ». Nous allons maintenant nous attacher à la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients.

De très nombreuses études ont été faites sur la relation médecin-patient, soignant-soigné ou médecin-malade, comme la définit Sylvie Fainzang (2006). La sociologue Emmanuelle Zolesio analyse la relation des chirurgiens à leurs patients en comparant le chirurgien au médecin généraliste.[205] Elle souligne que le généraliste centre sa pratique sur le dialogue, le contact avec le patient et l'empathie, tandis que le chirurgien subordonne l'aspect relationnel de la consultation préopératoire à l'intervention chirurgicale (Zolesio, 2012b, 76). La sociologue rappelle qu'au contraire des apprentis en médecine générale, les futurs chirurgiens ne reçoivent pas d'enseignement de « consultation » et n'ont guère l'occasion d'être formés à ces savoir-faire et savoir-être spécifiques (*ibidem*, 78). Si le médecin généraliste prend note de la situation familiale ou professionnelle du patient dès le premier rendez-vous, le chirurgien ne l'aborde que « si elle peut avoir un retentissement sur le plan médical » (*ibidem*, 79). Zolesio souligne qu'en moyenne, les temps de consultation en chirurgie ne dépassent pas quinze minutes dans la phase préopératoire et cinq minutes celle qui suit l'opération. Lors de ses rencontres avec le patient, le chirurgien se soucie uniquement des détails techniques de l'intervention et de la cicatrisation de la blessure chirurgicale (*idem*). Zolesio conclut en affirmant que le travail du chirurgien ne se situe pas dans le *care* mais dans le *cure*,[206] et il ne devrait pas être considéré comme « un *healer* mais plutôt un *curer* » (*idem*). La différence sémantique renvoie à l'idée que le *healer* serait un « médecin de la personne »,

205 Elle définit la relation chirurgien-patient comme « tout ce qui se joue autour de l'acte médical et qui implique, pour les participants, l'impression d'inclure une dimension personnelle et interactionnelle » (Zolesio, 2012b, 76).

206 Au contraire les « panseuses » -les infirmières qui changent les pansements- lorsqu'elles sont en contact avec le patient convalescent dans la phase postopératoire, joueraient un rôle de care, comme le souligne M. C. Pouchelle (2008, 9)

tandis que le *curer* s'occuperait seulement de la guérison physique. Cette vision dichotomique entre chirurgiens-techniciens et médecins généralistes-humanistes est discutable. De fait, la logique mécaniciste et « froide » que Zolesio attribue uniquement aux chirurgiens me semble être une caractéristique plutôt inhérente à l'ensemble des praticiens biomédicaux, y compris les généralistes.[207] Cela, dit, devrait-on systématiquement réduire la distance que le chirurgien met vis-à-vis de ses patients à un acte de négligence médicale ? Si l'on adopte une perspective fonctionnaliste, le « manque d'humanité » des chirurgiens ou leur « distance » avec les patients, voir leur exercice d'un certain pouvoir, sont des caractéristiques qui visent à rendre leur thérapeutique plus efficace. Comme le souligne la sociologue Deborah Lupton :

> «La domination médicale, ou l'autorité détenue par la profession médicale à la fois dans la rencontre médicale et dans la sphère publique plus large, est considérée comme la méthode souhaitable pour maintenir une distance sociale entre le médecin et le patient, permettant au médecin de prendre le contrôle et d'effectuer la guérison [*healing fonction*] avec succès, et donc servir en fin de compte le meilleur intérêt du patient. »[208] (Lupton, 2003, 113).

Par ailleurs, la réification du corps du patient, sa mise à distance émotionnelle permet au chirurgien d'exécuter les actes opératoires tout en évitant de se sentir « anxieux [et] sous pression » (Csikszentmihály, 2000, 131). Michel Caillol, observe également que pour « rester efficace dans le traitement (…) [le chirurgien] a besoin d'objectiver la personne, c'est-à-dire de la réduire à son corps, objet de la science » (Caillol, 2010, 7). Par conséquent, afin de mieux soigner, « le chirurgien doit oublier que son malade est un sujet » (Peneff, 1997, 275) et se détacher émotivement de l'opéré et de son statut de « personne humaine » (Callon et Rabeharisoa, 1999). Dans cette perspective, Peneff, propose de considérer les chirurgiens comme des « ouvriers »,[209] car cette distance à l'égard du patient est nécessaire pour mieux exécuter la tâche technique. L'objectivation du patient, sa mise à distance, paraît être donc une stratégie efficace que le chirurgien développe pour arriver à mieux travailler.

Ainsi, lors de l'intervention chirurgicale, le chirurgien :

« Il décide de se mettre lui-même "entre parenthèses", de limiter volontairement le champ de sa perception (et de sa conscience) au seul objet qu'est devenu son malade. Il

---

207 Le documentaire d'Hélène de Crécy, La consultation (2006) en donne une illustration emblématique : le protagoniste, un médecin généraliste, enchaîne les consultations et, de manière parfois maladroite et péremptoire, émet des jugements, ne respecte pas l'intimité de ses patients, et il est réduit au rôle de dealer de médicaments ou d'arrêt maladie.

208 Traduction de l'anglais par Google translate.

209 Cette affirmation fait référence uniquement à la technicité de leur travail, et non au statut social ni au pouvoir économique.

s'agit d'une épokhè, du grec "suspension", qui correspond, en effet, à une suspension volontaire du jugement. En cas de difficulté ou de complication, il faut de la même manière que notre chirurgien puisse s'extraire du monde ambiant, qu'il en oublie presque qu'il est dans un bloc opératoire avec la responsabilité d'un sujet. » (Caillol, 2010, 7).

Les patients paraissent valoriser l'attitude « héroïque, omnipotente, optimiste » du chirurgien pendant la consultation, notamment quand il leur annonce de « mauvaises nouvelles », cela leur permet de « rester dans la croyance qu'ils seront sauvés et soignés par lui » (Katz, 1999, 121). Parler peu et de manière cryptique serait donc une stratégie mobilisée par les chirurgiens pour entretenir la confiance des patients. C'est la raison pour laquelle les praticiens se limitent souvent à « répondre seulement à ce que les patients demandent et dire seulement ce qu'ils peuvent supporter » (*ibidem*, 122).

3.1 UNE APPROCHE DE SOIN PARTICULIÈRE

Dans ce chapitre nous allons examiner les spécificités de la relation chirurgien-patient en chirurgie esthétique qui la distinguent des autres spécialités médico-chirurgicales. Si les chirurgiens esthétiques respectent les étapes classiques du processus de soin chirurgical (consultation préopératoire, opération, suivi postopératoire), une différence avec les autres spécialités chirurgicales apparaît dans l'attention et le temps consacrés à l'entretien préopératoire. Les interactions qu'a alors le chirurgien avec le candidat sont essentielles. C'est à ce moment-là que le praticien évalue la demande de prise en soin du patient, écoute ses représentations, négocie une projection du résultat et s'explique sur les limites de l'intervention. Bien évidemment, pendant le dialogue préopératoire le chirurgien esthétique reste focalisé sur le corps, la dimension visible, qui sera l'objet de ses gestes techniques, mais son examen ne s'y limite pas ; à partir du discours du patient autour de son apparence il saisit ses représentations liées à son état psychique et à sa situation sociale. Ce praticien lit le discours autour du visible (les défauts esthétiques) le reliant à la condition métaphysique (invisible) de non-conformité dans laquelle verse le patient. Par conséquent, à la différence des autres praticiens, le chirurgien esthétique n'agit pas en technicien ou en « ouvrier », concentré uniquement sur le changement corporel, car le dialogue avec le candidat et l'écoute de ses représentations est centrale et essentielle pour son approche thérapeutique. Les praticiens savent que le changement de l'apparence qu'ils mettent en œuvre va bouleverser les repères psychiques et relationnels du candidat.

MÉDIATEURS DU VISIBLE ET DE L'INVISIBLE

Lorsque nous parlons de dimension visible et invisible en ethnopsychiatrie, nous nous référons aux enjeux qui relient la réalité tangible, contingente, matérielle du corps malade ou des remèdes apportés et les représentations psychiques, spirituelles, symboliques ou sociales impliquées dans les dynamiques pathologiques. Les ethnologues attribuent généralement aux guérisseurs (chamanes, tradipraticiens, sorciers, divins etc.) un rôle de médiation entre les réalités visibles et invisibles (Collot et Hell, 2011). Leur fonction est de résoudre le désordre

qui provoque l'affection du patient et de rétablir une harmonie et un ordre favorisant un état de bien-être (Hell, 1999).[210]

Le travail des chirurgiens esthétiques est également le résultat d'une médiation entre les mondes visibles en invisibles. S'intéressant aux causes de la souffrance de leurs patients, ils saisissent les variables invisibles (psychologiques et sociales) qu'influencent la demande du candidat. Mais aussi, en manipulant le monde visible (l'apparence du corps) ils favorisent une mise en ordre, ou harmonisation des dimensions invisibles.

Le Dr Singer m'a expliqué en premier sa vision de ce réseau de correspondances entre mondes visibles et invisibles en chirurgie plastique. Son expérience clinique, et en particulier celle qu'il a développée en mission humanitaire en Afrique, lui a fait prendre conscience de l'importance de « l'invisible » dans sa profession de médecin. Pour mieux soigner, il s'est intéressé aux représentations qu'ont les patients de leur état d'affection.

> *« **Pourriez-vous parler de votre expérience en mission humanitaire et comment cela vous a fait envisager différemment le travail de chirurgien esthétique en France?***
> *Oui, la spécificité de mon métier à l'étranger a été source d'interrogations, parce que quand vous apprenez votre métier dans un pays, vous l'apprenez avec certains référents et avec certaines balises, certains repères. Le fait d'aller à l'étranger m'a confronté à des gens différents qui voyaient les choses différemment. Moi je leur proposais une médecine qui marche très bien sur les patients européens, mais qui n'est pas toujours efficace pour les patients étrangers, notamment africains ! Donc mon expérience s'est faite au Brésil, en Inde, à Madagascar, dans beaucoup de pays africains, dans les pays de l'Est, etc. Je me suis posé beaucoup de questions, notamment avec les patients africains : " Qu'est-ce que tu fais ? Quelle est la médecine que tu pratiques ? Est-ce que tu le fais bien ? Est-ce qu'elle est adaptée aux patients différents ? Et surtout, est-ce que le patient différent la comprend ? " Je me suis aperçu que quand je faisais de la médecine moderne, ils ne la comprenaient pas toujours ! Et pour que le patient soit traité, il faut l'opérer avec des traitements qu'il comprend ! D'accord ? Le patient africain, il comprend la médecine moderne, mais sa vision de la maladie est différente ! (...) Donc je me suis beaucoup intéressé à l'ethnopsychiatrie, et j'ai rencontré des ethnopsychiatres qui m'ont montré leur approche avec les patients migrants. (...) Quand je suis allé en Afrique, j'ai appris à respecter cette médecine traditionnelle et à l'associer à mes traitements pour que le patient soit traité dans sa totalité ! Moi je m'occupe du visible, mais le guérisseur s'occupe de l'invisible. »*
> *(Entretien avec le Dr Singer, Paris, France, 2013).*

Le Dr Singer donne cette définition de l'invisible en chirurgie esthétique :

> *« L'invisible c'est tout ce qu'on ne voit pas ! Par exemple, une femme vient en consultation pour une chirurgie esthétique, elle vient pour avoir des prothèses mammaires. Donc, vous allez l'examiner, et vous allez voir si les seins sont petits ou*

210 Hell souligne que « grâce à leur position d'intermédiaire avec la surnature, chamanes et initiés déploient des gestes efficaces, capables de soulager les malheurs, individuels ou collectifs, qui affectent régulièrement les hommes. » (Hell, 1999, 30).

gros. Là, on est dans le visible. Mais l'invisible c'est quoi ? Ce que vous ne voyez pas ! C'est la relation entre l'homme et la femme ! Entre la femme et le mari, il y a une relation, vous ne la voyez pas, c'est l'invisible ! Vous comprenez ? C'est la relation du couple. La femme vient-elle pour faire plaisir au mari ? Le mari regarde les filles avec des gros seins ? Donc la femme veut faire plaisir à son mari ? Moi, avec des yeux de médecin je ne vois pas tout ça ! »

(Entretien avec le Dr Singer, Paris, France, 2013).

Le chirurgien esthétique cherche à saisir les dimensions invisibles, non tangibles, sous-jacentes au désir de changer d'apparence du candidat. Par l'analyse de ses représentations sur son « défaut esthétique » il veut comprendre les motivations ou les circonstances qui ont favorisé l'apparition de ce « complexe ». Il se trouve confronté aux discours autour de son actuelle situation professionnelle, maritale, sentimentale, familiale. Le praticien interroge le candidat sur les différents aspects de sa vie. Seulement dans un deuxième temps il se focalise sur l'examen du visible, c'est-à-dire du corps du candidat. Tous ces éléments, visibles et invisibles, sont ensuite analysés par le praticien qui se prononcera, à l'issue de la première consultation, sur l'acceptation ou non du candidat en tant que patient.

L'invisible psychologique

En chirurgie plastique la dimension psychologique liée à l'apparence est centrale. Dans les services hospitaliers de chirurgie réparatrice, des psychologues accompagnent les patients qu'ont subi une intervention de reconstruction.

« Dans cette spécialité, il y a quand même un rapport à l'autre qui se fait et qui, à mon avis, ne se fait pas beaucoup dans d'autres spécialités médicales -et sans doute à tort hein ?- (rire). Les plasticiens ont été sans doute les premiers chirurgiens à introduire dans leur service des psychologues et des psychiatres ! Ça s'est fait avec la chirurgie de la main, puisqu'ils se sont rendu compte de tout l'aspect psychologique dans les accidents de la main, car il y a un basculement de toute sa vie professionnelle et personnelle après certains accidents de la main, mais c'est aussi l'idée inverse de se dire qu'on n'a pas un accident de la main par hasard ! »

(Entretien avec le Dr Ayed, Alsace, France, 2015).

La dimension psychologique de la prise en soin n'étant guère enseignée dans le cadre de la formation médicale en chirurgie, les praticiens développent sur le terrain, en autodidactes, leurs capacités à savoir apprécier l'état psychique des candidats. Un des premiers critères à évaluer est la maturité du projet de changement d'apparence. L'indécision du candidat fait craindre un regret postopératoire. L'indication serait alors de refuser ce type

de candidat. De même, la fragilité émotionnelle du patient indiquerait qu'il n'est pas dans des conditions favorables à une intervention :

> *« Pour saisir cela, j'utilise des questions clefs. Par exemple : " A quoi vous consacrez-vous ? Êtes-vous heureux avec ce que vous faites ? " S'ils commencent à pleurer sans raison, ou s'ils me racontent qu'ils sont profondément malheureux, il faut faire attention à ce type de choses. Il ne faut pas les opérer, sur leurs dossiers je marque en gros NON, pour ne pas oublier. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Barranca, Mexico, Mexique, 2016).*

En fait, en chirurgie esthétique l'agent pathogène est le défaut esthétique lequel matérialise un complexe psychologique qui tire son origine dans une souffrance profonde d'ordre sociorelationnel. Il y a différentes manières pour faire face à cette souffrance psychologique, à dite du Dr Weibel, le choix est entre la chirurgie ou la psychiatrie :

> *« Vous savez, il y a deux manières de résoudre les complexes, soit vous allez voir un psychiatre, pour qu'il vous aide à accepter le complexe, ça s'appelle une analyse ou une psychothérapie, soit vous allez voir le chirurgien, et l'effet est beaucoup plus rapide »*
>
> *(Entretien avec le Dr Weibel, Alsace, France, 2012).*

Parfois comparée par les chirurgiens à une psychanalyse, la chirurgie esthétique agit sur les symboles incarnés dans l'apparence et bouleverse non seulement l'image que le patient a de lui, mais aussi sa relation au monde. Pour que l'opération censée traiter le complexe psychologique soit efficace et ne soit pas regrettée, le chirurgien se charge d'assurer que les conditions de sa réussite soient réunies.

Le Dr Singer souligne les répercussions parfois inattendues d'une chirurgie et les significations profondes qu'elle revêt pour le patient :

> *« Parfois, je suis un peu dans l'inconscient, dans l'invisible ! Parce ce que je fais des choses… je ne sais pas toujours ce que je fais ! Bah oui, parce ce que je fais des choses qui vont avoir une partie invisible, mais il y a une partie invisible ! Parfois il y a des traitements qui marchent, mais on ne sait pas comment ça marche ! (silence) vous voyez, vous comprenez ? Parfois je fais des interventions de chirurgie esthétique où je vais enlever un peu de graisse, après une liposuccion, bon j'ai pas enlevé grand-chose, et les patientes, leur vie est transformée ! Là, on est dans l'ordre de l'invisible ! Parce ce que moi, dans la partie visible, je n'ai pas fait grand-chose ! J'ai enlevé deux centimètres de graisse, c'est tout ! J'ai pas la prétention de dire : j'ai guéri, j'ai transformé cette patiente ! Elle est transformée ! (silence) vous comprenez ? Donc, nous aussi on a notre partie invisible ! »*
>
> *(Entretien avec le Dr Singer, Alsace, France, 2013).*

Selon le Dr Cournet, la chirurgie esthétique intervient sur des mécanismes psychosomatiques, voire aussi sur les déséquilibres métaboliques :

> *« Chaque personne vient avec une souffrance ! On essaie de comprendre à quoi ça correspond et si on peut l'aider. En général, c'est extrêmement thérapeutique ! C'est pour ça que, vous savez, ils nous ont supprimé, on nous a mis la TVA en disant que c'était pas thérapeutique. Alors normalement, en France, une intervention n'a pas de TVA, ils nous ont mis la TVA, c'est une escroquerie un peu intellectuelle ! La chirurgie esthétique est parfaitement thérapeutique ! Moi j'ai des gens qui ont une rectocolite hémorragique, une maladie de Crohn, des maladies graves ! Une augmentation mammaire, ils sont guéris ! Le fait est que 70% des maladies sont psychosomatiques ! D'accord ! Donc quand vous vous créez un bien-être à la personne, eh bien, vous la guérissez hein !? Donc, il y a une intervention thérapeutique majeure c'est évident ! Il y a des gens dans leurs bureaux qui ne connaissent rien, des jaloux, je ne sais pas quoi, qui ne connaissent pas la médecine ! Et en disent des bêtises ! Mais c'est un scandale scientifique ! Que le conseil de l'Europe n'ait pas dénoncé ça… Dans les autres spécialités, il y a beaucoup de jalousies, parce qu'on touche au corps, il y a beaucoup de clichés, mais c'est une intervention thérapeutique MAJEURE ! Voyez ! Les gens qui sont en thérapie depuis deux ou trois ans, on leur fait une intervention, ils sont transformés ! C'est vraiment majeur comme implication thérapeutique ! Mais bon, qu'est-ce que vous voulez faire…»*
>
> *(Entretien téléphonique avec le Dr Cournet, installé à Lyon, France, 2015)*

La reconnaissance officielle du caractère thérapeutique de la chirurgie esthétique s'appuie, selon les praticiens, sur l'observation et le constat clinique des répercussions psychologiques et « psychosomatiques » des interventions. Néanmoins, peu d'études sont menées pour vérifier ces effets, c'est pourquoi, en France, la chirurgie esthétique demeure un acte officiellement non thérapeutique.

L'invisible social

Les chirurgiens esthétiques sont aussi confrontés aux implications sociales -et donc aux bouleversements dans les relations professionnelles, sentimentales, familiales- liées au changement d'apparence du candidat. Dans ce paradigme s'inscrit le changement de certains traits physiques vécus comme un stigmate par tout un groupe élargi, comme le décrit Sander Gilman à propos de migrants européens aux États-Unis. Ces derniers, en modifiant une particularité morphologique qu'ils associaient à leur culture d'origine, souhaitaient éradiquer symboliquement de leur destinée le spectre de la discrimination et de la marginalisation. La même dynamique s'applique aux particularités morphologiques entendues comme des « marques familiales ». Ces dernières sont affichées avec fierté ou bien vécues comme stigmate. Leur modification ou leur effacement influencent la relation symbolique que le

patient entretient avec la lignée familiale qui lui a transmis cette particularité. Mais les praticiens assistent aussi souvent à des démonstrations d'imitation et de solidarité au sein d'une même famille. Par exemple, suite à la décision d'un des membres d'avoir recours à une chirurgie esthétique, les autres -souvent les membres d'une même fratrie- se solidarisent et se soumettent à la même intervention. Les praticiens se font référents donc de la prise en soin de plusieurs membres d'une même famille :

> ***«Est-ce qu'il y a souvent des jeunes qui ont recours à des opérations auxquelles s'étaient déjà soumis leurs parents?***
> *Ah, qui sont influencés? Je sais pas...oui, parfois oui. C'est vrai que parfois les parents ont un petit peu plus de courage. Moi j'ai eu deux cas, c'est la mère qui s'est fait opérer et après, c'est la fille ou le garçon qui a fait la même opération.*
>
> ***Quelle opération ?***
> *Par exemple, j'ai un cas de réduction mammaire et un cas aussi d'oreilles décollées... Madame s'était fait opérer ailleurs, plusieurs années avant, pour les oreilles et... elle n'aimait pas du tout son résultat à elle et elle voulait quelque chose de bien pour son fils. Et il a fait cette opération. Voilà. Ça peut arriver, mais bien sûr qu'il y a une influence familiale. Après on a eu aussi des cas de rhinoplastie. Pareil, des mères qui ont fait ça plusieurs années avant et qui viennent avec leur fille ou leur fils pour faire cette opération. Parce qu'en fait, elles sont contentes. Et c'est plus facile aussi pour les personnes jeunes, parce qu'ils ont un exemple dans leur famille.»*
>
> *(Entretien avec le Dr Balasko, Alsace, France, 2012)*

Souvent, les membres d'une même famille ou d'une même communauté font appel à un même chirurgien esthétique, qui finit par connaître l'histoire familiale ou de la communauté, et les particularités morphologiques caractéristiques de ces groupes (congénitales ou qui apparaissent avec le temps).

> *« **Alors vous me disiez que la communauté iranienne et irakienne….***
> *Il y a une communauté du Moyen-Orient à San Diego. Ils viennent principalement d'Iran et d'Irak. Ils se regroupent et vivent ensemble. Et parfois quelqu'un est venu s'opérer avec moi, et ils étaient satisfaits. Et ils m'ont choisi comme chirurgien plasticien. Maintenant, viennent me voir des familles entières ! Frères, enfants, maman, papa. Je vais te dire quelque chose de très curieux, cette culture latine, ils sont très négociateurs. N'est-ce pas? Ils demandent une réduction ! Et moins cher… comme en Italie et comme au Mexique ! Et ils m'appréciaient parce que je n'ai jamais accepté une réduction, je ne cède jamais! Pourquoi ? Parce que si vous réduisez un peu, ils vous demanderont de plus en plus. Et ils disent autour d'eux que ce médecin fait des réductions ... Alors je n'en fais jamais!*
>
> ***Ahah, d'accord. Je voulais vous demander, et dans cette communauté, qu'est-ce qui change avec la communauté latino? Est-ce qu'ils demandent des interventions différentes ?***
> *Ils sont Latinos! Ils sont vraiment Latinos! Ce sont des Latinos, ce qui les intéresse le plus, c'est le nez! La moitié d'entre eux s'opère le nez. D'autres les paupières ou le visage. Mais maintenant que j'y pense, c'est vrai ! Aucun d'entre eux ne demande le corps. Vous comprenez ? Je n'y avais pas pensé! Je ne me souviens pas d'une*

patiente du Moyen-Orient qui m'a demandé… des seins ou quelque chose sur le corps. Toujours le nez ou les paupières … »
(Entretien avec le Dr Buenaventura, Tijuana, Mexique, 2017)

D'une certaine manière, le groupe d'appartenance du candidat participe à l'intervention, car ses proches l'accompagnent dans le processus, rencontrent le praticien en consultation. De son côté, le praticien évalue la situation sociale du candidat, se renseigne sur les relations de parenté des personnes qui l'accompagnent et s'assure que ses proches soient favorables à l'intervention, car leur soutien psychologique et logistique durant la phase postopératoire est fondamental pour garantir une bonne convalescence. Le chirurgien niera l'acceptation du candidat, s'il comprend que ses proches s'opposent à l'intervention. De fait, les commentaires désobligeants des proches sont susceptibles d'influencer négativement l'état psychique du patient dans la phase postopératoire. La fragilité psychologique du candidat est un indice d'une potentielle insatisfaction postopératoire, ce qu'amènerait à vivre un conflit avec le praticien. L'avis de la communauté, du groupe, de la famille et des proches du candidat a donc une grande importance dans la relation médecin-patient en chirurgie esthétique, laquelle devrait être entendue plutôt comme une relation médecin-patient-groupe au sens large.

LES «CHIRURGIES D'AMOUR»

Comme nous l'avons évoqué, dans l'Antiquité déjà, il existait des « magies d'amour » associées à des pratiques d'embellissement. Elles étaient craintes, car par la force du charme, elles visaient à soumettre l'être aimé et à le manipuler. Les chirurgiens esthétiques nous disent que ce lien entre beauté et pouvoir de séduction apparaît également aujourd'hui dans certaines demandes. Des candidats auraient recours à la chirurgie esthétique dans l'espoir d'attirer à eux l'être aimé ou bien d'éviter des divorces.

« La plupart de mes patientes sont femmes de 40 ans qui ont des soucis de couple et qui cherchent de mieux paraître, alors tu te mêles plus à l'aspect psychologique. (…) Parfois elles viennent avec le mari. Mais quand je les consulte leur mari reste dehors, et alors on a le temps de parler, tu te rends compte qu'il y a des soucis (…) La plastie du ventre est une chirurgie d'union du couple, parce qu'elle demande beaucoup de soutien de la part des maris. Cette chirurgie implique que les femmes ne se peuvent même pas lever du lit pendant 15 jours. Elles ont besoin d'être accompagnées. Ce sont des chirurgies qui unissent ou qui séparent, quand il y a déjà des problèmes précédents.

Est-ce qu'il y a-t-il aussi des chirurgies faites pour récupérer le mari, après une séparation?

Mmm... Oui, ça arrive aussi. Et normalement elles ne récupèrent pas le mari, elles en trouvent un autre! (rire général) »

(Entretien avec le Dr Martinez, Mexico, Mexique, 2013)

Les praticiens ne nient pas la possibilité qu'un patient trouve l'amour après une intervention. Il s'agit alors d'une conséquence spontanée, liée au fait que c'est une nouvelle image qui l'amène à être mieux dans sa peau et donc probablement plus séduisant. Voici un cas rappelé par le Dr Perez, mexicain, où il évoque explicitement le cas d'une chirurgie esthétique qu'a sauvé un couple du divorce :

*« **Dans le cas des chirurgies liées aux relations amoureuses, quand est-ce qu'une demande est normale ou non normale, dans votre expérience ?***
Alors, je vais te parler du cas d'une patiente qui allait divorcer. Mais je ne le savais pas au moment de la première consultation. Ils sont arrivés comme ça, comme un couple normal. " J'ai besoin qu'on me pose des implants ", et cetera. Il s'agissait d'une jeune patiente, d'à peu près 40 ans. Elle était une bonne candidate, aucun problème. Ce qu'elle me demandait n'était pas hors norme. Ni les implants ni la liposuccion qu'elle me demandait n'étaient des demandes exagérées. Ils venaient toujours en couple et elle ne m'a jamais dit pourquoi elle voulait une chirurgie, je crois qu'elle n'était pas en confiance [pas assez d'intimité pour parler librement avec le chirurgien]. Presque le jour avant la chirurgie j'ai su qu'ils allaient divorcer, et qu'elle avait dit à son mari qu'elle acceptait le divorce, s'il la laissait telle qu'il l'avait rencontrée. C'était le pacte et lui il a accepté.

Ah ! (je ris)
C'est-à-dire que moi j'ai compris cette dynamique juste avant l'intervention. Et j'ai dit "Ah ! C'est une affaire psychologique à toi, et un problème de couple de tous les deux, n'est-ce pas ?" Alors moi je fais ce que je dois faire, mais tout s'arrête là. [Il veut se décharger de toute responsabilité ou implication dans la diatribe entre les époux]. Finalement, tout s'est très bien passé. Je réalise la chirurgie, la dame est très contente du travail et finalement ils n'ont pas divorcé. Cela c'est historique ! Ces faits te donnent beaucoup de satisfaction, de savoir que ta chirurgie a été utile pour améliorer la relation de couple. C'est un final heureux.

Ah ! Tant mieux ! Alors on peut parler de…
Dans ce cas, nous pouvons parler de quelque chose, d'un peu de magie ! Ce n'est pas ma magie, mais la magie de la transformation de la relation de couple ! Nous pouvons l'appeler comme tu veux. Oui, je dis qu'on peut l'appeler magie. »

(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2016)

Par contre, les praticiens nient toute association avec le rôle de « magiciens ». Ils n'envisagent pas leur chirurgie comme une « magie » et lorsque la demande leur est explicitement posée dans ces termes par les candidats, ils leur recommandent d'abandonner tout espoir à ce sujet. Dans ce sens, l'effet « magique » en chirurgie esthétique est entendu comme une répercussion positive, spontanée et surprenante de la chirurgie. L'effet « magique » serait explicable, selon les praticiens, grâce au gain de confiance acquis par le patient suite à une chirurgie.

« La chirurgie plastique c'est un art, un art de modeler, de donner, de transformer. Comment j'aide le patient ? À ce qu'il améliore son estime de lui-même, car si son corps s'améliore, physiquement, cela provoque de la beauté, et cela plaît automatiquement au patient, et lui donne de la sécurité et beaucoup de choses changent. Y compris ses relations familiales ou de couple. Tout cela est très chouette, la chirurgie implique tout cela. »

(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2013).

Parfois, les effets d'une chirurgie sont tellement spectaculaires, que le patient « change de personnalité », il gagne en extraversion. Cela influence son rapport au monde et à la séduction. Le chirurgien esthétique, expert dans l'équilibrage des morphologies, est souvent capable de prévoir si une intervention sublimera l'apparence du patient au point de bouleverser ses relations sentimentales ou même l'équilibre de son couple :

« Il y a des cas où les gens ne sont pas prêts pour le changement. J'appelle cela le syndrome des gens mignons. Ce sont des gens qui ont beaucoup de complexes, et quand ils rencontrent un artiste [un bon chirurgien plasticien] qui peut sublimer ce matériel [l'apparence du patient] et provoquer des changements incroyables. Je me souviens, quand j'étais encore un interne, il y avait cette fille avec le nez aquilin, tordu, elle n'avait pas de menton, mais tout le reste dans son visage était en ordre, elle avait beaucoup d'harmonie. Nous l'avons opérée et la fille, ouf !! Avant, elle était très introvertie, elle a totalement changé de personnalité, elle a changé ses habitudes sociales. Et elle s'est séparée de son mari, car celui-ci était très jaloux, et avait découvert qu'elle rencontrait d'autres hommes. Elle s'était totalement lâchée. Et je me souviens d'une autre fille, à laquelle j'ai dit après l'avoir examinée : " Vous savez quoi ? La première chose dont il faut que je vous prévienne, c'est que suite à la liposuccion, il y a un risque de mort, les contraintes de la période postopératoire. Mais à vous, il risque d'arriver autre chose. Vous, vous êtes déjà très belle, mais après l'intervention, vous allez être incroyablement attractive. Alors ce qui va se passer, c'est que votre copain va vous quitter." " Mais pourquoi ? Nous nous aimons beaucoup ! "dit-elle. " Ce garçon ne va pas supporter, il va se sentir affecté dans son estime de soi." Et cela est finalement arrivé. »

(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2013).

Suite à une « chirurgie d'amour » le bouleversement des relations conjugales s'opère donc en positif (démarrage d'une relation ou évitement du divorce) ou en négatif (séparation et divorce). Qui en bénéficie ? D'après les praticiens uniquement les personnes suffisamment équilibrées pourraient en bénéficier. Les patients qui viennent avec l'intention explicite de se faire opérer pour influencer la volonté de l'autre de « revenir à soi » -demande typique des « magies d'amour »- devraient être écartés. Le Dr Cames rappelle qu'il est parfois nécessaire de raisonner les candidats qui attendent explicitement une amélioration des relations de couple suite à l'intervention :

« Il faut faire une étude psychologique (...), parce qu'il y a des femmes qui veulent se faire opérer en espérant qu'avec l'opération, elles récupéreront les maris

desquels elles ont divorcé : ce garçon ne va pas supporter, il va se sentir affecté dans son estime de soi. " Je veux me faire opérer pour récupérer mon mari". Oubliez. Je vais vous opérer pour que vous vous sentiez le mieux possible, mais je ne vous garantis rien. Vous ne devez pas vous faire des illusions. »

(Entretien avec le Dr Cames, Tijuana, Mexique, 2017).

De la même manière, le Dr Barranca est méfiant vis-à-vis de ces demandes qui paraissent trahir une profonde insécurité psychologique des candidats. Si les aspirants patients projettent sur l'intervention trop d'espoirs, ils encourent dans le risque d'être fortement déçus :

« Dans quel sens les patients espèrent-ils que la chirurgie change leur vie ?
Mais dans le sens émotionnel. Par exemple, une personne me dit : " Docteur, je veux me faire mettre des implants mammaires et me faire pratiquer une liposuccion, parce que je veux avoir un fiancé et me marier !" Ce n'est pas le patient [idéal]. Cette motivation n'est pas la bonne. " Docteur, je veux me faire opérer, parce que mon époux sort avec une fille de vingt ans, j'ai quarante-cinq ans et tout me tombe ". Mais, si votre époux a fait son choix et préfère celle de vingt ans, qu'est-ce que vous voulez ? " Qu'il revienne ! " Non, votre époux n'est plus avec vous, parce que vous n'êtes plus bien ensemble, rien de plus non ? Ces patients ce ne sont pas des bons candidats. »

(Entretien avec le Dr Barranca, Mexico, Mexique, 2016)

L'analyse de ces récits montre que les praticiens, même s'ils refusent le rôle de magiciens qui leur est attribué par certains candidats, sont conscients que la chirurgie esthétique garde en soi le potentiel d'influencer la vie sentimentale de leurs patients.

LES GOÛTS DU PRATICIEN

En chirurgie esthétique, les praticiens ne font pas abstraction de leur propre subjectivité. Au contraire, ils affichent leurs goûts esthétiques, car ceux-ci imprègnent leur style, les distinguent de leurs confrères et vont donc influencer les termes de la négociation en vue du résultat final. Cette caractéristique est propre à la chirurgie esthétique, dont les effets sont visibles, notoires. Aussi, pour qu'il y ait entente entre le chirurgien et le candidat, il faut que leurs goûts respectifs soient compatibles :

« On a un peu la patientèle qui nous ressemble ! Le chirurgien qui est un peu artiste, un peu frou-frou, un peu rockeur, aura, par exemple, une patientèle un peu plus rockeuse, d'accord ?! Si vous avez un docteur très strict, rigoureux, psychorigide... bah, il aura une patientèle... voilà ! (...) Ça, c'est pareil dans tout métier... (...) dès que vous avez un rapport entre les êtres humains, il y a une sélection des deux côtés ! (...) C'est pour ça que, parfois, ça se passe bien, et parfois, ça se passe mal. Et il faut accepter que vous ne puissiez pas plaire à tout le monde ! (...) Le

chirurgien va sélectionner sa patientèle, inconsciemment ! (...) Par exemple, moi, bah... la patiente bimbo, un peu pétasse, qui vient avec ses grosses lèvres, qui veut des gros seins... qui veut une esthétique un petit peu vulgaire (...) je vais pas aimer ce genre de patient, donc je vais être, inconsciemment, pas très agréable avec elle ! Et (...) je vais lui dire : " Madame non. Ça c'est trop gros, c'est pas beau, je vais pas faire l'opération "»

(Entretien avec le Dr Singer, Paris, France, 2013)

Souvent, le goût du praticien s'exprime en négatif, à partir de ce qu'il ne trouve pas beau. Le Dr Weibel critique l'apparence des femmes de la télévision qui, à son avis, ont abusé des injections ou des procédés non invasifs :

« Si vous regardez la télévision française, c'est extrêmement instructif. Je vais vous faire le portrait de la journaliste : c'est une femme qui n'a plus d'âge. Elle est forcément blonde, avec les cheveux mi- long. Quand vous la voyez parler, il y a deux choses qui bougent : les yeux et la bouche. Le front il ne bouge pas : botox. Il n'y a pas de rides ici, les sillons nasogéniens bougent à peine, parce qu'ils sont botoxés, injectées depuis le jeune âge. C'est extraordinaire ! Sont toutes... des clones. Sont toutes absolument pareilles, c'est terrible ! Il n'y a que Pierre Cheval qui montre son âge, il a 55 ans maintenant, ne s'est rien fait faire. (...) Donc, elles ont un masque, des espèces de bouches... Épouvantable! Têtes de canard ! Et puis on leur met du botox à niveau du front. Voilà, ça, c'est la chirurgie esthétique habituelle, de bas étage, la mauvaise hein !? Celle qui donne un masque ! Elles ont toutes la même tête ! Toutes ! (...) Ça fait qu'elles n'ont plus d'âge ! On ne peut pas dire si elles sont jeunes, si elles sont vieilles... Séduisantes ? Pas pour moi. Pour moi, elles ont perdu tout ce qui est naturel, à savoir, leur expression. Elles n'ont plus d'expression, elles sont figées, voilà. Terrible ! (...) La chirurgie esthétique, c'est celle qui est raisonnable, avec laquelle la personne effectivement a rajeuni, a bonne mine a l'air plus jeune, mais n'a rien perdu de son expressivité et de son contour de face normal. (...) Ce sont des gestes esthétiques " mineurs", mais qui peuvent transformer quelqu'un en masque. Et pour moi, les personnes qui ont un masque, c'est pas de la chirurgie esthétique, c'est de la chirurgie catastrophique. [silence] Ce qui est laid, ce ne sont pas les rides dans le vieillissement, ce qui est laid, c'est la perte du contrôle de l'expression de son visage. »

(Entretien avec le Dr Weibel, Alsace, France, 2012)

En l'absence d'entente sur les références esthétiques, le patient sera invité à consulter un autre praticien.

REFUSER LES « CANDIDATS PROBLÉMATIQUES »

Une des particularités de la chirurgie esthétique est le choix mutuel des acteurs, candidat et praticien, après une évaluation réciproque qui a lieu pendant la première consultation. Si le candidat a la possibilité de consulter un autre praticien, de son côté le chirurgien, de son côté, se réserve le droit de refuser de le prendre en charge. Ce refus advient lorsque le docteur s'aperçoit qu'il n'y a pas d'entente possible avec le candidat, cela pour

plusieurs raisons. S'il ne s'agit pas toujours d'un refus explicite, les praticiens utilisent des « excuses », comme fixer un devis très haut pour que le patient renonce de lui-même. Une sélection se fait aussi au fur et à mesure des années d'exercice, dans lesquels le praticien favorise une clientèle plutôt qu'une autre.

Examinons tout d'abord les cas des patients envers lesquels les chirurgiens ne parviennent pas à ressentir d'empathie. Il s'agit de patients que le praticien définit comme incompatibles, par exemple à cause d'origines socioculturelles différentes. Le Dr Buenaventura, mexicain de Tijuana, est une référence pour les patients Mexicains migrés aux États-Unis (et pour la communauté du Moyen-Orient) qui constituent le 90% de sa patientèle. Par contre, il ne s'entend pas bien avec les patients anglo-saxons nord-américains ni avec les Sud américains, pour des difficultés de communication liées selon lui à la différence culturelle ou linguistique. Par ailleurs, il les trouve trop exigeants :

> *« Je n'ai pas des patients nord-américains ! Le 90% ce sont des latinos qui vivent en États-Unis. Tu n'as pas vu de gringos ici dans la clinique, n'est-ce pas ? Tu n'as vu aucun saxon. Parce qu'il n'y en a pas ! Il n'y a pas d'empathie !*
>
> ***Entre vous et eux ?***
> *Oui. Entre eux et moi. Il n'y a pas de chimique ! I can speak English, I can understand English, but is not a very good communication! Et comme tu peux le voir, je connais ces gens [ses clients habituels, des latinos]. Je sais qu'ils sont, où ils vivent, ce qu'ils font dans la vie, ce qu'ils aiment, ce qu'ils font, quel sport ils font, s'ils sont fatigués, combien d'enfants ils ont, comment ils s'entendent avec leur mari. Beaucoup de choses. Je les connais, je peux deviner ce qu'ils veulent, parce que c'est ma culture, hein ?! S'il arrive un Chinois, un gringo,[211] je sais ce qu'il veut, mais…*
>
> ***Vous en avez déjà opéré ?***
> *Oui, j'ai opéré beaucoup de noirs, d'Asiatiques, et beaucoup de gringos, mais c'est la minorité ! Je n'aime pas ! Je ne m'identifie pas avec eux.*
>
> ***Est-ce qu'il y a des problèmes avec eux ?***
> *C'est que je ne peux pas me communiquer avec eux. Généralement, les américains [saxons], leur culture c'est de se plaindre de tout. Je t'explique. Dans une école aux États-Unis, si à un Mexicain on lui fait quelque chose, le professeur l'exclut, il doit changer d'établissement. Si à un américain [saxon]on lui fait quelque chose, l'école arrête tout. La culture américaine est : ils arrêtent tout. Ils ne permettent pas une injustice. Je ne dis pas que cela est mal, je dis que cela est un bien. Et j'ai opéré des gringos qui ont été très satisfaits, mais ils sont très exigeants et ils veulent payer peu pour avoir le meilleur. Ils veulent le tapis rouge, comment on dit. Et moi avec mes patients latinos, tu l'as vu ! J'espère qu'ils ressentent que j'ai grandi près de la frontière. Je sais ce qu'ils ont dû endurer pour aller [migrer aux États Unis]. Et si là-bas ils sont maltraités, je veux qu'ici ils se sentent traités bien, bien normal ! Une chose très importante : plus les patients viennent du sud de l'Amérique ils sont compliqués. C'est-à-dire, déjà les Mexicains sont compliqués, mais s'ils sont de Panama c'est pire ! S'ils viennent de Guatemala, pire ! S'ils viennent de Venezuela,*

211 Par gringo au Mexique on désigne de manière péjorative les Nord-Américains, notamment les blancs d'origine saxonne.

pire ! Si d'Argentine, ouff ! Moi j'adore les Mexicains qui vivent aux États-Unis, je les adore ! Et la pire relation c'est avec les patients du Salvador. Les Salvadoriens sont problématiques !

Pourquoi ?
Parce qu'ils sont des personnes discriminées aux États-Unis. Lorsqu'ils viennent ici ils veulent se défouler de tout ce qu'ils vivent aux États-Unis. Et ici ils exigent qu'on les traite bien ! (...) Pour le fait d'être maltraités, ils sont dans un état d'hyper défense. »

(Entretien avec le Dr Buenaventura, Tijuana, Mexique, 2017)

Parfois les refus se font sur la base du genre, comme le montre l'étude du sociologue Yannick Le Hénaff (2013). Ce dernier a analysé les refus de prise en soin des hommes qui demandent une pénoplastie : « Les hommes sont ainsi considérés comme des clients à part, voire relégués au prétexte de l'impossibilité de modifier " naturellement " leur corps ou de pathologie latente. » (Le Hénaff, 2013). Ces refus sont motivés par les chirurgiens pour une impossibilité de rentrer en empathie avec la demande de refaire son sexe chirurgicalement. Or, les interventions sur le sexe féminin, telle la réduction des petites lèvres, sont un geste de « normalisation » bien accepté par les chirurgiens esthétiques. Alors que les interventions sur le sexe masculin, qu'elles soient de réduction ou d'agrandissement, sont souvent perçues comme des demandes irrationnelles et pathologiques, tel qui le montre Le Hénaff.

Ces discriminations répondent à des choix personnels de chaque chirurgien, mais aussi à des positionnements conventionnels parmi les membres d'une même société savante. Par exemple, la grande majorité des chirurgiens que j'ai rencontrés refusent de prendre en soin les personnes transgenres, même les interventions mineures comme la « féminisation du visage », la pose d'implants mammaires ou la mastectomie. D'après eux, ces candidats sont considérés être « trop fragiles » et à risque de regretter l'intervention. Dans ces cas, ils orientent les candidats vers des équipes spécialisées en réattribution des caractères sexuels.[212] Par conséquent, suite à ces refus que l'on pourrait assimiler à des discriminations, les populations transgenres s'adressent souvent à des praticiens clandestins, notamment au Mexique (Steel, 2020).

Les candidats définis comme « problématiques » représentent une minorité dans la clientèle de la chirurgie esthétique, mais ils sont absolument redoutés. Nous avons déjà abordé cet aspect lors de l'analyse des objets apotropaïques exposés dans le cabinet pour « repousser » ces candidats. Revenons toutefois sur ce point pour préciser les tenants et les

212 Un seul chirurgien esthétique mexicain m'a confié avoir participé à de nombreuses opérations de changement ou de réassignation de sexe sur des personnes intersexuées et transgenres.

aboutissants de ces refus. Perçus comme psychiquement fragiles et vulnérables, incapables de vivre sereinement le changement de leur apparence, les « candidats problématiques » sont qualifiés par les praticiens de dysmorphophobes[213] (évoquant alors des troubles de la personnalité borderline, bipolaire, schizophrène, psychotique, délirante ou dépressive).

Le « candidat problématique » serait victime d'un trouble psychique l'empêchant d'avoir un regard réaliste sur ce que lui apportera l'intervention. Selon plusieurs praticiens que j'ai rencontrés, ce genre de candidat investit l'opération d'espoirs « utopiques », comme si elle allait « résoudre tous les problèmes de sa vie » et le « transformer en une autre personne ».

> *« Il y a des patients qui pensent que c'est [la chirurgie] comme de la magie ! Ils se font opérer et ils deviennent d'autres personnes, non ? Cela ne marche pas comme ça. Ce sont des fantasmes. »*
> *(Entretien avec le Dr Barranca, Mexico, Mexique, 2016)*

Presque tous mes interlocuteurs m'ont indiqué avoir rencontré au moins une fois ce type de patient sans avoir su le reconnaître et refuser de l'opérer. Ils ont parfois observé qu'après l'opération, certains patients développaient des maladies psychiatriques graves, car ils ne s'adaptaient pas à leur « nouveau corps ». Ces patients regrettent l'intervention, exigent parfois du praticien de leur rendre leur apparence antérieure, ce qui n'est pas toujours possible.

Identifier ce type de patients est difficile, notamment en début de carrière, quand le praticien manque encore d'expérience clinique et tend à être moins sélectif en raison des besoins financiers suscités par son installation récente.

Ensuite, une dernière catégorie de « patients problématiques » ce seraient les patients devenus dépendants de la chirurgie esthétique. Ces derniers, pris d'un excès de satisfaction et enthousiastes des résultats obtenus, souhaitent modifier d'autres parties de leur corps sans respecter les temporalités nécessaires au bon rétablissement postopératoire :

> *« Il y a des patients qui deviennent accros à la chirurgie esthétique. Ils viennent demander des choses qui ne sont pas normales. « Je veux que vous me fassiez ça et ça pour que le résultat soit comme ci et comme ça. Dans six mois, je veux aller très bien et que le résultat dure vingt-cinq ans. » Ce n'est pas vrai, cinq ans après, ils me demandent autre chose : « Docteur est ce que j'en ai besoin, ici ça tombe un peu etc. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Higos, Mexico, Mexique, 2016).*

213 Terme qu'indique un trouble psychique incitant le candidat à continuellement modifier son corps pour correspondre à une image faussée et idéalisée.

Mes interlocuteurs s'accordent sur le fait de savoir poser des limites au patient. Ne pas accepter un « candidat problématique », psychiquement fragile, uniquement sur la base du profit économique qu'on peut y tirer, est la limite éthique que doivent respecter tout « bon praticien ». Apprendre à refuser ces patients, constitue un des exercices les plus difficiles pour les chirurgiens esthétiques, principalement pour deux raisons. D'une part, ils recouvrent le rôle de médecins et ils sont censés ne pas refuser l'assistance médicale aux patients qui leur demandent de l'aide. D'autre part, notamment au moment de leur installation « en ville », ils ont besoin d'argent et ils sont moins sélectifs. Néanmoins, tous les praticiens affirment que face à ces cas suspects de candidats « à problèmes », la seule solution qui puisse rendre service est celle de refuser la prise en soin et adresser ces personnes à des confrères psychiatres ou psychologues.

QUAND LES CHIRURGIENS ESTHÉTIQUES SONT DES PATIENTS

Mes observations sur le terrain m'ont permis d'identifier chez les chirurgiens plasticiens une particularité : sans que ce soit systématique, ils ont eux-mêmes souvent recours à la chirurgie esthétique.[214] Ils se font souvent opérer par un confrère auquel ils font confiance et qu'ils ont connu à l'hôpital, en début de carrière. Le Dr Garcia, par exemple, s'est fait opérer des paupières et du menton par un confrère. Il était complexé par les poches et il considérait que son image de praticien sérieux et professionnel serait compromise par ce défaut :

> *« **Vous m'avez dit que vous aviez eu recours à des interventions, pourriez-vous me dire lesquelles et il y a combien de temps ?***
> *La première opération a été celle des paupières. Je suis d'une famille où on a les yeux très papujos, c'est-à-dire avec la paupière supérieure très lourde et des bourses sous les yeux. Du côté de mon père, tout le monde a cela, même parmi mes ancêtres. Alors, j'ai hérité de ça. Par ailleurs, j'ai toujours été un oiseau de nuit, à cause de la médecine et de la musique (il est batteur), j'ai toujours eu des poches incroyables sous les yeux. Cela me complexait beaucoup, même quand j'étais interne. Une fois, un patient est arrivé à la consultation et m'a dit : " Docteur vous êtes malade !" Je lui ai répondu : " Non, en fait, c'est génétique, de famille ", et j'ai changé de sujet. Je sentais que les gens ne me croyaient pas. Non ? J'étais déjà très complexé. Quand j'ai terminé la spécialisation, juste après, j'ai demandé à un ami, qui était mon supérieur pendant l'internat, de m'opérer. Il m'a enlevé les poches sous les yeux et ce qui était en excès sur ma paupière supérieure. Et il m'a augmenté aussi le menton, parce que c'était nécessaire. Quand j'ai vu le résultat, pour moi ça a été une expérience super, super. »*

214 Les interventions évoquées par mes interlocuteurs : chirurgie bariatrique (by-pass gastrique), blépharoplastie (paupières), injections de toxine botulique ou de produits de comblement, rhinoplastie (nez), génioplastie (menton), liposuccion, enlèvement des bourses de Bichat et liftings.

(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique 2013)

Ce témoignage indique que le fait d'appartenir au milieu de la chirurgie esthétique favorise le recours à cette spécialité, et cela autant chez les hommes que chez les femmes chirurgiens, dans les deux pays étudiés.

Le Dr Martinez évoque avec moi toutes les interventions auxquelles elle a eu recours. Elle veut me convaincre qu'en dépit de toutes ces interventions, son allure reste naturelle et les interventions indécelables.

> *« Ah! Par exemple [elle va chercher une photo d'elle-même avant ses chirurgies], pour parler de mon cas, j'ai fait différents types de chirurgie, mais elles ne se voient pas, parce que ce n'est pas à mon goût. J'aime le style naturel, non? Je ne sais pas si toi, en me regardant, tu te dis : elle a fait ça et ça? Pour commencer, moi j'ai fait du botox. Alors si tu regardes bien, je souris, je m'exprime, mais je n'ai pas de rides. Les lignes n'apparaissent pas, ça c'est à cause du botox. Maintenant je n'ai pas de maquillage, et peut être toi, tu ne le notes pas, parce que vous (européennes) vous n'utilisez pas beaucoup de maquillage. Mais, si tu regardes bien, je n'ai pas de lignes (d'expression), cette photo c'était il y a deux ans. Maintenant, si tu regardes bien, j'ai fait des injections pour remplir le volume du visage, de la liposuccion du cou, j'ai enlevé les bourses de Bichat et j'ai fait injecter les cernes. Tu ne le vois pas, mais c'est parce que moi j'aime que ça ne se voit pas. Il y a des fois, tu remarques ces interventions chez des personnes, c'est artificiel, il y a trop de volume. Moi, j'ai mis du volume dans les pommettes, dans le menton, mais tu ne le vois pas. Mais il y a des personnes qui aiment les nez tout fins, les pommettes très marquées, mais c'est au goût du médecin et du patient, ils aiment que ce soit comme ça. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Martinez, Mexico, Mexique, 2013)*

Les chirurgiens ne sont pas à l'abri du développement de dépendance à la chirurgie esthétique ou aux injections. C'est le cas du Dr Buenaventura, qui enchaîne les interventions suite à son divorce : teinture des cheveux, chirurgie bariatrique, liposuccion du cou, lifting, profiloplastie (nez et menton), injections de toxine botulique. Suite à une profonde déception après un lifting dont le résultat n'est pas à son goût, il décide d'arrêter cette quête incessante d'interventions pour retrouver progressivement une apparence plus « naturelle ».

En quoi cette expérience personnelle de la chirurgie esthétique influence-t-elle la pratique professionnelle des praticiens et leur relation avec les patients ? Bien que les chirurgiens eux-mêmes n'analysent pas la question dans ces termes, nous pouvons poser l'hypothèse qu'ayant eux-mêmes été opérés, ils appréhendent mieux le vécu des patients. Même s'ils disent vouloir améliorer leur apparence en raison de leur profession, cette expérience donne à ces chirurgiens une connaissance directe des enjeux émotionnels,

sensoriels et psychiques que vivent leurs patients et elle favorise une meilleure empathie à l'égard de ces derniers.

Dans les chapitres suivants, nous allons traiter le processus de prise en soin thérapeutique dans les différentes phases du processus de la chirurgie esthétique. L'objectif est d'identifier les gestes qui caractérisent cette thérapeutique dans le panorama médico-chirurgical au sens large, et de souligner les aspects communs aux réalités observées en France et au Mexique.

3.2 PREMIÈRE ÉTAPE : CONSULTATION

« Pour les groupes, comme pour les individus, vivre c'est sans cesse se désagréger et se reconstituer, changer d'état et de forme, mourir et renaître. » Arnold Van Gennep (2011, 268).

Ce chapitre vise à illustrer la première étape de ce schéma rituel qui a lieu en chirurgie esthétique, notamment le moment de la consultation préopératoire. En introduction de ce chapitre, rappelons que le processus de changement physique est vécu pour le patient comme une démarche symbolique : l'abandon du « corps d'avant » et l'acquisition d'un « nouveau corps » (un nouveau nez, une nouvelle poitrine, une nouvelle silhouette, etc.). Le rôle du chirurgien esthétique est de guider le patient dans ce processus de changement symbolique à travers des étapes rituelles. Selon Jean Maisonneuve on entend par rite :

> « un système de conduites codifiées ayant une signification et une valeur symboliques pour ses acteurs et ses publics, impliquant toujours le corps et un certain rapport au sacré. (…) Quant au corps, le rite vient en quelque sorte lester ce que la nature aurait d'insuffisance et l'apparence sociale d'illusoire et d'éphémère. Pour illustrer la part de la ritualité dans les pratiques d'expression du corps, on ne manque pas de choix. Ce peut être le vêtement, avec ses rites de maintenance (…) ce peuvent être les modes de culture du corps tels que le soin de la ligne et de la beauté, ou la chirurgie esthétique (…) » (Jean Maisonneuve, 1989, 103)

Néanmoins, dans le cas de la chirurgie esthétique, nous parlerons plutôt de « rite intime » (Le Breton, 2003b, 42) car l'intervention est exécutée pour le bon vouloir de l'individu, avec le soutien de quelque proche, mais le processus et le résultat restent discrets et effacés du regard de la société au sens large. Dans son article paru dans le même numéro *d'Ethnologie française*, Isabelle Faivre suggère de lire la chirurgie esthétique comme « un rite corporel de passage », qui permet, par l'incorporation d'un modèle idéal, de favoriser l'insertion dans un groupe (Faivre, 1989, 107). Dans ce processus, on observe « une articulation entre l'apparence du corps et sa singularité d'une part, l'organisation symbolique propre à tout groupe social d'autre part » (*idem*). Faivre avance l'idée suivante :

> « Au plan symbolique, le geste chirurgical agit comme une sorte d'exorcisme en supprimant ou réparant ce qui est vécu par l'individu comme un défaut, un manque, une tare, un stigmate qui tend à le maintenir à l'écart ou dans l'indétermination. L'apparence est transformée par un chirurgien-démiurge dans une relation chargée d'affects transférentiels très forts (Faivre, 1985) : elle devient alors le gage d'une renaissance possible et d'une autre vie » (Faivre, 1989, 108).

Faivre poursuit, dans son article, ébauchant une classification des significations par type d'intervention chirurgicale. Ainsi, la rhinoplastie marque « la fin d'une étape de la vie, l'adolescence », le lifting et la blépharoplastie visent à corriger le vieillissement du visage et « présentent les caractéristiques d'un rite de maintenance » (Faivre, 1989, 109). Ce sont là des hypothèses et des pistes de recherche que cet auteur n'a malheureusement pas développées par la suite. Toutefois, il serait réducteur d'imaginer qu'à chaque intervention correspond une signification précise et qu'elle soit valable pour tous les patients de la même manière. Comment analyser, selon le paradigme anthropologique, les rituels corporels pratiqués par des individus ou des groupes différents, en tenant compte de l'hétérogénéité des représentations, des motivations et des contextes ? Cette question est d'autant plus pertinente que nous cherchons à contribuer à l'élaboration des bases d'une anthropologie de la chirurgie esthétique comme une pratique « mondialisée ». La solution que j'ai trouvée est celle d'élaborer dans un premier temps une analyse générale de ce rite, ce qui me permettra, dans un futur travail postdoctoral, d'approfondir, par exemple, les significations particulières inhérentes à chaque intervention.

Comme l'indique Isabelle Faivre (1989), la chirurgie esthétique est à entendre tout d'abord comme un dispositif corporel qui permet de changer l'apparence ou de l'entretenir, dans le but de garantir à l'individu son intégration dans le groupe social dont il ne souhaite pas être exclu ou vers lequel il aspire à entrer. Ce processus d'entretien et de changement de l'apparence se structure en trois étapes fondamentales : préopératoire, opératoire et postopératoire, tripartition qui rappelle celles des rites de passage décrites par Arnold Van Gennep (2011) - séparation, exclusion et réintégration-. Cette structure est commune à toutes les interventions de chirurgie esthétique, et montre sa pertinence dans les deux contextes observés, la France et le Mexique, avec des variations spécifiques inhérentes à l'environnement géographique, comme nous l'avons déjà évoqué pour le cas du tourisme chirurgical de Tijuana. Partant de ce constat, nous pouvons affirmer que la pratique de la chirurgie esthétique s'organise de manière similaire dans les différentes sociétés. Les chirurgiens esthétiques, maîtres du paraître, gèrent l'espace-temps rituel, guident le patient à travers les différentes étapes et s'affirment comme des référents culturels importants dans nos sociétés urbaines contemporaines. À la différence des autres chirurgiens, ils investissent particulièrement les consultations pré et postopératoires d'une présence active qui s'apparente à un accompagnement initiatique du patient.

RENCONTRE

La première consultation en chirurgie est une rencontre lors de laquelle les acteurs (chirurgien, candidat et accompagnant) vont devoir établir un pacte médical. Le chirurgien accueille tout d'abord le candidat en salle d'attente, lui tend la main en souriant et l'invite à s'asseoir devant son bureau en salle de consultation où se déroule l'entretien.[215]

> *« Le Dr Nogues m'accueille en tendant la main et souriant. Il m'offre tout de suite un café que je refuse en le remerciant. Il m'invite à m'asseoir devant son bureau, pendant qu'il se fait couler un café et me rejoint. Il y a un fond musical, du jazz, Nat King Cole. »*
>
> *(Extrait du journal de terrain, rencontre avec le Dr Noguès, Paris, France, 2015).*

Lors de ce premier contact, les acteurs (candidat, accompagnants et chirurgien) échangent autour du défaut esthétique et élargissent la conversation à des sujets intimes liés à l'apparence physique et au rapport au corps : l'estime de soi, les relations avec les autres, les relations sentimentales, la sexualité, le sentiment de féminité ou de masculinité, etc. Or, en raison de la nature intime de ces propos, et surtout de l'obligation de s'accorder sur le résultat esthétique mis en perspective, chacun des acteurs s'attend à rentrer en « résonnance » sympathique avec l'autre, état nécessaire à l'aboutissement positif du pacte médical. Loin d'être un facteur secondaire, l'entente avec le candidat est nécessaire à l'engagement du chirurgien. Selon mes observations de terrain, cette entente souvent dénommée « empathie », je la qualifierais plutôt du terme de sympathie, les deux acteurs étant chacun à la recherche d'une communauté de vues en matière de style et de critères esthétiques :

> *« Je crois que la chose la plus importante, c'est cette empathie, cette connexion [avec le patient].*
>
> ***Et pourquoi est-ce important ?***
> *Pour tout, car si tu as une bonne relation avec ton patient, il y a de la confiance, de la communication. En cas de complication, tu ne vas pas à avoir de problèmes, parce que la patiente se laissera convaincre, elle va te faire confiance et tu pourras résoudre le problème facilement. C'est la meilleure façon de résoudre les complications, être proche du patient, que le patient ait confiance en toi. Et parfois, il arrive qu'avec des patients qui ont eu des complications, nous établissions une relation très proche, au point de devenir amis (...) La chimie avec le patient, comme en toute relation, c'est très important. Il faut qu'il y ait une empathie du patient envers toi et que ce soit réciproque. Il m'est arrivé, très rarement, de trouver des personnes désagréables, avec lesquelles il n'y avait pas d'empathie. Dans ce cas, je*

215 J'ai été moi-même accueillie comme une patiente, soumise à toute une série de questions avant de pouvoir poser les miennes.

ne les opère pas. Comme faire pour les renvoyer? Tu leur proposes un devis trop élevé, et ils vont renoncer ».
[Entretien avec le Dr Martínez, Mexico, Mexique, 2013]

L'absence d'affinité ou de sympathie avec le candidat est perçue comme un obstacle à l'établissement de la relation médicale, voire un danger risquant de compromettre la réussite de l'opération :

« Quand [le patient] il rentre, je commence par lui parler afin de le mettre à l'aise, ils arrivent toujours un peu nerveux. Je parle pour briser la glace et nous commençons à nous détendre. Je cherche à connaître un peu mieux le patient, qui il est, sa façon de faire. Je veux voir s'il y a une certaine empathie entre nous. Parce que, s'il n'y a pas d'empathie, il y a un problème, non !? Nous devons être connectés tous les deux, pour que je sache ce qu'il veut, et pour qu'il arrive à comprendre ce que je peux lui donner ! Pour qu'il n'ait pas de malentendus et, par conséquent, un mauvais résultat, c'est fondamental. (...) L'expérience t'apprend beaucoup de choses. Je crois aussi que c'est un sixième sens qui te dit : " Surtout ne va pas là !". Je suis très sensible, et parfois je sens que le patient, dès qu'il entre, m'envoie de mauvaises ondes et nous allons avoir des problèmes. Alors, je ne l'opère pas (...) [car] il peut se produire quelque chose de mauvais. Cette sensibilité m'aide énormément dans ma carrière professionnelle, j'arrive à détecter, dès qu'il entre, si le patient est irritable, oui ! »

[Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2013]

L'entente empathique entre les acteurs dériverait de la connexion sympathique qui s'est établie lors de cette première rencontre. Cette sympathie, cette affinité se base sur la compatibilité de leurs personnalités, de leurs goûts, mais aussi sur leur manière de s'habiller, de parler. Ces échanges verbaux et non verbaux donnent à chacun des indicateurs d'appartenance à une même catégorie sociale, qui permettent aux acteurs de se sentir proches et favoriseront leur entente sur le résultat esthétique à obtenir. Progressivement, le praticien sélectionne une patientèle qui lui ressemble, et avec laquelle se sent en syntonie, comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre précédent.

DIAGNOSTIC D'OPÉRABILITÉ

Bien cerner le défaut esthétique à traiter est la première préoccupation du praticien. Ensuite, il va vérifier que les conditions sont bien réunies pour engager une prise en soin médicale. Il se réfère pour cela à des indices d'opérabilité basés sur l'examen physique, mais aussi sur les représentations qu'a le patient de son défaut esthétique. Pour cela, le praticien laisse le candidat s'exprimer librement et engage le dialogue par des questions très ouvertes : « Que puis-je faire pour vous ? » ou « Dites-moi ce qui ne vous convient pas dans votre

corps ? ». Cette approche encourage le patient à s'exprimer avec spontanéité sur le défaut, les circonstances de son apparition, le lien avec des étapes biographiques significatives.[216] Le candidat est ainsi amené à poser lui-même un diagnostic qui sera validé ultérieurement par le praticien. Comme le décrit Elizabeth Haiken, c'est la démarche habituelle en chirurgie esthétique **:**

> *« Les patients sur lesquels le chirurgien réalise une intervention esthétique sont physiquement sains. Les troubles (diseases) pour lesquels ces patients sont soignés - âge, laideur, baisse de l'estime de soi- sont nombreux, mais ils sont tous difficiles à diagnostiquer dans les termes précis que la médecine emploie couramment. Selon les termes médicaux en usage, l'étiologie (causes), la nosologie (classification), et la symptomatologie (effets) de ces troubles sont individualisées : ceux-ci sont définis par le patient, avant d'être diagnostiqués par le chirurgien, et ils sont impossibles à quantifier » (Haiken, 1997, 6)*

C'est toujours au candidat de s'exprimer en premier. Ada,[217] une candidate que j'ai interviewée, m'a confié qu'elle souhaitait modifier les aréoles de ses tétons, à son goût « trop larges ». Ce qu'elle perçoit comme un défaut esthétique (tout en admettant que c'est peut-être à tort), difficilement descriptible, elle le désigne par le mot « ça ». « Ça » c'est ce qui l'empêche de se sentir bien, une déformation que, depuis l'adolescence, elle ressent comme étrangère à elle-même et qu'elle veut faire corriger par la chirurgie.

> *« Donc... je veux me faire faire les seins. Mais pas... de façon... pas un truc plastique pour en rajouter, mais je voudrais me faire faire hum... un lifting, c'est-à-dire un rehaussement de la poitrine et avant tout, j'ai un problème au niveau de mes tétons. Pas vraiment, mais, moi je trouve que mon aréole, ça s'appelle comme ça, est trop grosse en fait. C'est un problème familial, parce que ma grand-mère avait ça aussi. Et ma mère aussi. Et c'est vrai que, du coup, depuis que je suis toute petite, enfin, depuis que je suis adolescente, je pense à me faire refaire les seins. (...) Mais c'est ma mère qui m'a parlé de ça, quand on était ensemble... donc… elle savait pas en fait que j'avais ce complexe, ça, et puis elle m'a dit : « C'est marrant parce que... ta grand-mère avait ça... (...) Mais j'ai commencé à me dire que j'avais très envie de me faire opérer quand j'étais adolescente en fait, quand j'ai vu que... bah... que ça ressemblerait à ÇA ! (rire) Et je me suis dit que bon... je me voyais pas... mal, mais je me disais que c'est quand même pas « normal », et que c'est surtout pas joli. (...) Alors, hum... bah je les trouve... moches ! (rire) Je les trouve presque difformes, en fait. C'est ça qui est étrange, en fait. En fait, je sais qu'ils le sont pas forcément, mais moi je les trouve comme ça. C'est bien ça. Et ils sont pas normaux, dans la norme que... dans la société. »*
>
> *[Ada, Française d'origine polonaise, 26 ans. Envisage de faire un lifting des seins et remodelage des tétons. Rencontrée à Paris le 29/10/2012]*

---

216 Cette présentation par le patient peut être influencée par la médiatisation de la chirurgie esthétique. Lors de leurs interventions publiques, les chirurgiens esthétiques donnent des indices sur les argumentations « recevables », notamment, le faire « pour soi-même » ou en raison d'une gêne profonde de type psychologique et sociale.

217 Le prénom a été changé.

Parfois, le défaut esthétique est désigné par les patients par des noms de choses ou d'animaux :

> *« Je suis très maigre, ici en haut, je n'avais rien dans le décolleté, les épaules comme un petit oiseau et je voulais me voir différente »*
>
> *[Francesca, italienne, 43 ans, mariée avec 3 enfants. A fait une augmentation mammaire. Rencontrée à Trento, Italie, 2009]*

> *« Depuis la primaire, j'ai eu droit à des petites réflexions comme « Dumbo » ou « le lapin aux grandes oreilles » (...) il manquait une pliure au niveau de l'oreille. Cette pliure-là, je ne l'avais pas ! Et donc l'oreille ressortait ! Et donc j'avais toujours cet effet d'oreilles d'elfe[218] ! (...) Alors que mes frères, par contre, avaient plutôt les oreilles en chou-fleur»*
>
> *[Christine, française, 20 ans, célibataire. A subi une otoplastie. Rencontrée à Strasbourg, France, 2012]*

Dans les ouvrages sur la chirurgie esthétique destinés au grand public, y compris ceux écrits par des chirurgiens, on trouve ce type de références pour désigner les défauts de la silhouette: *culotte de cheval* pour les femmes ou *poignées d'amour* pour les hommes ; seins comme des *gants de toilette*, en *pommes* ou en *poire* (Amri, 2009, 150) ; mamelons rentrés ou invaginés décrits comme une *montagne décapitée,* une *maison sans toit* ou *découronnés de leurs dômes* ; mains desséchées comme des « *fleurs de cimetière*; cou de *dindon;* cou de *colombe;* cellulite donnant l'effet d'une *peau d'orange; bananes* fessières. Les appellations des défauts du visage ne manquent pas non plus d'imagination : rides du *lion* (intra sourcilières) ; *pattes d'oie* (autour des yeux); « ces vilaines rides qui viennent peu à peu *griffer* notre peau »; *flétrissement* de la peau; oreilles en *feuilles de chou*; *desquamation* de la couche cornée de l'épiderme qui renvoie à l'effet d'*écailles de poisson*; menton en *galoche*, etc. La liste est longue !

Le chirurgien esthétique requiert du candidat une description précise du défaut et de la gêne occasionnée. Par exemple, concernant le nez, il lui est demandé de spécifier si celle-ci est fonctionnelle ou esthétique (ou les deux), s'il souhaite une intervention sur les narines, la pointe, la bosse, la proéminence du nez, l'asymétrie, une réduction ou un ajout du volume, etc. Il s'intéresse aussi à l'impact qu'a le défaut esthétique sur la vie quotidienne du patient, son estime de soi, sa relation avec les autres. Il est attendu du candidat de se montrer

218 Créature légendaire de la mythologie nordique, représentée souvent avec de grandes oreilles qui ressortent des cheveux.

psychologiquement équilibré, apte à prendre la décision de se faire opérer. Le praticien va établir un diagnostic en « négatif », en s'assurant que le candidat ne souffre pas de troubles psychiques (p. ex. dépression, psychose, schizophrénie). A cet effet, il le questionne sur la prise régulière de médicaments (antidépresseurs, des antipsychotiques) et il est attentif à son langage non verbal, à une tristesse apparente ou au contraire un enthousiasme excessif. Le cas échéant, il le réorientera vers un psychologue (ou un guérisseur, comme le fait parfois le Dr Singer). Le chirurgien esthétique refusera de prendre en charge un candidat dont il ne comprend pas la demande :

> *« Le problème c'est quand le chirurgien ne comprend pas la demande et surtout s'il ne trouve pas la demande normale, logique. (...) Si vous avez un très joli nez et vous venez me voir pour une septo-rhinoplastie esthétique, je vais refuser. (...) Quand une demande porte sur un élément qui paraît parfaitement naturel et que la discussion montre que le patient a une vision qui en est fausse, il ne faut pas l'opérer. (...) Il faut toujours demander au [potentiel] patient ce qui le gêne. Et s'il n'y a aucun rapport entre ce que dit le patient et ce que constate le chirurgien, on ne peut pas opérer. (...) Il y a une autre complication (...) Si les patients attendent, de toute évidence, beaucoup trop des interventions, notamment ceux qui viennent vous dire que leur nez leur a empoisonné l'existence depuis toujours... [Par exemple] Les patients qui ont, entre vingt et trente ans, pas de travail, mariés, mal-mariés ou divorcés (...) ils attendent que l'opération change de leur vie! Ça, c'est une contre-indication absolue, parce qu'on n'est certainement pas responsables de leur vie et que ce n'est pas en changeant leur nez que leur vie va changer! Oui, si quelqu'un change son nez, effectivement, ça va être plus facile pour lui, il va peut-être effectivement se trouver transformé. Mais associer son destin à son nez, ça c'est fou! Et ça, c'est une contre-indication! »*
>
> *(Entretien avec le Dr Grubers, Alsace, France,2012)*

Pour le praticien, il est également important de se faire une idée de l'environnement du candidat, voir s'il n'est pas influencé par un conjoint, ou par un parent. Dans son discours, il valorise le bien-fondé d'une intervention faite « pour soi-même » et décidée en toute autonomie. Néanmoins, il va lui recommander d'être « bien entouré », par des personnes bienveillantes qui le soutiendront pleinement durant la période postopératoire.

Dans cette dynamique d'échange, l'opérabilité du candidat est donc établie par une analyse de l'ensemble des éléments recueillis. Parfois, il arrive que le praticien refuse de l'opérer, parce qu'il s'avère que le moment n'est pas propice. Le candidat vit peut-être une période familiale ou professionnelle délicate et l'intervention provoquerait un stress supplémentaire, épuisant pour le candidat. Parfois aussi, les chirurgiens sont réticents à intervenir sur une partie du corps déjà « touchée » par un autre spécialiste. Cette réserve

relève à la fois d'un enjeu territorial,[219] mais aussi d'une précaution technique, car il est toujours plus complexe d'intervenir sur un tissu cicatriciel. Sans compter que les candidats qui s'adressent successivement à plusieurs médecins sont souvent regardés avec méfiance, car susceptibles de présenter une fragilité psychique.

Examen physique et identification du défaut esthétique

Au moment de l'examen clinique, qui se passe généralement dans une salle dédiée, le toucher du chirurgien et son regard attentif sur le corps du candidat visent à comprendre la portée du défaut et à définir son « opérabilité » technique.

> *« Le Dr Ayed est en train d'examiner la patiente, elle touche le corps délicatement d'abord, puis elle prend à pleines mains la graisse entre les cuisses, comme si elle voulait l'isoler du corps, et envisager la forme de la jambe sans l'amas de graisse qu'elle tient dans les mains. Enfin, elle accomplit des gestes comme des caresses sur cette partie du corps »*
>
> *(Extrait des notes de terrain, auprès du Dr Ayed, Alsace, France, 2015).*

Lorsqu'il constate que la partie du corps indiquée par le candidat comporte une anomalie évidente et améliorable, le praticien nomme, par un terme scientifique, le défaut esthétique, envisagé désormais comme élément pathogène : *ptôse* (relâchement), *hypertrophie* (volume excessif), *hypotrophie* (volume insuffisant). Par exemple, on parlera de ptôse des seins pour désigner des seins qui tombent, allongés vers le bas. Grâce à la dénomination scientifique du défaut, le chirurgien isole la caractéristique physique, déclarant ainsi son étrangeté et son caractère pathologique. À cette étape, il sera également vérifié que le candidat n'est pas porteur de maladies métaboliques (diabète, anémie, troubles cardiaques, hypertension, etc.) ou que celles-ci pourront être régulées avant l'opération ; ces questions seront aussi abordées avec l'anesthésiste. Le candidat ne devra pas être en surpoids ni fumer, car ces deux facteurs pourraient entraîner des complications, comme un saignement excessif ou une cicatrisation difficile.

Techniques de projection du résultat

219 L'organe opéré est perçu parfois comme le « territoire » du chirurgien, marqué par sa manière d'opérer et de suturer. Cf. le cas extrême du chirurgien Simon Bramhall en Angleterre (2013), qui a signé le foie de son patient avec ses initiales. <https://www.lexpress.fr/actualite/monde/europe/un-chirurgien-juge-pour-avoir-grave-ses-initiales-sur-le-foie-de-ses-patients_1968930.html> consulté le 31/5/2021.

De retour au bureau de consultation, l'échange se poursuit. Le praticien propose des projections du résultat qui pourrait être obtenu, en fonction des goûts du candidat et des techniques que lui-même maîtrise. À ce stade, il est essentiel de parvenir à une compréhension réciproque et que la confiance du candidat à l'égard de l'expertise du praticien s'établisse. Il se joue alors une négociation entre les deux acteurs : le candidat vient avec une idée précise de ce qu'il voudrait obtenir et le praticien s'exprime sur ce qu'il peut faire pour donner satisfaction au candidat. De fait, la réussite thérapeutique en chirurgie esthétique s'associe toujours à la satisfaction éprouvée par le patient à l'égard du résultat obtenu.

Pendant la consultation, praticien et patient confrontent subtilement leurs visions du monde, leurs critères du sain et du pathologique, du beau et du laid, de l'élégant et du vulgaire. L'expression orale ne parvenant jamais à rendre compte parfaitement des résultats concrets pouvant être obtenus, le praticien s'appuie sur des formes métalinguistiques de projection du résultat, notamment la photographie. Il montre des photographies « d'avant » et «d'après » de patients précédents. Celles-ci illustrent, comme un « catalogue », les différents types de morphologies et de techniques utilisées pour créer un certain type de résultat. Ou encore, parfois à la demande du chirurgien, le candidat apporte lui-même des photographies (ou images) d'un modèle « idéal » pour mieux exprimer ce qu'il attend.[220] Une autre approche encore est l'utilisation par le chirurgien de photographies du candidat dont il modifie les contours au feutre. Cette technique a été répertoriée et analysée par Isabelle Faivre (1976, 245) qui voit cet usage de la photographie comme une matérialisation de la forme du sujet en « dehors de lui-même ». Relevant du « domaine du symbole », affirme Faivre, cette pratique montre des analogies avec les « pratiques contemporaines de sorcellerie » (*idem*).

> « Le chirurgien redessine cette image, propose des formes, suscite un choix, instaure en quelque sorte un nouvel ordre. (…) Cet usage de la photographie n'est pas sans quelque point commun avec ce que S. Tomkievicz appelle un 'photodrame' (…) »
> (Faivre, 1976, 245).

Le dessin du praticien, que ce soit sur la photographie du patient, une feuille blanche ou un calepin, vise à expliquer au candidat les perspectives du changement (la forme qui change), mais aussi l'emplacement des cicatrices.[221] Ce dessin reste volontairement sous

---

220 Le propos du chirurgien n'est pas de promettre au patient qu'il pourra obtenir le nez, la bouche ou le visage « idéal », mais d'avoir une indication approximative du « modèle » de nez auquel le patient aspire.

221 Information très importante que soulignent les chirurgiens, car les patients n'en sont pas toujours conscients. La cicatrice peut-être plus ou moins étendue, de différents types, selon chaque organisme. La cicatrisation est un processus imprévisible et les chirurgiens redoutent la cicatrice quéoloide, très épaisse et impossible à réduire, gênante et inesthétique.

forme d'esquisse non aboutie et imprécise, car la projection doit rester imprécise. Ce dessin ne sera jamais remis au patient, mais sert uniquement à appuyer l'explication orale du praticien.

Dans le cas de l'augmentation mammaire, le praticien met entre les mains du patient les prothèses pour lui permettre d'en appréhender le volume, le poids, la texture, voire même de les essayer en les positionnant dans un soutien-gorge porté par le candidat. Le Dr Buenaventura a une technique particulière : lorsque quelqu'un demande une grande taille de prothèses mammaires, il invite la personne à prendre une prothèse et à essayer de la faire entrer dans une poche de son pantalon. En cas d'insuccès, il dit : « Je ne peux pas prévoir la taille que je vais mettre, cela dépendra de l'espace que je trouverai dans votre poitrine, ce sera probablement un bonnet C ou D ».[222]

Il faut constater que, malgré l'investissement technologique de certaines marques qui proposent désormais des logiciels de *morphing* (projections de résultats modifiant l'image du patient), peu de praticiens y ont recours. Ils trouvent que ces logiciels proposent des projections trop précises, qui ne correspondent pas aux résultats pouvant être obtenus par la chirurgie. Ne pas avoir recours à ce type de projections permet au praticien de « tester » le candidat et de vérifier si celui-ci est prêt à lui faire confiance, condition fondamentale pour qu'il l'accepte en tant que patient. Le Dr Martinez s'en explique :

> *« Un résultat ne va jamais être comme celui de l'ordinateur. Il y a différents facteurs qu'influencent le résultat final. Tu ne peux pas prévoir comment le corps va cicatriser, tu ne sais pas s'il va y avoir une inflammation, et tout cela peut altérer le résultat. Je ne me base pas sur les promesses de l'ordinateur, non. »*
>
> *(Entretien avec le Dr. Martinez, Mexico, Mexique, 2013)*

Les représentations du résultat esthétique doivent donc rester imprécises, le résultat final étant toujours incertain, en raison de l'influence de variables biologiques imprévisibles comme la cicatrisation, une inflammation éventuelle, etc. Aussi, le pacte médical établi entre le chirurgien et le patient suppose que le premier assume sa responsabilité quant à la qualité du travail technique, et le deuxième la sienne quant à son comportement avant et après l'opération. De fait, le patient est coresponsabilité par le praticien, qui l'invite à adopter des gestes préventifs et une hygiène de vie favorisant la cicatrisation et la

222 Une manière pour le praticien de demander au candidat de lui faire confiance. Il est vrai que le Dr Buenaventura a une patientèle socioculturellement homogène, composée principalement de femmes latino-américaines habitant aux USA ; il peut prévoir plus facilement le style de modification souhaité et, généralement, il s'agit de poitrines opulentes.

récupération post-chirurgicale. Censé arriver au moment de l'intervention dans une forme optimale, le patient devra prévoir des congés professionnels, une aide pour les tâches ménagères en raison du repos requis par certaines opérations (deux semaines à un mois et demi, selon les interventions), ainsi que l'achat de gaines, médicaments antalgiques, pansements spéciaux, crèmes, etc.

LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Lors de la première consultation,[223] le praticien doit informer le candidat des risques inhérents à l'intervention et à l'anesthésie : décès, complications, défiguration, paralysie. Chaque intervention comporte ses propres risques et la feuille informative remise au candidat, nommée « consentement éclairé », est spécifique à chaque opération.[224] Légalement, le praticien est tenu de la remettre au plus tard quinze jours avant l'opération, délai de réflexion imparti par la loi. Cette feuille sera signée devant le praticien, avant l'intervention. Certains prennent des précautions complémentaires, car ils ont constaté que les patients, bien que censés prendre acte des risques opératoires, n'attachent pas l'attention nécessaire à l'information qui leur est remise. Aussi, le jour précédent l'intervention, le Dr Buenaventura a pris l'habitude de filmer les déclarations de ses patients. Pour attester qu'ils ont bien pris conscience des risques opératoires et qui les acceptent, ce dernier leur répète à plusieurs reprises : « La cicatrisation dépend de vous, non de moi, c'est entendu ? », ou bien « Vous allez constater des améliorations, mais vous n'atteindrez pas la perfection ! Répétez cela ».

Tout ce protocole d'information sur les risques et les contraintes liés à une opération, obligation dont doivent s'acquitter les chirurgiens, contribue à désenchanter un processus médical souvent banalisé par les patients, en raison du caractère esthétique de cette médecine. Il est toutefois dans l'intérêt des praticiens d'y veiller scrupuleusement, afin d'éviter aux patients des traumatismes psychologiques, des ressentiments, ou encore des plaintes contre leurs chirurgiens, ce que ces derniers ne souhaitent évidemment pas.

223 La première consultation est en général la seule avant l'intervention, même si certains praticiens acceptent de s'entretenir plusieurs fois avec le patient, notamment en cas de doute sur sa stabilité émotionnelle ou pour le rassurer.

224 Des exemplaires sont visualisables en annexe de ce manuscrit.

PRIX, PAYEMENTS ET CADEAUX

Dans le secteur libéral, les interventions de chirurgie esthétique sont entièrement à la charge du patient qui doit payer directement le praticien. Les modalités de règlement sont à la discrétion du praticien : certains demandent un acompte avant l'intervention, le solde étant versé ensuite, d'autres ne demandent à être rémunérés qu'après, d'autres encore acceptent un règlement en plusieurs mensualités, notamment dans le cadre d'un prêt par une banque. Les tarifs d'une chirurgie esthétique peuvent s'élever à plusieurs milliers d'euros.[225] Le prix des interventions fluctue notamment selon le choix de la clinique où le patient souhaite être opéré. Les honoraires du chirurgien ne sont pas le plus coûteux, mais plutôt la location de l'infrastructure nécessaire - bloc opératoire, personnel, chambres de récupération -, comme nous l'avons vu précédemment. Les chirurgiens mexicains se fournissent en prothèses et en matériels chirurgicaux depuis l'étranger, car il n'existe localement aucune usine de production de prothèses ou autres matériaux spécifiques à la chirurgie esthétique. Cette situation entraîne, pour les praticiens mexicains, une variabilité des coûts selon la fluctuation du dollar, et s'ils ne souhaitent pas augmenter leurs tarifs, ils doivent parfois diminuer leurs honoraires.

Cette problématique financière n'est pas aisée à traiter sur le terrain. Lorsque je l'ai abordée, ce ne fut pas sans difficulté, sentant que cette question relevait d'une forme de confidentialité et renvoyait aussi à un stigmate de la profession. J'ai reçu le plus souvent des réponses évasives, comme « les prix sont sur internet », « voyez cela avec la secrétaire ». Il n'a pas été facile d'avoir accès aux tarifs propres à chaque chirurgien et, sur internet, ces informations sont très rarement communiquées. Les praticiens adaptent parfois leurs tarifs aux patients qui demandent plusieurs interventions en même temps ou les réduisent, voire en font « cadeau » à ceux qui sont les plus fidèles, ou même encore, mais c'est très rare, des remises durant des périodes particulières.[226]

Parfois, les praticiens affichent leurs honoraires dans la salle d'attente. En voici un exemple :

---

225 Une des interventions les plus chères dont j'ai eu connaissance est un forfait de 10 000 dollars américains pour une liposuccion et une lipostructure, avec passage en chambre hyperbare et trois nuits de séjour en clinique, dans la clinique du Dr Buenaventura, à Tijuana. Ce même médecin se faisait payer de 300 à 500 dollars pour une série d'injections de toxine botulique. Le Dr Buenaventura demandait à ses patients venus des États-Unis de le payer en dollars, ce qui l'avantageait, au même titre d'ailleurs que tous les autres propriétaires de commerces de cette région frontalière.

226 J'ai été invitée, par le Dr Perez, à une fête de Noël à laquelle participaient ses patientes les plus fidèles, nous avons échangé les vœux et ensuite, avons participé à un tirage au sort permettant à certaines de gagner des interventions.

« Les Honoraires de votre médecin.
Le Dr Grubers, médecin conventionné, autorisé à pratiquer des honoraires supérieurs à ceux fixés par la convention. Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'assurance maladie. Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous informer. Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. Si vous bénéficiez de la couverture médicale universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie ».
Fourchette d'honoraires: consultation de 25 à 92 euros.
Actes (si hors nomenclature):
Implants mammaires : 4 500 euros. Après accord CCAM, 271,58 euros remboursés par la Sécurité sociale
Otoplastie : 750 euros et 162,16 remboursés par la Sécurité sociale
Circoncision : 250 euros pour un enfant et 350 euros pour un adulte, dont 74,46 euros remboursés par la Sécurité sociale.
Sur une autre affiche était écrit, au milieu d'un cadre, « Membre d'une association agréée acceptant à ce titre le règlement des honoraires (?) libellés à son nom.»

[Extrait de journal de terrain auprès du Dr Grubers, Strasbourg, France, 2012]

Selon les praticiens interviewés, les honoraires demandés sont définis sur la base de critères communs, les prix ne varient donc que de manière minime d'un praticien à l'autre, dans un même pays. Il faut rappeler que certaines interventions de chirurgie plastique, celles relevant de la chirurgie reconstructive, peuvent faire l'objet d'une participation financière par la Sécurité sociale, même si elles sont réalisées dans le secteur privé. Le praticien engage alors une demande auprès de la Sécurité sociale, et le candidat doit consulter un « médecin-conseil », pour confirmer que le défaut est suffisamment « grave » pour bénéficier d'une prise en charge.

En chirurgie esthétique, la dimension commerciale est souvent mise en cause. Les chirurgiens esthétiques sont accusés d'ignorer les limites déontologiques censées exister dans la relation médecin-patient et de privilégier « l'argent, l'exercice d'un pouvoir de création et l'établissement de logiques de séduction/admiration » (Nahon, 2007, 20). Sans aucun doute, il existe des praticiens motivés principalement par l'argent, mais il ne semble pas réaliste d'affirmer qu'ils seraient plus nombreux en chirurgie esthétique que dans n'importe quelle autre profession libérale. Certes, comme nous l'avons évoqué, l'image du chirurgien plasticien mondain et « commerçant » s'est beaucoup affirmée dans les médias à partir des années 80 et 90. Mais ce stéréotype stigmatisant reflète-t-il la réalité de terrain ? D'un point de vue anthropologique, il semble plus intéressant de s'interroger sur la valeur symbolique que revêt la transition financière en chirurgie esthétique.

Efficacité symbolique du payement et cadeaux

Lors de mes enquêtes sur les modalités financières pratiquées en chirurgie esthétique, certains praticiens ont souligné le lien qu'ils avaient constaté entre le paiement et le renforcement de l'efficacité du traitement médical :

> *« Les psychiatres l'ont bien compris ça ! (silence) l'investissement dans le traitement dépend aussi de l'investissement [économique] que vous allez faire ! Donc, on parlait de la TVA tout à l'heure, mais vous, en France, quand vous allez voir un docteur, c'est gratuit ! Vous ne payez pas ! La santé gratuite ne marche pas ! Il n'y a que les Français qui croient que ça marche ! (...) Et bien moi, en humanitaire, dans les pays plus pauvres de la terre, j'ai appris que la médecine, il ne fallait pas que ce soit gratuit ! Il ne faut pas ! Quand c'est gratuit, c'est que ça ne marche pas ! Parce que le patient ne met aucun investissement dans le traitement ! Et quand je suis au village, vous croyez que tout ce que je fais, je l'offre, mais je laisse croire au patient que ça coûte, je lui demande de m'apporter un poulet, un œuf, je lui demande de me faire un thé… de s'investir dans le traitement, parce que la médecine gratuite ne marche pas. Parce que, quand c'est gratuit, c'est facile, ça ne marche pas. Vous voyez ce que je veux dire ?*
>
> ***D'accord. Mais cela est-il vrai, partout ?***
> *Partout ! Vous mettez deux pots de crème, l'un a vingt euros, l'autre à cent euros. Vous demandez à une femme quel prix elle est prête à payer pour une crème qui la rajeunit, qui lui donne une belle peau ? La femme la plus pauvre va acheter le pot à cent euros. Et pourtant ce sont les mêmes molécules ! Aujourd'hui, même en période de crise, le marché du luxe marche. Pourquoi ? Parce qu'on vend du rêve ! On vend quelque chose d'invisible ! Aujourd'hui, dans le traitement, l'investissement du patient, c'est de l'invisible ! En Afrique, quand ils sont traités par un docteur blanc, ils pensent qu'ils vont guérir. Il suffit que je leur parle, ils sont déjà guéris ! Alors qu'un médecin noir, il est moins bon. Vous voyez ce que je veux dire ? Donc, pour répondre à votre question, le traitement est plurifactoriel. La maladie a plusieurs origines, donc le traitement doit aussi être plurifactoriel, c'est-à-dire qu'il doit jouer sur le visible et aussi sur l'invisible, c'est ce qu'on appelle la psychologie, l'effet placebo, voire le marketing ! Parce que, quand je vois les patients et que je leur propose une intervention qui n'est pas assez chère, ils se disent, il n'est pas cher, parce qu'il n'est pas bon ! Tel docteur est plus cher ! Ah ! C'est plus cher, mais il doit être bon, c'est cher, donc il est bon. Bah oui ! C'est l'investissement que met le patient ! Et ça, c'est l'invisible. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Singer, Paris, France, 2015)*

Le Dr Cournet partage cette réflexion, en constatant que les patients ayant subi une intervention au tarif élevé étaient plus enclins à remercier le praticien et à lui apporter des cadeaux, indice pour lui de leur satisfaction et de leur reconnaissance.

> ***« Vous est-il arrivé de recevoir, de la part des patients, autre chose que de l'argent pour vous remercier ?***
> *Ah des cadeaux ! Oui, on en a souvent, oui, oui. Curieusement, en privé où je prends de bons honoraires, je reçois des cadeaux ! À l'hôpital, où je fais tout gratuitement, j'ai très peu de cadeaux ! Mais c'est classique ! C'est pour ça que, le tiers payant, on parle du tiers payant, ce serait une catastrophe nationale ! En fait, les gens ont besoin de payer pour vous respecter. Il ne faut surtout pas faire du tiers payant ! Les gens ont besoin de vous respecter et, en vous payant, ils vous respectent, vous voyez ? Quand c'est complètement gratuit… C'est connu par les psychologues*

depuis longtemps ! La psychothérapie marche mieux quand vous payez ! Et donc, c'est pour ça qu'un médecin, ça ne doit pas être gratuit !

Donc vous pensez que c'est vraiment lié à l'efficacité de … à la satisfaction ?
En tout cas, c'est une constatation ! Moi, les opérations de reconstruction, je les fais aussi bien à l'hôpital qu'en privé, hein ? D'accord ? Et à l'hôpital, de temps en temps, j'ai un cadeau, mais c'est marginal, alors qu'en privé… bon, ce ne sont pas des grandes choses, des petites choses pour me faire plaisir, mais alors qu'ils ont déjà payé, ils sont contents, mais ils ont envie de vous faire une petite attention ! Une petite carte, je ne sais pas, des petites choses pour vous dire qu'ils sont contents, quoi. C'est… Et en fait, ce besoin fait l'équilibre ! Vous leur donnez beaucoup et.. c'est l'équilibre ! C'est une relation, une relation humaine, tout simplement hein ? C'est une attention, vous leur dites un mot gentil, c'est normal ! »

(Entretien téléphonique avec le Dr Cournet, exerçant à Lyon, France, 2015).

Le Dr Cournet explique les cadeaux que font les patients par le désir « d'équilibrer » la relation médicale, en termes anthropologiques, le besoin de réciprocité, comme l'a défini Marcel Mauss dans *l'Essai sur le don* (Mauss, 2010, 145). Certains patients satisfaits éprouvent l'envie d'offrir au praticien un cadeau symbolique exprimant leur satisfaction du service rendu. Ces cadeaux sont souvent personnalisés, culturellement ou en lien avec les professions des patients ou de leurs conjoints. Une jeune fille africaine, opérée d'une réduction des seins par le Dr Maventer, lui a offert devant moi un vêtement traditionnel appelé *boubou*.[227] Le Dr Bruder dit avoir reçu du miel de la part du mari apiculteur d'une de ses patientes, le Dr Grubers, des bouteilles d'alcool quand il travaillait à l'hôpital. Le Dr Tesador, chef de clinique en hôpital public, indique que les patients apportent « du chocolat, une bouteille de vin, comme pour les infirmiers, une petite lettre de félicitations…». Le Dr Noguès indique avoir reçu des cadeaux pour ses enfants en bas âge, ou des bouteilles de vin de la part de confrères qu'il opère gratuitement :

« J'ai surtout des cadeaux pour mes enfants ! Ouais. Je dois avouer que l'essentiel des cadeaux que je reçois sont pour mes enfants, des vêtements, des joujoux, des petites choses comme ça ! Parce que j'ai deux enfants en bas-âge et… j'en parle souvent avec mes patients, enfin, ceux que j'aime bien en tout cas ! Voilà et… c'est vrai que, je me rends compte que les gens… Mon père recevait beaucoup de vin, de stylos, des choses comme ça, c'était classique ! Et moi, je me rends compte que je ne reçois quasiment jamais rien ! Il m'arrive, de temps en temps, de recevoir de vieux chirurgiens, si vous voulez… J'ai quelques vieux patients qui sont des vieux médecins, euh, que je soigne gratuitement, parce qu'entre médecins on se soigne gratuitement. Et eux, généralement, ils m'offrent des bouteilles de vin, des choses comme ça. Mais les patientes qui ne sont pas médecins, les patientes classiques,

227 J'ai vu le Dr Maventer la serrer dans ses bras et l'embrasser pour la remercier de son cadeau. Il m'a dit ensuite que la jeune fille avait beaucoup changé après son opération, elle se tenait bien droite désormais et avait perdu son air timide (Observation de terrain auprès du Dr Maventer, hôpital de la banlieue parisienne, France, 2015).

elles, j'en ai pas mal qui m'offrent des cadeaux pour mes enfants, des jouets. J'en ai une qui m'a offert ce petit truc quoi ! Elle a fait ça elle-même. Rose, avec le nom de ma fille qui est née il y a trois mois. " Bienvenue " en rose "Noguès", voilà ! »

(Extrait d'entretien avec le Dr Noguès, Paris, France, 2015)

RÉSUMÉ

L'analyse de cette première étape thérapeutique confirme qu'en chirurgie esthétique, le praticien respecte la structure de base de la consultation chirurgicale, mais attache beaucoup plus d'importance au dialogue avec le patient et la personne qui l'accompagne. Le candidat tient un rôle actif dans l'établissement du diagnostic et dans la négociation des résultats opératoires. Son agentivité s'exprime dans sa démarche auprès de différents praticiens et, surtout, dans le choix de celui qui lui inspire le plus confiance. De son côté, le praticien choisit les candidats pour lesquels il ressent de la sympathie et dont il pense gagner plus facilement la confiance. La première rencontre entre les deux acteurs détermine la décision de chacun et leur entente mutuelle. Cette « résonnance sympathique » basée sur des critères subtils, comme la compatibilité des personnalités, mais aussi leurs goûts, témoigne du rôle joué par la proximité socioculturelle sur le rapprochement sympathique des individus (Bourdieu, 1979). Nous observons ainsi que, si les différents acteurs partagent les mêmes référents socioculturels, ils parviennent plus facilement à s'entendre sur le résultat souhaité de l'opération. En chirurgie esthétique, la nécessité de satisfaire le patient rend indispensable le rapprochement des deux parties. Aussi, il existe des circonstances favorables au développement des malentendus, par exemple quand le candidat et le chirurgien n'appartiennent pas à une même culture ou à un même groupe social de référence (Carpigo, 2015).

Pour sa part, avant de s'engager auprès du candidat, le praticien doit savoir évaluer, selon différents critères jugés par lui essentiels, la demande. En premier lieu, il s'intéresse à l'histoire clinique du patient dans ses dimensions physique, psychologique et relationnelle. À cet égard, il évalue son état de santé, la maturité de sa réflexion et de sa décision et si le moment est propice au regard de sa biographie.[228] Le refus de prise en charge des candidats problématiques est déterminé par la probabilité de réussite de l'intervention. Si le chirurgien

228 L'anthropologue Véronique Moulinié avait déjà souligné le lien entre un événement biographique et la nécessité culturelle d'imprimer ce passage sur le corps (2003). Pour ce qui concerne la chirurgie esthétique, cette observation n'a pas été systématisée, mais des auteurs comme Isabelle Faivre en avaient ébauché l'analyse dans ces termes (1989).

estime que l'opération pourrait bouleverser la vie du patient bien au-delà de ce que celui-ci pourrait endurer, il refusera la demande.

Lors de l'examen physique, le corps du candidat est examiné visuellement et tactilement. Le praticien touche et palpe le défaut, le nomme avec un langage scientifique, ce qui à légitimer les représentations du candidat. Il accomplit ainsi une matérialisation symbolique de ce défaut et l'inscrit dans une catégorie pathologique d'altérité. Cet acte de dénomination scientifique du défaut esthétique donne au chirurgien la légitimité d'opérer un corps sain. L'appellation scientifique du défaut permet aussi au candidat de voir reconnue la souffrance qu'il attribue au défaut et par conséquent de se sentir accepté comme malade, donc comme patient. On se doit de préciser qu'un chirurgien esthétique intègre n'invente pas le caractère pathologique d'une partie du corps du candidat ni ne l'impose de manière arbitraire : il adhère aux représentations du patient qui désigne cette partie morphologique comme un défaut le faisant souffrir. Dans ce sens, la relation entre les deux acteurs en chirurgie esthétique s'apparente à une collaboration où le candidat fournit le diagnostic et le praticien vérifie que les critères sont réunis pour que l'intervention apporte un bénéfice.

Une analyse plus approfondie des représentations de ce qu'est un défaut esthétique s'impose, mais exigerait un travail de recherche plus exhaustif et systématique auprès des patients de la chirurgie esthétique. Un rapide passage en revue de leurs récits -issus des recherches précédentes au doctorat- montre que les termes qu'ils utilisent pour définir leurs défauts renvoient à une altérité non humaine (p. ex. des objets inanimés, des animaux). Le chirurgien esthétique est donc appelé à résoudre cette anomalie, qui apparaît comme une sorte de « possession » par des éléments étrangers au corps humain, suscitant chez la personne un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de son corps et de son apparence. Les réflexions de l'anthropologue Francesco Remotti trouvent ici toute leur pertinence. Cet auteur analyse les pratiques esthétiques comme des activités *anthropopoiétiques*, de façonnement et de modelage de l'humain (Remotti, 2003, 2006, 2013, 2018). Dans cette perspective, la chirurgie esthétique a un rôle anthropopoiétique, car elle contribue à inscrire, sur l'apparence du corps, des signes d'appartenance à l'humanité au sens restreint, d'un groupe humain de référence, et cela n'est possible que par une désincorporation des traits incompatibles avec ce modèle conventionnel.

Le processus de projection des résultats implique une confrontation verbale, mais aussi métalinguistique entre les acteurs, passant à la fois par le dialogue et la présentation d'images par chacun. Le candidat montre celles de modèles idéaux, le praticien des photographies d'anciens patients. Les corrections apportées par le chirurgien sur la

photographie du candidat restent volontairement imprécises, mais suggèrent la transformation qui peut d'ores et déjà se dessiner dans l'esprit du patient.

La négociation du résultat de l'intervention ne peut avoir lieu que grâce à la mise en scène mutuelle, codifiée et structurée, des attentes propres à chacun.[229] À cet effet, le chirurgien utilise des photographies, dessins ou logiciels comme supports métalinguistiques pour traduire les discours sur les représentations subjectives. La signature du « consentement éclairé », nommé aussi contrat de « reconnaissance mutuelle »,[230] établit un véritable pacte médical, basé sur la confiance et l'acceptation des risques inhérents à l'acte de soin. C'est donc grâce à l'étude préalable et concertée des risques et des bénéfices liés à l'intervention médicale que l'alliance thérapeutique peut s'établir et trouver tout son sens.

C'est l'évaluation de l'ensemble de ces facteurs qui déterminent l'acceptation ou le refus du candidat en tant que patient.[231] Si le praticien considère qu'une entente est possible, et que le candidat lui fait confiance, il l'accepte comme patient. Cet accord se concrétise par la fixation d'une date pour l'intervention, fixée nécessairement après les quinze jours de délai de réflexion prévus par la loi.[232] Cette première étape de la consultation terminée, le processus thérapeutique peut alors commencer. Ce pacte médical est vécu comme le lancement d'un service qui sera réalisé par le chirurgien et payé par le patient. Néanmoins, ce dernier tient parfois à offrir un cadeau au praticien, confirmant ainsi qu'au-delà de la prestation de service, un lien s'est noué entre les deux acteurs. Comme le confirment les praticiens, ce lien peut aller jusqu'à une amitié qui transgresse la froideur et la distance attribuée habituellement aux chirurgiens.

Selon les chirurgiens esthétiques rencontrés, le prix des interventions serait proportionnel à la valeur attribuée au praticien (plus le praticien est cher, meilleur il est). Son acceptation par le patient traduirait donc son investissement dans l'acte chirurgical. Toutefois, réduire l'efficacité thérapeutique à l'importance des moyens financiers investis par le patient me semble quelque peu réducteur. L'attitude du chirurgien, la qualité de son travail opératoire, l'ambiance dans laquelle le patient a vécu l'opération, le soutien de ses proches, la

229 Reste à éclairer la valeur conjuratoire du dialogue préopératoire, où sont mises en œuvre des stratégies « ritualisées » pour éloigner les facteurs qui pourraient nuire à la réussite de l'objectif thérapeutique, et donc à la satisfaction du patient. Un complément intéressant à cette réflexion est fourni par l'ouvrage de R. Bordes, DIRE LES MAUX. Anthropologie de la parole dans les médecines du monde (2011).

230 En 1996, en France, le Dr Pierre Nahon a proposé l'instauration d'un accord entre patient et chirurgien : l'ARM (Accord de Reconnaissance Mutuelle), reconnu est rendu obligatoire en 1997 par la Cour de Cassation (Nahon, 2007, 16).

231 Le candidat est celui qui demande à être pris en soin. Jusqu'au rendez-vous opératoire, le candidat à la chirurgie n'a pas le statut de patient.

232 Ce délai peut néanmoins être allongé, à valider selon les praticiens, leur disponibilité, la connaissance préalable du patient, etc.

bienveillance du personnel médical sont des facteurs essentiels à la réussite thérapeutique. Tous ces facteurs convergent pour favoriser la réussite thérapeutique qui donnera satisfaction au patient.

3.3 DEUXIÈME ÉTAPE : L'INTERVENTION

Le moment de l'intervention correspond à la deuxième étape du processus de changement d'apparence en chirurgie esthétique. Celle-ci peut avoir lieu suite au dialogue eu avec le candidat, son information des risques opératoires, et la préparation de la convalescence postopératoire. À la suite de la consultation préopératoire, le praticien ne revoit le patient que le jour de l'intervention, directement à la clinique.[233] De son côté, le patient, après avoir gagné sa chambre, souvent accompagné par un proche, est soumis au protocole habituel en chirurgie avant une intervention : jeûne de huit heures minimum, prise d'une douche désinfectante à la Bétadine, déshabillage et port d'une chemise d'hôpital, visite du chirurgien. Ce dernier le fait se lever, se déshabiller et avec un appareil numérique ou un smartphone prend les photos qui serviront de preuves pour évaluer le changement entre « l'avant » et « l'après ». Ensuite, il trace des traits au feutre[234] sur le corps du patient afin de guider ses gestes opératoires. Son souci principal est de garantir une symétrie et une harmonie générale des proportions. Pour cela, il se sert d'une règle ou d'un mètre de couturier pour mesurer de manière approximative les lignes et vérifier la symétrie des traits par rapport aux repères osseux, clavicules, hanches, épaules.

ÉTATS MODIFIÉS DE CONSCIENCE

Lorsque le patient arrive au bloc opératoire, il est endormi par l'anesthésiste plus précisément il est plongé dans un état de coma artificiel.[235] Vivre l'expérience d'une perte totale de conscience signifie pour le patient une rupture avec l'ordre précèdent, avec l'apparence d' « avant » qui doit être « oubliée ». Ce processus n'est pas sans rappeler les

233 S'il s'agit de simples injections de toxine botulique ou de produits de remplissage, voire d'une retouche chirurgicale, cela se passe au cabinet, dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire.

234 Lignes continues ou hachurées et remplissage pour indiquer les parties à enlever.

235 Lors d'une opération, le patient est relié à une machine respiratoire qui fait fonction de « poumon artificiel », tandis que la substance injectée par l'anesthésiste contient en un élément chimique, le propofol, contribuant à effacer la mémoire. Le patient est profondément inconscient, totalement insensible et entièrement dépendant des machines respiratoires et des soins de l'anesthésiste, qui le maintiennent en vie. J'ai demandé aux anesthésistes de m'expliquer l'état de conscience du patient sous anesthésie. « La conscience reste un des derniers mystères pour la science », m'a répondu l'anesthésiste du Dr Buenaventura. Différentes métaphores sont utilisées pour décrire le « départ » de la conscience et son retour « dans » le corps du patient : envol ou voyage, l'endormissement étant comparé à un séjour sur une île paradisiaque et le retour de la conscience à un « atterrissage ». L'anesthésiste présente les produits anesthésiants comme un cocktail alcoolisé (Martini ou Margarita, au Mexique), « Avec ou sans glaçons, Monsieur ? », demande l'anesthésiste au patient pour lui décrocher un sourire. Dès que le patient arrête de respirer, il est immédiatement intubé.

initiations traditionnelles analysées par Mircea Eliade, dans lesquelles le procédé anesthésiant par un narcotique est un « élément important : en Amérique, on l'obtient par l'ingurgitation de tabac, de *toloache*, de peyotl, ailleurs par des fumigations, des flagellations, des mauvais traitements, des supplices etc. Le but est de « faire mourir » le novice, de lui faire perdre le souvenir de sa personnalité première et du monde antérieur ».[236] L'anesthésie est d'ailleurs un des risques les plus appréhendés par les patients, qui se disent très inquiets à l'idée de « ne pas se réveiller », voire de « se réveiller pendant l'intervention ». Aussi, le personnel, notamment l'anesthésiste, doit savoir user d'humour pour rassurer les patients et les détendre. Au Mexique, une patiente arrivée au bloc opératoire pour subir une liposuccion est questionnée par les chirurgiens : « Comment allez-vous ? », elle répond d'une voix forte : « Quelle peur !! ». L'anesthésiste la réconforte en plaisantant : « Non… calmez-vous, je vais vous bourrer la gueule ! ». Le produit anesthésiant est effectivement souvent comparé à un cocktail en faisant allusion à ses propriétés inébriantes. L'écrivain Alex Kuczynski (2009) dans son livre autobiographique raconte sa propre expérience de la chirurgie esthétique, à l'occasion d'une liposuccion. C'est la première fois qu'elle est opérée et l'anesthésie générale l'angoisse beaucoup. L'anesthésiste inexperte n'arrive pas à trouver sa veine et ce détail l'énerve beaucoup. Elle « s'endort » tendue et effrayée et garde un mauvais souvenir de cette expérience :

> « L'infirmière m'a finalement enfoncé l'aiguille dans le conduit veineux. Elle m'a dit de compter à l'envers à partir de dix. Dix, neuf… J'ai résisté à la sensation d'être emmenée dans un océan bouillonnant, froid et obscur. J'ai essayé d'ouvrir la bouche pour crier, mais (vu que je ne la sentais plus) je ne pouvais pas la bouger. L'anesthésie générale altère le flux de molécules de sodium dans les cellules cérébrales, ou neurones, à travers la membrane cellulaire. La substance ne semble s'unir à aucun récepteur de la superficie cellulaire, ni moins influer sur la détente des neurotransmetteurs, qui envoient des impulsions nerveuses depuis les neurones ; en fait, le mécanisme exact est encore ignoré par la médecine. Et cela, c'est assez effrayant. Toutefois, les médecins savent, que quand les molécules de sodium ne parviennent pas aux neurones, elles ne viennent pas générer d'impulsions nerveuses et le cerveau devient inconscient. C'est comme un végétal qui flotte dans le bain chaud de son fluide cérébral. Sous anesthésie, le cerveau ne conserve pas de souvenirs, n'enregistre pas la douleur, et ne contrôle pas les réflexes involontaires. Même si les médecins comparent cela à un lourd sommeil, pour apaiser les peurs du patient, l'anesthésie est au sommeil comme un clapotis est à un tsunami. Durant le sommeil, certaines parties du cerveau accélèrent, d'autres ralentissent. Sous anesthésie, la perte de la conscience est diffusée et concerne tout le système nerveux central. Tout décélère jusqu'à s'arrêter complètement. (...)»
> [Kuczynski, 2009, p. 258-259]

La deuxième fois qu'elle se fait anesthésier, cette fois pour une opération de

236 Thierry Goguel d'Allondans, Rites de passage, rites d'initiation, lecture de Arnold Van Gennep, p. 51 citant M. Eliade Initiation, rites, sociétés sécrètes. Naissances mystiques. Essai sur quelques types d'initiation, Paris, Gallimard, coll. « Folio/Essais » [1959], 1994. p. 116.

blépharoplastie, elle rencontre un anesthésiste bienveillant et sympathique, qui cherche à la rassurer et la détendre par son humour. Son récit témoigne de l'influence des collaborateurs du chirurgien à l'égard du souvenir que le patient garde de son expérience chirurgicale :

> « Ce jour-là, il y avait un homme barbu, décontracté et jovial, qui faisait des blagues sur le fait que l'anesthésie m'aurait provoqué le même effet que quelques *margarita* [cocktail à base de tequila]. "Avec ou sans sel ?" m'a-t-il demandé. Sa barbe me transmettait une chaleur amicale. " Glaçons, sans sel " j'ai répondu. Cette fois-ci, je n'ai pas été comme submergée contre ma volonté par les ondes de l'océan. Je n'ai pas dû lutter. Souriante, je me suis laissé glisser dans un bain chaud et j'étais tout de suite hors service. Ce serait une méthode idéale pour mourir, j'ai pensé à ce moment : l'ignorance c'est la joie. (…) Mon corps avait moins accusé le coup que la première fois, il était peut-être en train de s'habituer ? »
> (Kuczynski, 2009, p. 258-259)

Durant le processus d'anesthésie contrôlé par le professionnel, le chirurgien esthétique est souvent présent et surveille la situation. Parfois, il s'assoit aux côtés du patient pour l'accompagner dans sa perte de conscience et lui caresse la main ou le visage. Une fois le patient « parti », endormi, le praticien procède au lavage désinfectant de ses mains et revêt le pyjama chirurgical pour démarrer l'intervention. Les outils chirurgicaux utilisés par le praticien sont souvent les siens, ceux de sa trousse, si la clinique l'autorise. Les infirmiers aides opératoires savent disposer le matériel nécessaire sur la table chirurgicale stérile. Celui-ci peut varier durant une même matinée opératoire, selon le type d'intervention, certaines requérant des instruments spécifiques. Parfois aussi, quand le chirurgien intervient sur plusieurs zones du corps du patient, le « champ opératoire » est déplacé d'une zone à l'autre du corps, suivant les consignes du praticien. Comme le remarque le Dr Ayed, les infirmiers qu'exercent en chirurgie esthétique sont moins actives que dans d'autres spécialités, l'essentiel du travail étant exécuté par le chirurgien lui-même, son interne ou son assistant. Ce praticien a dû reprendre plusieurs fois les infirmières qui bavardaient au bloc opératoire, car elles la déconcentraient pendant qu'elle opérait.

L'activité opératoire, cet acte de sculpture organique sur un corps vivant, peut durer une, deux ou trois heures selon le type d'intervention, la rapidité du chirurgien et la réponse organique du patient.[237] Lorsque plusieurs interventions sont pratiquées dans un même temps opératoire, par exemple une liposuccion et une augmentation mammaire, la durée peut être encore plus longue. À l'instar des autres types de chirurgie décrits par les chercheurs, l'intervention esthétique traverse plusieurs moments qui rythment le temps opératoire. La première incision au bistouri ou certaines manœuvres plus délicates est vécue en grande

237 Selon le saignement ou d'autres complications pouvant surgir et qui rallongent alors la durée de l'opération.

concentration et en silence, alors que durant les tâches aisées ou routinières, voire mécaniques, le chirurgien demande de la musique, fournie par les CD qu'il a choisis ou sa playlist. Généralement, cette musique est joyeuse et légère, du jazz, de la cumbia, de la musique pop. Un fond musical au bloc opératoire n'est pas un détail sans importance pour certains praticiens qui ne peuvent pas s'en passer, car cela les détend. J'ai vu le Dr Ayed demander à plusieurs reprises aux infirmières de mettre de la musique. Comme elles ne donnaient pas suite, il a réagi sur un ton assez brusque : « Soit vous mettez de la musique, soit je me mets à chanter ! ». La musique semble aider le praticien à mieux entrer dans un état de concentration, de *flow*. Nous pouvons comparer cela à un état de légère transe, voire un état de conscience modifié, car le praticien est pleinement concentré par l'action technique, tel qui le décrivait Csikszentmihályi (2000).

Techniques de suggestion hypnotique à but antalgique

Les produits volumateurs injectables, comme l'acide hyaluronique ou la toxine botulique, contiennent souvent dans leur composition un anesthésiant, mais certains patients appréhendent la douleur causée par les injections. Aussi, le Dr Buenaventura s'est formé aux techniques hypnotiques et de suggestion, qu'il applique chaque fois que possible, notamment pour les interventions qui se déroulent en ambulatoire et durant lesquelles les patients restent éveillés. Il m'a permis d'assister à une séance d'injection de toxine botulique chez une patiente. Durant tout le temps des injections, il lui a parlé sans interruption et a capté son attention en lui expliquant, à travers une histoire, le mécanisme de la douleur :

> ***« (Dr Buenaventura) Je vais vous parler de la douleur, hein? Ça va vous servir durant toute la vie. Ici, à La Jolla, San Diego, les anesthésistes ont gagné un prix pour avoir démontré que la douleur que le patient perçoit, elle est en lien avec l'attente qu'il en a. Si vous croyez que vous allez souffrir beaucoup, oui, vous allez souffrir beaucoup. Si vous croyez que vous n'allez pas sentir grand-chose, alors vous n'allez pas ressentir grand-chose. On l'a démontré de différentes manières. De différentes manières. Une très simple, très simple, si je vous dis qu'il a ici un serpent à sonnette, et un très gros ! Et qu'il va vous mordre ! Vous allez y croire, vous allez y croire. Comment est votre cœur ?***
> *-(Patiente): Désespéré*
>
> ***- Et votre pression artérielle ?***
> *-Haute*
>
> ***-Et votre transpiration ?***
> *-Abondante (petit rire)*
>
> ***-Et moi je vais faire ça, regardez, je vais par-là, et je m'en vais. Et je vous dis : regardez ! Il n'y a rien ! Et qu'est-ce qui se passe avec votre main ? Vous êtes en train de dormir ? Parce que votre corps a cru qu'il y avait un serpent à sonnettes***

et il a produit des neurotransmetteurs qui ont fait que votre cœur s'est mis à faire boum boum boum. La douleur c'est la même chose ! Si vous croyez que la douleur est ici comme le serpent à sonnette, votre corps va penser qu'il y a douleur et produire des substances qui vont vous faire ressentir cette douleur. Vous n'inventez pas la douleur, vous ressentez la douleur, parce que vous pensez que, parce qu'il y a le serpent, vous allez avoir mal. Il n'y a pas de douleur, l'aiguille est très petite ! Il n'y a pas de raison que vous sentiez de la douleur. Cela dépend de vous, pas de moi, est-ce clair ?
-Oui. C'est un bon psychologue, n'est-ce pas, le docteur ?

-Non, c'est la vérité, c'est la vérité! Maintenant, pour vous le mettre bien [injection de botox dans le front], j'ai besoin que vous fassiez ce geste, là ! Ne lâchez pas, parce que si vous lâchez, je ne sais plus où je vous l'ai mis. Si vous lâchez, je ne sais plus où je vous l'ai mis. Si vous lâchez, je ne sais plus où je vous l'ai mis. Je dois être sûr de le mettre aux bons endroits ! Ok? Détendez l'œil, relax.
(Assistante du Dr Buenaventura) : -Je vais vous allonger un peu vers l'arrière [elle régule le fauteuil]
(Patiente)- Oui!

-Maintenant, d'un à dix, à combien vous évaluez votre douleur? Un c'est peu et dix c'est beaucoup.
(Patiente) : Non, comme ça je n'ai pas mal.

-Avez-vous souffert ou pas?
-Non! Ici, un petit peu, mais seulement la piqûre, mais ça ne me fait pas mal! »

(Extrait du journal de terrain, auprès du Dr Buenaventura, Tijuana, Mexique, 2017)

Dans son discours, le praticien a usé de nombreuses répétitions, faisant appel ainsi à une technique de suggestion hypnotique avec un but antalgique.

REFORMULATIONS MORPHOLOGIQUES

L'acte de reformulation morphologique implique une effraction du corps qui peut paraître brutale. Pour exécuter une plastie du nez on doit rompre l'os pour et figer le « nouveau nez » par un plâtre ; la liposuccion implique une action de va-et-vient sous-cutané très énergique qui provoque des bleus et des hématomes ; la pose d'implants mammaires suppose une ouverture en profondeur de la poitrine, l'écartement des muscles pour pouvoir insérer les prothèses. Tous ces gestes « destructifs », visent une reconstruction successive. Parfois ce modelage s'apparente à un élagage, car ce qui excède est enlevé pour laisser transparaître et émerger la forme du corps sublimée. D'autres fois, des produits volumateurs, de la graisse ou des prothèses, sont ajoutés afin de donner plus de volume aux morphologies considérées en manquer. Pendant tout ce processus de remodelage qui s'accomplit au bloc

opératoire, le praticien se soucie que le résultat soit harmonieux et symétrique, de face comme de profil.[238]

À ce moment, le chirurgien n'est plus en relation avec le patient, mais seulement avec son corps, qui est envisagé comme une matière organique à sculpter. Le chirurgien prend alors de la distance du patient-personne, ce que Michel Caillol décrit comme une sorte d'*épokhè*, à savoir une suspension du jugement.[239] Cette *épokhè* induit parfois à une hyper-identification empathique à la chair opérée, au corps même du patient. Le récit du Dr Caballos va dans ce sens. Ce dernier choisit délibérément des techniques moins agressives et plus respectueuses de l'organisme qu'il pénètre, car il s'identifie avec la chair même qu'il opère :

> *« Le médecin qui est en train d'opérer, s'il a [ressent] une vraie empathie, s'il se met psychologiquement en état de le [le corps] comprendre, il arrive à être une partie de lui... C'est une communion, être dans la zone où tu es en train d'opérer, tu te trouves en elle ! Moi, quand j'opérais, je voyais tout microscopiquement dans mon esprit. Quand je coupais... je voyais que j'avais coupé des milliers de cellules ! L'électrocautère que souvent on utilise pour couper (...) pour décoller la peau... moi, je ne l'ai jamais utilisé de cette manière. Parce qu'il brûlait toute la zone autour (...) Alors je suivais [le plan anatomique] à l'ancienne, avec mon couteau, avec mes pinces, avec le doigt.*
>
> ***Avec le doigt ?***
> *Oui. Il y a le plan vasculaire, qui s'appelle aponévrose, quand tu le trouves, tu décolles [les tissus] avec la main... Je ne laissais pas de drain, mes patients ne saignent pas ! Bon, ils saignent de manière normale. Le niveau de soin que tu apportes au patient, c'est la clef de tout ! L'amour... l'empathie. C'est se mettre dans sa tête [du patient], dans son corps, dans tout son être. S'imaginer, vivre, sentir ce que tu es en train de lui faire ! Cela est la clef pour chaque médecin. Il arrive un moment où il n'est plus ton patient ! C'est ton autre toi-même ».*
>
> *(Entretien avec le Dr Caballos, Tijuana, Mexique,2017)*

Lors de cette reformulation morphologique, le matériel organique extrait du corps du patient (peau, chair, graisse) est systématiquement pesé, et envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Le rapport final -rédigé systématiquement à la fin de toute intervention- devra indiquer combien de graisse ou de peau a été enlevée pendant l'intervention et le nombre de compresses imbibées de sang utilisées. Tout déchet contaminé doit être éliminé dans des

---

238 Une fois, dans le cadre d'une réduction mammaire, j'ai été invitée à donner mon avis sur la symétrie des seins. Cela n'est pas aisé, car la perspective du corps allongé rend difficile la vision d'ensemble, raison pour laquelle le chirurgien fait parfois relever le corps de la patiente pour mieux juger le résultat de l'intervention.

239 « [Le chirurgien doit] limiter volontairement le champ de sa perception (et de sa conscience) au seul objet qu'est devenu son malade. Il s'agit d'une épokhè, du grec « suspension », qui correspond en effet à une suspension volontaire du jugement. En cas de difficulté ou de complication, il faut de la même manière que notre chirurgien puisse s'extraire du monde ambiant, qu'il en oublie presque qu'il est dans un bloc opératoire avec la responsabilité d'un sujet. » (Caillol, 2010, 8).

poubelles spéciales qui suivent un circuit spécifique. Néanmoins, parfois le matériel organique extrait du corps du patient est gardé de côté pour être réinjecté à un autre endroit du même corps. Il s'agit du procédé de lipostructure pour lequel la graisse, aspirée par liposuccion, est conservée pour être réinjectée après avoir été purifiée par centrifugation (Carpigo, 2016a).

L'intervention s'achève avec les points de suture, qui doivent être faits dans les règles de l'art. En chirurgie esthétique il est fondamental de savoir réaliser une belle suture qui favorisera une cicatrisation lisse qui s'effacera avec le temps. L'emplacement de l'incision est donc étudié pour créer une cicatrice aussi peu visible que possible. On incise donc dans les plis naturels de la peau pour dissimuler les incisions, ou en zigzag, une méthode qui permet à la peau de cicatriser plus rapidement, dans le cuir chevelu pour un lifting, à l'intérieur du nez, ou à des endroits cachés par les sous-vêtements ou le maillot de bain pour une lipectomie ou un lifting du corps.

RÉSUMÉ

En chirurgie esthétique, dans le processus de changement, la performance opératoire est un moment crucial, car elle implique la « destruction » des morphologies et leur reformulation. Ces gestes physiquement destructifs sont symboliquement chargés, car « effacer » les défauts esthétiques, efface aussi symboliquement le sentiment d'affectation incarné dans ces défauts. Cette destruction symbolique du « vieux corps » s'accompagne d'une reformulation morphologique pensée par les chirurgiens comme un équilibrage, ou une harmonisation et une sublimation de l'apparence. Sans destruction des défauts esthétiques, il ne serait pas possible d'inscrire un nouvel ordre morphologique. Comme nous le rappelle l'anthropologue Francesco Remotti, l'action anthropopoïetique garde en soi une certaine « violence » symbolique même si elle n'est pas ressentie comme telle par les acteurs qui y participent :

> « (…) dans tout modelage – y compris celui le plus agréable et le plus esthétiquement gratifiant – il y a pourtant toujours une action de sélection et d'élagage: tout 'faire' est aussi en soi un 'défaire', toute construction comporte toujours quelque aspect de destruction. À tout modelage est inhérente – même si en mesure embryonnaire – une quelque violence ». (Remotti, 2018, 32)

Toutefois, ce « défaire » inhérent à la création même d'un nouvel aspect s'inscrit dans un paradigme de sens, ici dans un schéma rituel. L'intervention est envisagée comme un processus de libération du patient des défauts qui le « possèdent », un élagage qui permet de

laisser émerger le « nouveau corps ». L'action d'extraire, dissoudre, éliminer, corriger l'élément pathologique est couplée à celle de remplir, harmoniser, équilibrer les proportions, les formes et les volumes du corps. La reformulation morphologique exécutée en chirurgie esthétique répond à une manipulation des symboles inhérents au paraître, les codes esthétiques à travers lesquels les sujets interagissent dans le monde. C'est pourquoi l'intervention est le fruit de la négociation préalablement faite avec le patient, et doit se tenir à ces critères. Les deux acteurs définissent donc les cadres et les contours de cette action anthropopoïetique. Dans ce processus, le chirurgien est complice et coauteur de cette maïeutique :[240] en enlevant les « défauts », il permet à la « nouvelle apparence » d'émerger, d'être révélée, mise au monde.

Le chirurgien se « plonge » dans les interstices du corps avec ses outils et ses mains, il manipule le patient jusqu'à vivre parfois un phénomène d'identification avec le corps et la chair opérée. D'ailleurs, en opérant, il vit un état de flow, d'hyperconcentration. De cette manière il partage un état de conscience modifiée avec le patient ; la musique jouée au bloc opératoire aide le praticien à rejoindre un état de transe légère qu'il recherche activement à certains moments de l'intervention. Les états de conscience modifiés qui traverse le patient répondent parfois aussi à des stratégies verbales hypnagogiques utilisées par le praticien pour des interventions mineures en ambulatoire.

Dans le chapitre qui vient, nous allons approfondir le regarde sur la relation chirurgien esthétique-patient dans la phase postopératoire, c'est-à-dire, à partir du réveil du patient à intervention conclue.

240 Maïeutique : «art d'accoucher» (spéc. en parlant de la méthode d'enseignement de Socrate), (…) «relatif à l'accouchement». Lu sur <http://www.cnrtl.fr/definition/maïeutique MAÏEUTIQUE, subst. Fém.> , consulté le 22/12/2017.

3.4 TROISIÈME ÉTAPE : POSTOPÉRATOIRE

Dans un premier temps, ce chapitre rend compte de l'expérience postopératoire du point de vue des patients, afin de montrer les enjeux impliqués dans l'acte rituel de changement de l'apparence en chirurgie esthétique. Le rôle du chirurgien est relativement effacé dans cette phase ; néanmoins, il reste joignable –par téléphone- et il rencontre les patients régulièrement pour les pansements postopératoires. Pendant ces visites, il rassure le patient quant à la qualité du résultat obtenu et il observe son adaptation psychique au « nouveau corps ». Toutefois, il délègue au patient et à son entourage une partie des responsabilités concernant la qualité des évolutions organiques postopératoires. Ce dernier doit respecter les prescriptions et les interdictions données par le chirurgien pour éviter les complications postopératoires et favoriser l'obtention d'un résultat optimal. Le chirurgien délègue aussi les soins de « peaufinage » du résultat esthétique aux opérateurs de beauté -esthéticiens, masseurs, coiffeurs-, lesquels assument une fonction de *care* dans la prise en soin du corps convalescent.

Dans un deuxième temps, nous présenterons, suivant les catégories utilisées par les praticiens, les différents cas de figure qui peuvent se présenter en chirurgie esthétique face à l'obtention du résultat final postopératoire. Ces derniers utilisent des stratégies spécifiques pour faire face aux insatisfactions des patients.

En dernier lieu, nous ciblerons la signification émique du concept de « guérison » en chirurgie esthétique du point de vue des praticiens.

LA CONVALESCENCE : UNE ÉPREUVE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

L'opération terminée, l'ambiance commence à se détendre, le champ opératoire est défait. L'opéré –désormais devenu patient aux yeux du chirurgien- reprend conscience progressivement. Fragile, vulnérable, étourdi par les effets de l'anesthésie, il paraît être accueilli par l'équipe comme un nouveau-né. Enveloppé dans les pansements postopératoires, le patient entend le chirurgien s'exclamer à l'occasion : « Magnifique ! magnifique ! ». L'anesthésiste corrobore de son côté et à voix haute : « Génial ! Bravo Docteur ». Ces exclamations fréquemment faites en chirurgie esthétique ne sont pas accidentelles ; elles visent à influencer de manière suggestive l'esprit du patient lorsqu'il est encore semi-conscient, lui laissent entendre que le résultat est d'ores et déjà un succès.

S'ouvre donc pour le patient une période de convalescence, qu'il vivra principalement dans son ambiance domestique.[241] La convalescence est une période dans laquelle le patient évolue et « guérit » à la fois physiquement que psychiquement. En ce sens, la convalescence est vécue par le patient comme une étape liminale, de marge, pour reprendre les termes utilisés par les anthropologues (Van Gennep, 2011; Turner, 1974 ; Dartiguenave, 2012). Turner définit la période liminale dans les rituels comme une « transition » dans le sens de « processus et devenir, transformation » (1974, 94). De fait, le résultat final d'une chirurgie esthétique peut se présenter jusqu'à plusieurs mois, voire un an après l'intervention. Le patient de la chirurgie esthétique vit donc une évolution morphologique au caractère processuel. Dans cette phase, le patient connait souvent une phase de vulnérabilité accrue. Aux douleurs physiques s'associe une souffrance psychique liée au fait de devoir vivre une « défiguration » de l'apparence due aux blessures chirurgicales. Bien que temporaire, cette phase marque les souvenirs des patients et leur expérience générale. Pendant cette période ils doivent garder un repos absolu et une abstinence des activités productives, des responsabilités domestiques et des activités sportives et sexuelles. Cette période de convalescence – qui peut durer de dix jours à plus qu'un mois pour les interventions plus lourdes- est aussi une période « d'éviction sociale »,[242] car le patient se retire chez lui en attente de réintégrer la société.

L'intervention joue certainement un rôle initiatique pour les patients. L'obtention d'un « nouveau corps » demande en contrepartie la traversée de l'épreuve de la convalescence. L'inconfort commence à se manifester dès le réveil opératoire et de manière intense les jours qui suivent l'intervention. Les désagréments qui se manifestent sont : les douleurs, la perte d'autonomie, les saignements, le port de drains, s'apercevoir défigurés, se cacher des autres, ne pas pouvoir marcher ni dormir correctement à cause des bandages et du corps affaibli et meurtri par l'intervention, etc. Le processus de guérison est accompagné d'un sentiment d'étrangeté éprouvé à l'égard du corps meurtri, dans lequel le patient ne se reconnaît plus. Il lui faudra du temps pour apprivoiser ce « nouveau corps » qui, au réveil de l'intervention, est défaillant, inutile et partiellement insensible.

> « Deux heures après [le réveil] j'étais dans le brouillard. Les séquelles de l'anesthésie étaient intenses et moi je n'étais pas préparée à cette incapacité opprimante. Quand j'essayais de parler, la bouche produisait un misérable son indistinct. Le corps ne voulait pas bouger et moi je le sentais comme étranger, détaché. Jambes et bras étaient mous comme des appendices charnus qui appartenaient à une autre personne, mais qui, je ne sais pas comment, elles se trouvaient attachées là-bas.

241 Sauf dans le cas du tourisme chirurgical et des bâtiments-clinique qu'offrent aussi une période de séjour dans la clinique, le patient rentre généralement à la maison le jour même de l'intervention.

242Les chirurgiens rencontrés utilisent aussi des synonymes tels « down-time » ou « invalidité sociale ».

Les infirmières m'ont mise sur un fauteuil roulant, et cela signifiait bouger, avancer, être transportée, mais si je n'arrivais même pas à parler comment aurais-je pu être mobile ? J'ai pensé à Jean-Dominique Bauby, chef de la rédaction d'une revue française qui après un ictus s'est trouvé dans cette rare condition du « syndrome du reclus » : l'esprit était intact, mais l'homme avait perdu tout le contrôle de l'organisme et il n'arrivait à bouger que la paupière gauche. Incapable d'écrire, parler ou bouger, il a dicté ses mémoires. Le scaphandre et le papillon, à un assistant qui transcrivait l'alphabet basé sur les impulsions liées à sa paupière (…). Il avait eu un ictus, moi j'avais volontairement transformé mon cerveau dans une espèce de boue biochimique au nom de la beauté, c'est-à-dire, au nom d'un fessier plus petit.
Un ami m'a ramené chez moi en voiture. Au moment où je m'endormais, je me disais : mon cerveau se reprendra, mon cerveau se reprendra, mon cerveau se reprendra. Et de toute façon, la panique n'était sûrement pas d'aide dans une situation comme ça. Inspire et expire. D'une narine j'arrive à respirer : pas de panique. »
(Kuczynski, 2009, 258-259)

La sensation de perdre le pouvoir sur son corps, meurtri et douloureux, caractérise tous les vécus postopératoires. Cette sensation de perte de contrôle provoque souvent un sentiment de peur, de terreur et de panique, voire le regret d'avoir consenti à une intervention chirurgicale volontaire, juste pour la beauté. De manière instinctive, le patient tend à se préoccuper en premier lieu de récupérer la fonctionnalité de son corps, c'est-à-dire le contrôle de soi, tandis que le résultat esthétique passe en second plan (car souvent la partie opérée reste encore cachée sous les bandages pendant quelques jours voire semaines). Durant les jours succédant à l'intervention, les cicatrices sont enflammées, les muscles et les tissus internes qui ont été touchés sont douloureux, la peau qui a été tendue dans des liftings faciaux ou corporels doit s'adapter et retrouver progressivement une certaine élasticité.

Le patient traverse une période où, d'un point de vue sensoriel, il ne reconnaît pas son corps : son aspect est meurtri, il vit des sensations désagréables, de la douleur, des tiraillements ou une perte de sensibilité qui peuvent durer quelques jours. Ceux qui avaient songé à une transformation rapide, immédiate et « magique », se trouvent confrontés à la réalité d'une convalescence lente et douloureuse.

Voici le récit autobiographique de Marie Dallée, ayant subi un lifting, quelque semaine après son opération :

« C'est toujours aussi désagréable et douloureux de se toucher le visage et le front. J'ai sans cesse le sentiment qu'il s'agit de la peau de quelqu'un d'autre. J'observe mon regard, souris pour voir comment il se comporte. Il est inerte et sans vie. C'est vrai qu'il a l'air dur et qu'il manque de tendresse. Je fais alors semblant de rire. C'est affreux, l'œil droit se ferme à moitié et pas l'autre. Je suis monstrueuse, cauchemardesque. Alors je tire la langue à l'étrangère du miroir, lui fais des grimaces et la trouve encore plus ridicule et plus laide. Je ressens à nouveau une baisse de moral. Certes mes yeux ne me démangent plus, mais ils sont aussi moches ». (Marie Dallée, 2003, 115)

« Sans rien dire, puisque toutes mes craintes sont taboues et qu'elles doivent rester secrètes, je suis allée dans la salle de bains pour voir ce qu'il se passait. (…) Je suis un alien. (…) Je ressens à présent une répulsion pour moi-même. Je me fais l'effet d'être désormais une femme rafistolée, mais pas comme L'homme qui valait trois milliards, non, plutôt comme 'la femme qui ne valait pas un sou'. Je vis extrêmement mal cette opération, en silence, avec des feintes, des simulacres de patience. (…) Bilan? Pas brillant. C'est toujours une étrangère qui m'observe chaque matin dans mon miroir. Une étrangère avec des pièces de rechange. Ce que je me demande maintenant, c'est si j'arriverai à l'accepter un jour. Cette question fait-elle aussi partie de l'espoir ? Je l'ignore, pour l'instant je préfère ne pas penser, faire le vide en moi. Je suis volontairement en état de vacuité » (Dallée, 2003, 163-167)

La peur de la mort et les regrets d'avoir cédé à la vanité peuvent surgir chez les personnes plus angoissées, tel était le cas de Madame Dallée, laquelle ne se sentait pas soutenue émotionnellement par sa famille dans la période de convalescence :

« Je songe soudain que je vais peut-être mourir. Oh, mon Dieu, faites que ce ne soit pas le cas! Mourir pour avoir voulu se faire remonter les paupières, quelle stupidité ! Non, ce n'est pas possible, pas maintenant. Je m'imagine morte, le visage bouffi. Si c'était le cas, il faudrait immédiatement fermer le cercueil. Ma famille, mes proches, personne ne me reconnaîtrait et ils refuseraient tous de croire à ma mort. Ils riraient au lieu de pleurer. Mon décès deviendrait la bonne blague que l'on se plaît à raconter. Qu'est-ce que j'ai fait? » (Dallée, 2003, 67)

Il faut rappeler que chaque patient a un vécu postopératoire différent, et cela dépend du type d'intervention subie, de l'attitude mentale du patient (pessimiste, optimiste), du soutien de son entourage, des évolutions organiques favorables ou défavorables, du respect des consignes de repos absolu, de l'accompagnement du chirurgien, etc. Les patients qui vivent cette expérience pour la première fois sont généralement plus impactés et « traumatisés » que ceux qui ont subi plusieurs interventions, sachant déjà à quoi s'attendre.

C'est le cas d'Amanda, qui en est à la deuxième liposuccion, et qui a déjà subi une rhinoplastie et une augmentation mammaire. Elle minimise les effets secondaires de l'intervention, dont la douleur :

« Dans mon cas la douleur a duré seulement quatre jours, après elle s'est transformée en gêne, pour se baigner, pour se bander, et bon, ça... le corps après l'opération est enflammé, gonflé, dur, et par là, la gêne, hein !? (...) Tu dois le faire contrôler par le Docteur. (...) C'est de la gêne, mais pas une douleur... la douleur des dents par exemple tu ne peux pas le supporter, tu as besoin de quelqu'un qui t'aide, ce type d'interventions tu le supportes, c'est ça la différence, non ? (...) Pour moi ça a été supportable. Il faut que tu utilises une gaine, pour comprimer le corps, hein !? Parce que t'es tout enflammée, tout ton corps est comme... tout bleu, hein !? Il est douloureux, battu... Alors ce type de bandages, qui sont élastiques, servent à comprimer le corps, et cette gaine sert pour limiter la douleur, parce que le corps n'est pas mou, elles compriment, ce sont comme des bandages ».
[Entretien avec Amanda, patiente du Dr Perez, Mexico, Mexique, 2013]

Drainages postopératoires et catharsis

Pendant la convalescence le corps du patient vit un processus de rééquilibrage et réajustement. Des liquides (sang et sérosités) sortent des blessures chirurgicales et doivent être purgés au moyen de drains et de ponctions.[243] Karina, esthéticienne dans la clinique Buenaventura, définit le processus de l'expulsion des liquides et des sécrétions postopératoires comme un processus cathartique d'élimination des toxines, indice d'une « purification » en cours :

> *« [Lors des soins postopératoires] les infirmières enlèvent du liquide avec des seringues. Et nous [esthéticiennes] par le drainage lymphatique contribuons à faire expulser plus de liquide.*
>
> ***Et quel type de liquide ? Du sang ?***
> *Il peut sortir un peu de sang, mais le liquide dont je te parle est transparent ou jaune. Ce sont purement des toxines dont se défait le corps ! »*
>
> *(Entretien avec Karina, esthéticienne de la clinique du Dr Buenaventura, Tijuana, Mexique, 2017)*

Malgré l'inconfort lié à la pose des drains, les patients les envisagent comme une manière efficace de faire dégonfler le corps et d'éliminer « tout ce qui doit sortir » pour retrouver plus rapidement une forme « normale ».

> *« Le Docteur m'a dit : " Vous entrez le matin et le lendemain on verra. " Alors, le lendemain, ils m'ont fait les drainages, et ça n'était pas du tout plaisant, ça a fait vraiment mal. [J'ai dû tenir] les drainages pendant 36 heures, alors il a dit : " Toute perte de liquide ne doit pas rester dans le corps, mais elle doit sortir ". Cela était sûrement un bien, c'est ça. (...)*
>
> ***- Mais ces drainages, qu'est-ce que c'est ?***
> *Alors, une fois la prothèse insérée, il y a une petite incision ici en bas et une petite canule qui part d'un sein à l'autre. Quand on enlève le liquide pendant l'opération, tu perds du sang, de l'eau, tout ce qui peut sortir... Ensuite on te recoud, puis on t'envoie à la maison et problème résolu »*
> *(Entretien avec Francesca, patiente d'augmentation mammaire, Trento, Italie, 2009)*

> *« Pendant toute cette période, le postopératoire, on fait des massages, des drainages et tout ça. Ils m'ont drainée. Après un mois, je crois... (...) après deux ou trois semaines j'étais déjà bien. Après ça, tout le corps a commencé à dégonfler, ça prend deux ou trois mois. Et après j'étais bien, ça a bien marché. »*
> *(Entretien Skype avec Ana Laura, patiente d'une liposuccion, demeurant à Paris, 2012)*

243 Les drains sont des petits tubes lesquels sont posés dans les blessures chirurgicales, permettant de faire évacuer les liquides dans des poches reliées à l'extérieur du corps du patient.

Le même effet est recherché par le biais des « drainages lymphatiques », des massages qui visent à faire expulser du corps les liquides en excès, ou de les redistribuer de manière plus équilibrée pour éviter qu'ils ne stagnent :

> « Je suis retournée me faire faire un drainage lymphatique. Ce sont vraiment de très bons moments que je passe lors de ces séances. J'ai demandé des conseils à l'assistante du médecin pour me faire moi-même des massages afin d'éliminer plus rapidement cet excès de liquide lymphatique. » (Dallée, 2003,149)

Le drainage des liquides assure une fonction cathartique, car il contribue à dégonfler le corps et à expulser les toxines et les « déchets » organiques qui purgent suite à l'intervention. De fait le chirurgien, tel un sculpteur organique, travaille l'intérieur du corps et « remue » ses tissus, il recompose ses formes. Lorsqu'il opère, il injecte des liquides comme le sérum physiologique et l'adrénaline pour limiter les saignements, et cela sera partiellement absorbé par l'organisme, ou alors expulsé par les drains, avec les liquides lymphatiques qui circulent naturellement dans le corps. La stabilisation organique qui advient dans la phase postopératoire s'accompagne d'une évacuation des liquides excédants. Cette expulsion des liquides favorise la stabilisation d'un nouvel ordre morphologique qui peut désormais trouver son assise.

Pansements postopératoires

Le premier pansement se fait dans le bloc opératoire, juste après l'intervention. Le chirurgien enveloppe la partie opérée dans des bandelettes, des bandages, des gazes ou du plâtre (pour le nez), afin de protéger les plaies chirurgicales et comprimer le corps. Ces bandages seront périodiquement renouvelés.[244] Le patient qui s'était « endormi » nu sous ses vêtements chirurgicaux se réveille entouré d'un pansement qui cache sa « nouvelle apparence ». Comme la coquille d'un œuf, ces bandages cachent ce « nouveau corps », mais font office de contenants, tout en contribuant aussi à lui donner une forme.

La première visite postopératoire que le chirurgien rend au patient dans sa chambre a lieu le jour même de l'intervention, vers l'après-midi ou vers le soir, lorsque le patient est bien éveillé. Le chirurgien veut rassurer le patient concernant le déroulement de l'opération, lui rappeler les mesures de prise en soin de soi pendant la période qui suit, éventuellement lui

244 Ce pansement a une action protectrice, car il protège la blessure du contact avec les vêtements et les microbes, mais il est utilisé aussi en guise d'orthèse, c'est-à-dire de pansement qui comprime le corps et qui lui donne la forme souhaitée. C'est ainsi pour les gaines posées suite à une liposuccion, pour le plâtre posé sur le nez.

faisant une ordonnance pour les médicaments antalgiques à acheter, tout en s'assurant qu'il est en bonnes conditions pour quitter la clinique et rentrer chez lui, ce qui se fait le soir même ou le lendemain. Par la suite, le chirurgien reste en contact téléphonique avec le patient. Dans les cas de complications, de fortes gênes, d'inflammations ou d'urgences, ce dernier peut lui envoyer des photographies de son corps par MMS ou par WhatsApp. Les visites suivantes auront lieu en cabinet, et à ce moment le praticien change les pansements et vérifie l'évolution physique et psychologique du patient.

Ces rencontres sont d'autant plus importantes, qu'elles scandent l'accompagnement par le praticien tout au long de la période de changement. La rencontre physique du chirurgien, son toucher et ses paroles, semblent être des éléments très importants pour une évolution positive de l'intervention. À ce moment, la fonction du praticien est celle d'une surveillance de l'évolution physique et psychologique du patient, elle rassure, lui infuse de l'espoir et le conforte sur le décours positif de la convalescence. Ses mots l'aideront à entretenir l'espoir d'un rétablissement rapide et sans complications.

ÉVOLUTION PHYSIQUE

Au fur et à mesure le corps du patient récupère, les bleus disparaissent, le corps dégonfle et se désenflamme. Après une semaine environ, le chirurgien peut ôter les points de suture -s'ils ne sont pas résorbables-. Les grands pansements sont substitués au fur et à mesure avec des pansements plus réduits et moins contraignants.[245] Or, le moment d'enlever les bandages, notamment la première fois, implique pour le patient la possibilité de découvrir son « nouveau corps », c'est donc un moment important, chargé en émotion. Il est ainsi habituel d'entendre le chirurgien mentionner des appréciations vis-à-vis du résultat obtenu, comme : « C'est beau ! C'est parfait ! » (ainsi s'exclame le Dr Ayed lorsqu'elle ouvre le soutien-gorge médical d'une patiente opérée d'une augmentation mammaire). Comme lors du réveil opératoire, les chirurgiens font jouer l'effet suggestif de leurs mots pour induire chez les patients une sensation de satisfaction vis-à-vis du résultat obtenu. Car, si le patient voit que le chirurgien est enthousiaste face au résultat, il se dit qu'il a certainement obtenu le meilleur résultat possible, ce qui le prédispose à se satisfaire du résultat qu'il a obtenu.

245 Par exemple, à la suite d'une rhinoplastie, on enlève le plâtre posé en guise d'orthèse et on pose un pansement strip, tandis que pour une augmentation mammaire les bandages serrés seront substitués à des soutiens-gorges spéciaux.

L'évolution physique en convalescence, et la qualité du résultat final, dépendent aussi de la conduite du patient. Ce dernier doit respecter des consignes précises, comme prendre du repos absolu, ne pas s'exposer au soleil, s'abstraire de toute activité professionnelle et familiale, éviter les efforts (sport, soulever des sacs de courses, un bébé), porter des pansements spéciaux qui favorisent la cicatrisation, se masser, appliquer des crèmes, etc. Le respect de ces consignes est capital, car y déroger signifierait prendre le risque de gâcher le résultat final. Un faux mouvement peut faire rouvrir la plaie chirurgicale, déplacer les prothèses, induire des saignements trop importants, ce qui influence le vécu postopératoire et le résultat final, etc. Comme nous l'avons vu, le praticien a prévenu le patient depuis la première consultation que le résultat final dépendait aussi de sa conduite. Il le co-responsabilise ouvertement donc quant à la réussite thérapeutique.

Le témoignage de Marie Dallée montre qu'elle a bien compris que les réactions organiques sont propres à chacun et parfois imprévisibles, ces phénomènes ne peuvent pas être maîtrisés par le praticien :

> « Le bilan au bout de ce fameux mois et demi est donc relativement positif. Le résultat est assez satisfaisant et prometteur, quoiqu'incomplet. Il me faut encore un brin de patience. Du point de vue purement médical, malgré tout ce que j'ai pu entendre, c'est indéniablement un bon chirurgien esthétique. Ce sont mes lymphes qui déraillent. Il me dirait certainement que mon organisme est pour l'instant le seul fautif. Les réactions de chacun face à une cicatrisation, l'ampleur des hématomes ou la durée de œdèmes sont des points qu'il ne peut pas maîtriser » (Dallée, 2003)

Par ailleurs, les complications cicatricielles peuvent être renvoyées à l'origine « ethnique » de la personne. La peau noire est considérée comme plus « épaisse », elle serait la plus encline à développer un type de cicatrice chéloïde, qui est une des complications les plus redoutées.[246] Les praticiens cherchent à prévoir ce type de complications dans le moment préopératoire (étudiant le type de peau du patient), mais ils se résignent avec une sorte de fatalisme face à l'évolution cicatricielle qui est imprévisible. Cependant, si une cicatrisation problématique se manifeste, il faudra soumettre le patient à un cycle de soins supplémentaires pour endiguer son épaisseur.

Le chirurgien délègue à ce moment l'opération de peaufinage du résultat opératoire à des opérateurs de beauté (esthéticiens, les masseuses). Ces derniers peuvent aider le patient à assouplir la peau, désenflammer les cicatrices, dégonfler les œdèmes, récupérer la sensibilité et « revitaliser » les parties meurtries par l'opération. De fait, il n'est pas rare que le chirurgien

246 Elle provoquerait une boursouflure très épaisse et rouge qui ne se réabsorbe pas, provoquant un inesthétisme et une forte gêne pour le patient.

esthétique doive recourir à un décollage de la peau pendant son intervention, et celle-ci met du temps pour récupérer une certaine vascularisation, et donc une sensibilité, texture et élasticité.

Un premier aperçu du résultat « final » se donne à voir, généralement, trois mois après l'intervention, le temps que le corps se « dégonfle » complètement. Les chirurgiens sont tous d'accord pour affirmer que l'aperçu d'un résultat final est apprécié lorsque le corps a complètement cicatrisé, c'est-à-dire généralement un an après l'intervention. Lors de ce processus, le praticien peut conseiller au patient d'accompagner l'évolution postopératoire de stratégies de dissimulation de l'intervention, comme une coupe de cheveux ou un changement de style vestimentaire, techniques de trompe-l'œil largement diffusées, qui permettent au patient qui a subi une intervention de rester dans la discrétion. Dès que les bleus disparaissent du corps, le praticien prend différentes photographies de l'« après » pour témoigner de l'évolution morphologique postopératoire. Néanmoins, lorsque le corps est encore marqué par les blessures chirurgicales, aucune photographie n'est prise, ni par les patients ni par le chirurgien.[247] Les photographies de l' « après » seront classées dans le dossier du patient, elles serviront d'exemples à montrer aux nouveaux candidats ; elles constituent surtout une preuve du changement, à montrer en cas d'insatisfaction du patient face au résultat, comme nous le verrons plus loin.

ÉVOLUTION PSYCHIQUE

Dans la période postopératoire, le patient vit un processus d'identification progressive à son « nouveau corps » et à sa « nouvelle apparence ». Lors de la toute première phase, les premiers jours de convalescence, le patient peut être dans un état de choc, émotivement troublé, car son corps est meurtri par l'intervention et son apparence est « défigurée ». Mais, dès que son corps commence à guérir des blessures, l'apparence se stabilise, les changements psychiques se manifestent, accompagnés par des réajustements sociaux (en termes professionnels, de couple, etc.). L'ensemble de ces facteurs induit chez le patient une satisfaction ou une insatisfaction vis-à-vis du service fourni par le chirurgien. Analysant les réponses psychologiques à l'intervention, les praticiens présentent deux grandes catégories de

247 Il y a quelques années les patients échangeaient leurs photographies dans des forums internet (où les photographies sont échangées uniquement en privé). Plus récemment, les patients de la chirurgie esthétique se mettent en scène publiquement, dans des journaux intimes filmés (Vlogs, stories), où ils témoignent de leur expérience opératoire, se filmant et partageant leur expérience dans les réseaux sociaux (Facebook, Youtube, Instagram).

patients : les patients satisfaits, avec lesquels l'alliance thérapeutique s'est mise en place, et les insatisfaits, avec lesquels la relation peut s'avérer plus conflictuelle.

Patients satisfaits

Fort heureusement, la majorité des patients est enthousiaste à l'égard du résultat obtenu. Cela se manifeste par une plus grande confiance en soi, une joie et une motivation renouvelées pour s'engager dans ses projets et pour aller vers les autres. Les patients satisfaits sont ceux qui ont su bien cibler leur problème, leur défaut esthétique, et qui par conséquent vivent la chirurgie comme un acte de libération d'un « fardeau » d'un « poids ». Ils se sentent plus épanouis, et ils peuvent retrouver une position plus ouverte vers le monde. Parfois les praticiens constatent d'un changement de personnalité chez certains patients, passant d'une personnalité introvertie à une personnalité extravertie. Le changement de personnalité est valorisé comme une amélioration thérapeutique si celui-ci s'accompagne d'une ouverture vers les autres. En gagnant en extraversion le patient multiplie ses chances au niveau professionnel et sentimental, du fait d'une plus grande estime de soi-même.

Le Dr Levallois me parle de deux cas qui l'ont particulièrement marqué : une femme âgée de soixante-quinze ans qu'il a opérée d'un lifting et d'une jeune fille de dix-sept ans qui demandait une augmentation mammaire. Suite aux interventions, il les a vues renaître à elles-mêmes.

> *« Moi j'ai toujours l'exemple d'une femme très âgée… 75 ans je crois, une des plus vieilles patientes pour un lifting, qui venait toute grise, habillée en noir, le dos comme ça, plein de médicaments… je regarde les médicaments que le foie, l'arthrose, les rhumatismes, plein de trucs. Donc, je dis " Pourquoi vous voulez faire un lifting ?" Elle me dit " soit c'est ça, soit je meurs ! Je me supporte plus, je… dans ma tête je suis beaucoup plus jeune, mais là, j'ai une image d'un vieillard, mais là je ne me supporte plus !". Et il est démontré quand même hein !? Il y a des études qui ont démontré que les gens dans leur tête ils ont entre 10 et 15 ans de moins, ils pensent toujours, ils réagissent comme quelqu'un de 10 ans de moins que leur apparence ! (…) Et cette femme-là elle a eu son lifting très tardivement ! C'est une femme qui n'a jamais fait de chirurgie esthétique même pas une piqûre ni rien ! Mais moi ça m'a tellement impressionné ! Un jour elle est revenue temps après ! Complètement changée est devenue blonde, il y avait de la couleur, elle se tenait droite, elle parlait fort ! " Et vos médicaments ? ", " Ah, j'ai tout arrêté docteur ouff. Je me suis retrouvée, je suis bien ! J'ai la joie de vivre ! J'ai l'envie d'entreprendre, je veux faire plein de choses, j'ai des projets " (le Dr. marque le rythme du discours avec des coups sur la table)*
>
> ***D'accord !***
> *Et c'est vachement puissant ! C'est comme un aphrodisiaque ce truc la hein ?! Moi des fois je compare le geste du chirurgien à ce truc-là ! Moi des fois je compare le geste de la chirurgie esthétique à un aphrodisiaque !*
>
> ***Ah bon ?***

C'est d'une puissance inouïe ! Parfois un petit geste et tout de suite vous transformez les gens ! J'ai l'exemple d'une autre jeune fille, c'était en 2003. Je ne sais pas si vous vous souvenez de l'année 2003 il a fait très très chaud en Europe, c'était la canicule ! La jeune fille est arrivée avec sa mère. Très belle fille ! 1m80, très mince, elle avait 17 ans. Et ce qui m'avait frappé, elle avait un manteau ! De là jusqu'aux chevilles ! Je regarde sa mère je lui dit " C'est normal ? " Elle me dit "Savez docteur, depuis son adolescence, elle est comme ça ! " j'ai dit " pourquoi elle est comme ça ?" Elle dit " Elle est très complexée par les seins, elle n'a pas de seins… " Alors déjà pour juste la voir [l'examiner] c'était, difficile hein ! Les seins tout ça en discutant, alors pour l'examiner… Alors, c'était pas la catastrophe hein ? Elle avait des petits seins, mais c'est tout ! C'était des petits seins normaux ! C'est pas... Mais dans sa tête elle était comme mutilée. Elle n'était pas une femme et donc on n'a rien fait d'extraordinaire, on a discuté avec la maman, on a discuté d'une chirurgie pour passer d'un bonnet A à un bonnet B. 6 mois après je la vois, un sourire comme ça, la jupe courte… ultra féminine tout ça, le comportement, tout a changé, les yeux brillants, le rouge à lèvre, on revit ! On a l'impression, si vous voulez, d'une plante qui est en train de faner, vous avez un rosier avec un produit ou je ne sais pas quoi ! Et paf ! ça revit ! C'est vraiment l'effet que ça fait ! On ressuscite des gens hein !? C'est fort comme mot hein !? je dis… D'ailleurs il y a une blague que l'on fait chez nous… vous connaissez la différence entre un chirurgien esthétique et Dieu ? Dieu ne se prend pas pour un chirurgien esthétique ! (rire mutuel) Vous l'effacez hein ? C'est une blague. Mais parfois. Non tout ça pour vous dire que parfois ça prend des dimensions presque divines des fois hein ? Parfois, pas tout le temps.

Oui, mais du coup dans le sens positif !
Oui, mais parfois c'est tellement fort ! C'est des expériences tellement fortes quoi ! On se dit, mais qu'est-ce que j'ai fait dans le fond ! J'ai juste mis les deux prothèses, je n'ai rien fait ! Mais ce n'est pas tellement le geste ! C'est les conséquences du geste ! On a l'impression d'avoir enlevé une épine du pied qui a pourri la vie de la personne… »

(Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015)

Patients accros

Si la satisfaction des patients est l'objectif principal des chirurgiens esthétiques, lorsqu'ils sont trop enthousiastes du résultat - au point de demander de suite une autre intervention - ils deviennent problématiques. De fait, au fur et à mesure qu'ils se soumettent à des interventions, ils se familiarisent avec la chirurgie esthétique, et ils développent un syndrome perfectionniste, qui les pousse à modeler sans cesse leur corps, peaufiner les détails, etc.[248]

Le Dr Martinez explique qu'il y a différents degrés d'addiction à la chirurgie esthétique et aux soins de beauté. Il y aurait les patientes modérément obsédées, très

248 On les appelle généralement patients dysmorphophobes, la dysmorphophobie étant une : « Angoisse immotivée liée à l'exagération d'un défaut d'apparence physique ou d'un simple caractère individuel considéré comme un défaut par le patient », issu du dictionnaire CNRTL < https://www.cnrtl.fr/definition/dysmorphophobie> consulté le 13/2/2021.

enthousiastes face à l'idée de pouvoir améliorer son apparence par différents moyens, et les patientes « sans espoir », dysmorphophobes, toujours insatisfaits.

*« **Les patients déjà venus subir une intervention chirurgicale reviennent-ils pour d'autres opérations ou pour la même opération?***
En fonction de chaque patient, la chirurgie, ça devient parfois une addiction, la beauté crée une dépendance. Il arrive qu'ils viennent pour une micropigmentation des sourcils et finissent par faire une plastie du ventre, qui est une des plus grosses chirurgies. Et en passant ils veulent tout expérimenter, la micropigmentation, la blépharoplastie, la rhinoplastie [rires] et ainsi de suite.

Dans quelle mesure cela devient-il une obsession? Est-ce dans tous les cas ou pour quel type de personnes?
Je pense que si dans tous les cas, mieux ils ont l'air mieux ils veulent être.

Vous ne considérez pas cela comme pathologique? Parce que de nombreux discours de psychologues disent que l'obsession de la beauté est pathologique, et j'aimerais aussi savoir...
Non. Bon, pour un psychologue, oui, ça l'est, hein? Mais pathologique, je pense que cela devient pathologique tout comme l'alcoolisme, dans la mesure où cela a un poids dans leur vie quotidienne, mais si cela ne les affecte pas par rapport au travail, à la famille, il ne faut pas dire que ce soit pathologique, même si c'est une obsession. Mais s'ils arrêtent de faire une vie sociale, alors on a déjà parlé d'un problème.

Y a-t-il un moment où un moment critique où vous voyez que l'on dépasse une limite?
Oui, le moment vient où il y a des patients qui disent: regardez, je veux opérer tout. Ils ont le syndrome dysmorphique. Ils commencent à devenir de plus en plus obsédés et ils se croient gros quand en réalité, ils sont bien, non? Des choses comme ça, mais c'est autre chose ceux qui viennent avec ce syndrome.

Est-ce que ce syndrome vous le reconnaissez?
Oui, on le reconnaît

Comment ?
Eh bien, parce que vous les voyez, non? Vous voyez que la patiente va vraiment bien et dit qu'elle est très grosse, ou des choses comme ça. Ou qu'elle a le nez trop moche, quand il n'est pas moche. Vous vous en rendez compte.

Opérez-vous ces types de personnes?
(Répond négativement avec un son guttural) Non pas parce que ce sont des patients qui, peu importe ce que vous leur faites, ils ne seront jamais à l'aise, jamais contents.

Sont-ils uniquement des femmes ou aussi des hommes?
Il y a aussi des hommes, actuellement aussi des hommes, oui aussi.

(Entretien avec le Dr Martinez, Mexico, Mexique, 2013).

Le Dr Martinez, me présente donc une de ses patientes, Jenny, qu'elle estime être accros à la chirurgie esthétique :

*« **Pouvez-vous parler de votre expérience avec le Dr Martinez ?***

Ce fut une excellente expérience, cette chirurgienne m'a accueillie... elle m'a donné confiance, je me suis sentie en sécurité, totalement. Et les résultats ont été très bons. Ton estime de soi augmente, oui, tu te sens plus sûre de toi, ça te donne une meilleure qualité [de vie], dans tous les sens. Devant ton image et principalement avec toi-même, c'est une expérience que... je retournerai à faire, parce que je suis très satisfaite du résultat. Mais, je crois que le plus important comme patient c'est le docteur qui te suit, le chirurgien qui te suit. C'est lui qui va te donner cette possibilité, et au fur et à mesure on y prend goût (rire). Finalement c'est ça. Parce que la première fois tu as peur, mais quand tu as déjà franchi dans la première étape du processus et que tu vois le résultat, ça te fait plaisir. Et tu veux... eh... je crois que ça engendre une addiction. Tu veux continuer à te voir chaque jour meilleure, chaque jour bien. Tu ne veux pas revenir en arrière, dans ce processus. Au contraire, tu commences à voir certains détails de ta personne et tu cherches à les améliorer (...)»

(Entretien avec Jenny, patiente du Dr Martinez, Mexico, Mexique, 2013)

La même patiente dit avoir développé une confiance totale dans sa chirurgienne (au point de comparer leur relation médicale à un mariage). Elle apprécie que la praticienne lui pose des limites, cela la met en sécurité et en confiance :

« La première intervention qu'elle m'a fait, il s'agissait des fils russes [lifting non chirurgical] et le résultat a été excellent. À partir de ce moment-là je me suis mariée avec elle, je suis resté avec elle (rire) parce que je me sens très en sécurité, et parce qu'il y a beaucoup d'honnêteté de sa part. Moi je peux dire : " Je veux ceci, je veux cela ", mais elle me dit : " Tu sais quoi ? On va prendre notre temps... ". Enfin elle est une professionnelle (...) son attitude est excellente. Je l'ai ressenti tout de suite ce sentiment de sécurité. Et je lui ai dit : " Oui ". Enfin, l'écouter, voir son attitude, sa confiance, la précision avec laquelle elle expliquait… j'ai tout de suite voulu que ce soit elle qui me suive [qui m'opère] (...) Comme chirurgienne elle a vraiment beaucoup de sécurité en elle, elle est très précise. Cela te pousse à lui dire : " Oui ! Fais-le-moi maintenant, immédiatement, je suis bien disposée pour la chirurgie ". Et je n'ai eu à aucun moment peur, elle m'a donné beaucoup de sécurité le Dr Martinez (...) Enfin, grâce aux chirurgies ton ego commence à monter, et toi tu te sens plus sûre de toi (...) »

[Entretien avec Jenny, patiente du Dr Martinez, Mexico, Mexique, 2013]

Pareillement, la journaliste Kuczynski décrit dans son ouvrage son addiction à la chirurgie esthétique, qui se développe au fur et à mesure des interventions. Ce qui caractérise les patients accros est leur envie de se faire refaire sans savoir exactement quoi. Ils se laissant séduire par l'idée de se faire opérer et de s'améliorer, mais sans arriver à cibler particulièrement un seul défaut, qui serait le siège du complexe. Ce caractère indéterminé de la demande n'est généralement pas accueilli par les praticiens comme un signe prometteur. De fait, tel qui l'affirme Kuczynski, elle s'est rendu compte qu'elle enchaînait les interventions dans une pure quête de consommation, ce qui ne la satisfaisait jamais. Et pourtant, elle affirme que dans son cercle d'amies new-yorkaises (de classe aisée) le fait d'enchaîner les interventions de chirurgie esthétique ou de dermatologie est la norme :

« Je ne suis pas dysmorphophobe (précise-t-elle) Je ne suis pas obsessionnelle, moi. Ce que je fais moi, à New York est considéré normale maintenance (…) Je me conserve (…) Je ne suis ne psychopathe ni obsessionnelle. Dans ma passion pour l'autoconservation, pour préserver mon enveloppe de chaire extérieure, je suis seulement « relativement obsessionnelle ». Je n'avais pensé à mon aspect qu'après avoir commencé à écrire des articles sur le Botox et la chirurgie esthétique dans le New York Times. Après un moment, entre les obsessionnelles de la beauté je me suis demandé aussi si j'avais besoin d'une petite retouche. (…) Je n'ai jamais pensé devoir être dépendante des services offerts par les chirurgiens. (…) Pourtant j'ai réalisé cela une soirée de Janvier, quand je me suis rendu compte d'avoir touché le fond... ma vanité m'avait privée de l'humanité. J'étais moi aussi une droguée (…). Ma relation avec le médecin, la confiance que j'avais en elle, s'est approfondie jusqu'à devenir quelque chose de similaire à la dépendance. Nous avions un programme fixe [en dermatologie]. Le paradoxe de cette dépendance c'est que j'étais prise dans un procédé d'amélioration personnelle. Ce n'était pas quelque chose qui me rebaissait, qui m'écrasait l'esprit ou qui m'enlaidissait comme les classiques dépendances (fumée, alcool) qui te font augmenter les rides. Je m'interrogeais sur les symptômes classiques de la dépendance : abandonner les autres choses de sa vie, en faveur de la dépendance. Moi j'avais juste arrêté de m'acheter des vêtements. (…) Jusqu'à ce que j'aie voulu me faire liposucer (…). En argot, j'étais une vraie toxico. Je voulais faire les choses sérieusement, une intervention avec anesthésie (…). D'un point de vue intellectuel je savais qu'enlever un demi-litre de graisse n'aurait pas contribué à me faire me sentir meilleure (…). Mais au niveau émotif l'attraction était puissante, inéluctable, viscérale : je le voulais faire et rien d'autre, comme un enfant veut un jouet dans la vitrine. Je voulais me lancer dans l'abîme et éprouver quelque chose d'extrême. Peut-être qu'il y avait quelque chose de magique dans tout ça. Peut-être il m'aurait changé la vie. J'étais curieuse. Je voulais vraiment essayer. Si c'était si beau, je l'aurais refait. »

(Kuczynski, 2009, 244-256)

Peut-on lire les addictions toujours comme des comportements déviants ? Il faut être prudents, car si Kuczynski reconnaît dans son désir de chirurgie une certaine addiction pathologique, d'autres patients ayant la même routine, pourraient ne pas s'y reconnaître et, au contraire, concevoir ce recours dans un paradigme de normalité. C'est le cas pour Ana Laura, jeune Brésilienne habitant à Paris, qui raconte que, malgré les lourdes complications suite à une liposuccion, elle envisage d'en refaire et d'en faire d'autres suivant les âges de la vie.

« Malgré l'expérience, et je peux dire que ce n'était pas la meilleure expérience postopératoire, je suis sûre qu'un jour je vais faire une deuxième liposuccion hein!?

Et tu penses faire aussi d'autres opérations?
Ça va venir avec l'âge. Je vais me faire faire le visage quand je serais vieille, remonter les seins. Normal! Des trucs comme ça! »

[Entretien avec Ana Laura, Paris, France, 2012]

Peut-on dire pourtant que Ana Laura est dans une spirale addictive ? Non, si l'on analyse le contexte culturel dans lequel elle a grandi, le Brésil, un pays où la chirurgie esthétique est énormément banalisée et même auprès des plus jeunes (Edmonds, 2009). Le projet de recourir à différentes interventions esthétiques dans les âges successifs de la vie s'inscrit donc dans un contexte culturel dans lequel cette démarche est tout à fait courante.

Même si les critères peuvent changer d'un contexte culturel à l'autre, les chirurgiens esthétiques sont toujours confrontés à leurs limites. Le patient accro est un patient qui pousse le chirurgien à déroger à ses limites. Dans un certain sens, il défie le pouvoir médical, car dans les négociations il voudrait toujours l'emporter, arguant du fait qu'il paye un service, et que le chirurgien serait obligé de lui faire plaisir. Chaque praticien a sa stratégie pour raisonner ces patients et leur expliquer qu'il est important de respecter des temporalités rituelles avant de pouvoir ré intervenir sur le corps. Or, les patients accros voudraient déroger aux conventions rituelles, accélérer les processus et se passer des formalités, alors que, conventionnellement, entre une intervention et une autre il faut un temps de repos et un temps de réflexion. D'ailleurs, les chirurgiens affirment que chaque intervention doit être exécutée au bon moment, lorsque ce qui est perçu comme un défaut est véritablement présent (constatable par le chirurgien). Dans ce sens, il serait absurde, selon les praticiens, de demander un lifting à vingt-cinq ans, par exemple. Or, le patient accro est « vorace », il voudrait que le chirurgien déroge aux conventions rituelles, et qu'il se prête à exécuter des modifications hors du cadre de sa déontologie, sous prétexte qu'il a l'argent pour payer. Tous les praticiens interviewés affirment que face à ces patients il faut garder son sang-froid, ne pas se laisser tenter par l'argent proposé. Cela signifie aussi réussir à faire preuve d'autorité, leur conseiller des traitements moins invasifs qu'une chirurgie et éventuellement les adresser à un psychiatre.

Patients insatisfaits

Les chirurgiens décrivent souvent deux types de patients insatisfaits : ceux qui regrettent l'intervention et qui souhaitent « récupérer le corps d'avant », et ceux qui sont déçus car ils ne notent aucune amélioration suite à la chirurgie. Nous les analyserons dans l'ordre.

Un petit nombre de patients ressent de la déception suite à une intervention de chirurgie esthétique. Ils ne sont pas en conformité avec le résultat obtenu, ils regrettent l'intervention et ils souhaitent « récupérer le corps d'avant ». Lorsqu'ils apprennent du chirurgien que cela n'est pas possible, certains entrent souvent dans un état dépressif et ils se coupent du monde extérieur. Ils restent enfermés chez eux et peuvent avoir des idées suicidaires. D'après les chirurgiens, ces réactions ne dépendent pas tellement du résultat esthétique en soi. Le changement morphologique serait uniquement le déclencheur d'une pathologie psychiatrique sous-jacente.

Le Dr Garcia illustre le cas d'une patiente tombée en dépression suite à une rhinoplastie :

> *« Quand j'étais interne, j'ai eu le cas de cette file de 17-18 ans avec un nez tordu. En consultation sa maman répondait à toutes les questions. J'ai compris qu'elle était très introvertie et je lui ai demandé « as-tu un petit copain ? » -Non « et pourquoi non ? » parce que j'ai le nez moche. Ah ! mais tu dois avoir quand même beaucoup d'amis ! Non, presque pas. C'est à cause de mon nez. (...) J'ai demandé au psychiatre de l'hôpital de la consulter, car nous avions convenu que s'il était d'accord, nous allions l'opérer pour la fonctionnalité du nez et non pour l'esthétique. Je l'ai opérée et elle respirait mieux. Après quelque temps elle a demandé de la réopérer pour l'esthétique (à l'époque cela ne se faisait pas encore en une fois). Le psychiatre était nul, il devait les recevoir en consultation, mais il ne les a jamais vues. Mais j'ai quand même reçu l'autorisation pour opérer la jeune fille. Lorsqu'elle portait le plâtre, elle était contente, mais quand nous l'avons enlevé et lorsqu'elle a commencé à voir son nez, elle a commencé à tomber malade.*
>
> ***De quel type de maladie ?***
> *Elle restait assise, venait toutes les semaines me voir et s'asseyait devant mon cabinet. La maman disait « je vous la ramène parce qu'elle ne va plus à l'école ». Pourquoi elle ne va plus à l'école ? Elle disait que le nez bougeait lorsqu'elle marchait. Elle avait constamment mal à la tête. Dans son cas, son nez était son meilleur prétexte pour couvrir ses complexes. Lorsque nous lui avons fait un joli nez, elle n'avait plus de prétexte et elle a commencé à inventer. Cela l'a obligée à affronter la réalité et elle s'est déprimée. Finalement, elle ne voulait plus se lever de son lit ! (...) Cela m'a fait comprendre que si le patient justifie bien son changement, le procédé est indiqué, autrement il faut trouver une excuse pour ne pas l'opérer » (Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2013).*

Les patients qui s'enferment sur eux-mêmes et qui affirment qu'ils voudraient « récupérer le corps d'avant » manifestent une décompensation psychique assez grave. Ces cas confirment qu'en chirurgie esthétique ce n'est pas seulement la réussite technique de l'intervention qui détermine une réussite thérapeutique. L'amélioration psychologique du patient et sa satisfaction vis-à-vis du résultat sont des conditions *sine qua non,* afin que l'intervention soit considérée comme une réussite. Il est donc important que le praticien accompagne le patient vers une bonne appréciation du résultat esthétique obtenu.

Or, dans le cas où le chirurgien lui-même reconnaît que son intervention a échoué, il pourra éventuellement proposer une retouche, ou bien solliciter son assurance pour une indemnisation du patient.

Parfois, les patients se disent insatisfaits parce qu'ils ne constatent aucun changement avec l'apparence d'avant. Ils s'attendaient à ce que le résultat soit plus visible, plus notable, mais cela n'est pas le cas, à leurs yeux. Dans ce cas, ils attribuent la faute au chirurgien, et peuvent exiger une retouche. Ces cas s'annoncent conflictuels, car ils dérapent vers des plaintes légales. Selon l'analyse du Dr Weibel ces patients se disent insatisfaits parce que

suite à l'opération ils n'ont pas constaté des changements dans leur vie -alors qu'ils s'attendaient à voir leur statut social ou sentimental améliorer- :

> *« **Pourquoi à votre avis il y a des patients insatisfaits, même si à votre avis l'opération est réussie ?***
> *C'est extrêmement simple. Il y a des patients où l'opération est ratée et qui sont heureux ! Parce qu'ils ont fait le passage à l'acte. C'est-à-dire qu'ils ont hésité longtemps et puis ils ont pris la décision de le faire, ils sont contents, et c'est indépendant du résultat. Et sinon la majorité des patients qui sont insatisfaits sans raison objective, c'est-à-dire que nous on trouve que l'intervention a réussi, mais pas eux. C'est parce qu'ils n'ont pas obtenu ce qu'ils espéraient de l'intervention. Parce qu'ils se sentent investis dans l'intervention, au lieu de s'investir dans la vie. Par exemple, prenons le cas d'une très jeune fille qui n'est pas très jolie, et caetera, lui opérer le nez, si elle continue à être timide, à ne pas se montrer, et caetera, l'opération n'a rien changé dans sa vie. Elle n'est pas satisfaite. L'insatisfaction est liée presque toujours au fait qu'on n'a pas eu ce qu'on espérait. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Weibel, Alsace, France, 2012).*

L'observation du Dr Weibel rappelle que la chirurgie n'est pas un remède « magique » et que le patient, s'il veut voir des changements dans sa vie, ne doit pas compter uniquement sur elle. Ce praticien demande aux patients d'être actifs et de « s'investir » dans la vie, autant qu'ils le font dans l'entretien de leur apparence. Les patients sont appelés donc à une certaine activité, à ne pas attendre passivement un bouleversement « magique » de leur vie, Il leur est demandé un certain investissement, un enthousiasme, un dynamisme afin de manifester des changements plus importants.

GESTION DE L'INSATISFACTION DES PATIENTS

Les patients insatisfaits représentent un problème à gérer pour les praticiens. Lorsque le patient manifeste son insatisfaction, le chirurgien esthétique met en acte des stratégies pour résoudre cette situation conflictuelle. Tout d'abord, il convoque le patient dans son cabinet, il l'écoute, et il l'examine. Il vérifie si la contestation est raisonnable et, s'il observe que le corps présente une petite asymétrie facilement corrigible, il lui propose une retouche. Par contre, si l'examen physique ne montre « rien d'anormal » selon le critère du praticien, il doit persuader le patient que l'intervention est réussie. Pour cela, il se sert de la confrontation des photographies d'avant et d'après l'intervention. Il les sort devant le patient, il les examine et il les compare devant lui, argumentant autour de la qualité du changement. Le plus souvent les patients sont conciliants, et ils capitulent face à l'évidence, comme dans le cas que raconte le Dr Perez :

"C'est grâce aux photos que les patients notent le changement. Après une chirurgie (...), il arrive souvent que les patients me disent : "Voici, je suis toujours pareil qu'avant !". Mais cela est impossible ! (...) Je me souviens d'un cas d'une patiente à laquelle j'avais fait un lifting, et dont l'intervention était vraiment réussie. Mais elle n'était pas contente. Sa fille lui disait qu'elle n'avait pas changé et qu'elle ressemblait à topo Gigio.[249] Quelle bêtise! J'étais sûr de lui avoir pris des photos... mais j'avais perdu les films. J'étais vraiment inquiet ! Jusqu'à quand j'ai retrouvé le rouleau de pellicule. Je l'ai envoyé à révéler, et j'ai enfin obtenu les clichés. J'ai donc demandé à cette dame si je pouvais lui montrer ses photos d'avant et après. Elle était vraiment très énervée ! Après lui avoir montré ses photos, elle m'a dit : "Je suis désolée docteur, pour tout ce que je lui ai dit, je n'ai plus un mot à dire", elle s'est levée et est partie. Cinq ans après, sa fille venait me voir en consultation souhaitant se faire opérer."

(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2013)

Ce récit met en exergue un élément non négligeable, c'est-à-dire l'importance que jouent les commentaires des proches sur le sentiment de satisfaction/insatisfaction que ressentent les patients face au résultat opératoire. De fait, dans la phase de convalescence le patient verse dans un état de grande vulnérabilité, car sa confiance en soi diminue drastiquement, ce qui le rend beaucoup plus perméable aux influences externes, dont les commentaires des autres, et spécialement des proches. Ainsi, si le conjoint, un enfant ou un ami se prononce négativement sur le résultat obtenu, il sera sujet au développement d'un complexe autour de sa nouvelle apparence. Cet effet nocebo induit un sentiment de ratage, accompagné par une grande frustration et une rage de la part du patient, qui aboutit parfois à une réclamation envers le praticien. À la suite d'une déception de ce type, certains patients peuvent être très revendicatifs et calomnier les praticiens en guise de vengeance, ce qui se passe souvent en ligne souvent sous couvert de pseudonyme.

Une des seules manières d'éviter ces désagréments est de prendre les bonnes précautions avant l'acceptation des patients. C'est pourquoi les praticiens soulignent l'importance d'écarter les patients que l'on suspecte être « problématiques », ceux qui sont pointilleux, perfectionnistes, exigeants, ceux qui ne sont pas soutenus par leur environnement, ceux que l'on suspecte être atteints de problèmes psychiatriques, etc. Cela demande un savoir-faire et une sensibilité clinique qui se développe avec les années d'expérience.

*« **Pourquoi il y a des patients insatisfaits?***
Bah peut-être on n'a pas fait d'éducation en amont. Ils n'ont pas été suffisamment éduqués justement, on n'a pas passé suffisamment de temps à expliquer pourquoi les patients est-ce qu'ils se ressemblent tous ou pas. Pourquoi est-ce que, si vous prenez l'exemple des prothèses, il y a beaucoup de femmes qui rêvent d'avoir les seins qui se touchent ! Et il y a des patients qui disent " mais pourquoi ça ne se touche pas au

249 Une marionnette pour enfants, représentant une souris anthropomorphe, connue en Italie et Amérique du Sud.

centre ? " etc. Et ça c'est un point, je me suis fait avoir 2-3 fois au début de cette activité euh. Et c'est parce que leur anatomie ce n'est pas comme ça ! Il y a une distance entre leurs seins liée au sternum, et toutes les femmes n'ont pas cette distance et il y a des femmes qui ont un centimètre et demi entre les seins et d'autres qui en ont quatre ! Et ça on ne peut pas tricher là-dessus ! On peut tricher un tout petit peu, mais on ne peut pas transformer 4 cm en 1, 5 cm ! Et donc, et ça c'est les conditions anatomiques qui préexistent ! Comme le fait d'avoir des mamelons plutôt latéraux, il y a des femmes qui ont des mamelons plutôt centrés, d'autres qui sont plutôt latéraux, il y a des petites asymétries qui préexistent et tout ça ! Si vous ne passez pas autant de temps à leur expliquer pourquoi ils n'auront pas le même résultat que leur copine, eh bah du coup, si vous ne le faites pas elles ne seront pas satisfaites. À juste titre d'ailleurs, nous on aura eu un défaut d'information. Voilà.

Donc c'est très important le moment préparatoire…
Extrêmement important ! Le problème c'est que les patients ne retiennent pas tout. Et on dit que les patients retiennent à peu près 10% des choses généralement.

Donc, il y a beaucoup des gens insatisfaits ?
Non, heureusement généralement ça se passe plutôt bien.

Et on peut rattraper par la suite ?
Le patient qui est insatisfait pour des problèmes d'éducation oui, ça on peut le rattraper. Le patient insatisfait parce que vous avez un résultat que vous-même vous ne trouvez pas parfait, parce qu'il y a des complications parfois parce que c'est pas… vous faites une plastie mammaire, persiste une petite asymétrie, reste une petite cicatrice qui est un peu plus rouge, bah ça il faut le reprendre ! Voilà ! Il faut corriger tout ça et ça les patients, ils comprennent très bien ! Que parfois on a besoin de refaire une petite correction ! Moi il m'arrive je dirais sur, peut-être les 5% des patients de faire une petite retouche ! Voyez, de corriger un petit truc. Et c'est normal ça fait partie du service qu'on offre au patient. Et ça globalement, ça apaise le patient. Le vrai problème c'est le patient agressif dysmorphophobe que vous n'avez pas dépisté et que vous avez opéré malgré tout, et qui ne lui sera jamais content et voilà. Et ça ce n'est pas rattrapable !

Ça peut engendrer aussi des soucis légaux et…
Bien sûr des soucis légaux, des soucis de calomniage [calomnies] sur internet, et cetera.

Et les retouches vous les faites gratuitement ou ?
Ça dépend. Ça ne peut pas être totalement gratuit. Si j'estime que c'est vraiment un défaut de ma part, euh… un truc que j'aurais dû anticiper et que j'ai laissé passer, je le fais gratuitement, je ne prends pas d'honoraires. Si par contre c'est un phénomène normal, mais où c'est vrai qu'on pourrait faire quelque chose, je prends des tous petits honoraires. Mais par contre ce n'est jamais gratuitement parce que les patients doivent payer la clinique et voilà, c'est une retouche jamais totalement gratuite. »

(Entretien avec le Dr Noguès, Paris, France, 2015)

Le Dr Levallois tient le même discours : pour éviter les insatisfactions postopératoires, il faut investir beaucoup de temps et d'attention pendant le dialogue préopératoire. Le praticien doit être vague sur la projection du résultat, mais clair sur les risques opératoires et sur les complications postopératoires qui peuvent se présenter. De son côté, avant d'accepter le candidat il doit s'assurer qu'il est assez flexible pour accepter le résultat tel qu'il sera.

*« **Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir des patients insatisfaits ? Et que… et pourquoi il y a-t-il des patients insatisfaits ?***
Bah, on essaie de limiter les cas d'insatisfactions ! Déjà en discutant avec les gens avant… pour éliminer les gens qu'il ne faut pas opérer, pour expliquer aussi ce qu'on peut faire, jusqu'à quelle limite on peut le faire… L'insatisfaction vient souvent d'une mauvaise information avant l'intervention. Peut-être que les gens ont compris autre chose et que vous n'avez compris pas la même chose, peut-être que les gens attendent trop ! Heu… c'est pour ça, en chirurgie plastique il ne faut pas avoir un discours trop rassurant non plus hein !? Soit il faut dire la vérité. Soit ça va… il y a des choses qui risquent de poser de problème il faut le dire hein !? Quand les gens le savent, ils ne peuvent pas être insatisfait, ils le savent ! par contre si vous les laissez dans le doute, ne vous inquiétez pas, a va être merveilleux, ça va être parfait ! Et vous ne rentrez pas dans le détail et après vous faites quelque chose qui est moyen, qui n'est pas moche, qui est moyen ! mais ça peut entraîner quelque chose heu... où les gens sont insatisfaits, non pas parce que c'est mauvais, mais parce qu'ils ont eu quelque chose, trop d'espérance ! Voyez ? Souvent les insatisfactions c'est ça, ce n'est jamais parce que c'est raté quoi ! Souvent c'est un problème de longueur d'onde ! On a l'impression que le chirurgien et le patient n'ont jamais été sur la même longueur d'onde. Le chirurgien a fait ce qu'il voulait et le patient n'a pas été averti ! Non, c'est des choses que l'on évite !

On évite comment ?
Bah, par les consultations, si une ça ne suffit pas bah… il faut en faire plusieurs, discuter. Aller jusqu'au bout de la logique des gens pour pouvoir discuter de tous les cas de figure ! Voilà, on leur dit : et si je vous mets ça… et vous n'êtes pas contente, qu'est-ce qui va se passer ? Généralement les gens ils réfléchissent et ils vous disent hein ? Et même si ça arrive ce n'est pas grave ! C'est déjà prévu ! Vous voyez ce que je veux dire ?

Oui, bien sûr.
Quand vous avez prévu le cas, le pépin ! Et s'il arrive, c'est bien accepté. Par contre si vous l'avez totalement rassuré et derrière vous avez un tout petit problème, mais rien du tout bah ça… brise la confiance des gens ! »

(Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015)

« GUÉRISON » EN CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

« Je le pansais, Dieu le guérit. » Ambroise Paré

La « guérison » en anthropologie médicale, plus qu'une certitude, est une interrogation aux contours flous.

> « Mais que signifie vraiment guérir ? Est-ce véritablement, ou seulement, éradiquer le(s) symptôme(s), part(s) visible(s) d'une pathologie sinon d'une souffrance plus latente qui se doit alors aussi d'être entendue ? Comment chaque praticien (selon qu'il est médecin somaticien, médecin psychiatre ou alors psychologue, psychothérapeute, psychanalyste, intervenant en terrain hospitalier ou non) se situe-t-il face à la demande de guérison, explicite ou implicite, du patient ? Qu'attend au juste ce dernier : soulagement d'une douleur physique et/ou amélioration de sa qualité de vie (comme il est dit aujourd'hui), écoute de sa plainte, reconnaissance de sa souffrance… ? » (Dumet et al. 2010, 3)

La guérison a assurément un caractère contextuel, c'est-à-dire qu'elle assume différentes significations selon le contexte socioculturel des personnes concernées, et se définit de manière différente selon les types des pathologies considérés. Nous pouvons néanmoins définir la guérison comme un processus, un devenir d'une condition d'affliction à un sentiment de mieux être. Selon Jacques Sarano :

> « L'idée de guérison éclate comme une promesse de renouveau, elle est plus que la santé, elle est une santé recouvrée, reconquise, elle fait attendre parfois à cette ivresse de la sève qui monte et des forces qui renaissaient à cet enthousiasme, à cette ferveur, à ce désir de profiter de la vue qui s'ouvre à nouveau devant soi, à cette frénésie de rentrer dans la lutte et de se dépenser sans compter qui font d'elle une conversion, une résurrection du corps et de l'âme, le surgissement d'un être neuf » (Sarano, 1955, 8).

Il y aurait donc dans la notion de guérison l'idée d'un recouvrement, d'un état de relative santé qui s'exprime par une énergie renouvelée, un enthousiasme et un sentiment de soulagement pour la libération d'un défaut esthétique et donc d'un complexe qui affectait la qualité de la vie en général. Lorsqu'ils se disent satisfaits de l'intervention, les patients réintègrent la société avec une énergie renouvelée, un souhait d'entreprendre, une démarche de s'ouvrir aux autres, une envie de s'engager à nouveau dans des projets personnels et collectifs.

Plus précisément, au même titre que la « pathologie » en chirurgie esthétique s'inscrit sur trois plans (physique, psychologique et social) la « guérison » se manifeste également sur ces trois plans. D'une part le patient vit une guérison physique, qui coïncide avec le rétablissement du corps convalescent des blessures infligées par le chirurgien. D'autre part, la « guérison psychique » se manifeste par une adaptation du patient au « nouveau corps ». Le troisième niveau de « guérison » social, concerne la résolution d'un sentiment de marginalisation et l'établissement d'un lien social renouvelé. Le chirurgien esthétique est parfaitement conscient que ces trois niveaux sont interconnectés. S'il s'intéresse principalement à contrôler la guérison corporelle, il observe en même temps l'évolution générale du patient. Au fur et à mesure que le corps se rétablit, le patient recouvre la bonne humeur, le sourire, la joie de vivre, l'envie de s'ouvrir au monde. Le patient « guéri » de la chirurgie esthétique habite le nouveau corps autrement, avec un enthousiasme renouvelé.

RÉSUMÉ

La troisième étape du processus de soin en chirurgie esthétique est l'étape postopératoire. Elle s'ouvre avec le réveil du patient et se poursuit pendant une période qui

peut durer des mois et jusqu'à un an suite à l'intervention. Pendant ce temps le patient vit un processus d'évolution organique qui démarre avec une « éviction sociale » pendant quelques jours ou semaine et qui se poursuit avec un lent processus de cicatrisation. Tout de suite après l'intervention, le corps du patient est meurtri par les suites opératoires, ce qui le contraint à passer une convalescence au repos et à l'abri des regards des autres. Les morphologies qu'ont été remaniées se stabilisent progressivement, dans un processus d'accouchement d'un « nouveau soi » qui peut rappeler la « gestation et l'accouchement » (Turner, 1974, 96). Cette période est vécue comme une épreuve autant physique que psychologique. Le patient doit endurer les douleurs, les contraintes et les gênes liées à la perte d'autonomie ainsi qu'une mise à l'écart qui se couple parfois avec le regard critique et malveillant des proches et des collègues. La reformulation morphologique apportée par le chirurgien est vécue comme un basculement des repères symboliques et identitaires qui demande un temps d'adaptation à la fois physique et psychologique.

Néanmoins, les gestes promus par le chirurgien et par les autres opérateurs de beauté visent à infuser confiance au patient, lui laissant entendre qu'il vit un processus cathartique, purificateur, d'« expulsion du mal ». Des expédients symboliques comme les drainages, les ponctions et les massages proportionnés pour peaufiner le résultat de la chirurgie favorisent l'idée d'une purification en acte. Ces traitements complémentaires favorisent l'élimination des « toxines » accumulées dans le corps et favorisent le dégonflement des tissus et donc l'apparition d'une nouvelle silhouette. Le patient est conduit à expérimenter la convalescence comme un processus de renouveau, de renaissance symbolique dans un « nouveau corps ». C'est justement le fait de sentir le corps guérir et le voir s'améliorer qui permet au patient de s'acheminer vers un état de mieux-être. Ainsi, le changement corporel produit -par analogie- chez le patient, le sentiment d'un déblocage ou d'une libération dans d'autres domaines de sa vie par un processus d'analogie symbolique que nous analyserons plus en détail dans la quatrième partie de ce manuscrit.

Pendant les soins postopératoires, le chirurgien esthétique observe que l'évolution organique s'accompagne souvent d'une autre attitude du patient à l'égard du monde et de soi-même. La plupart des patients sont satisfaits et s'épanouissent dans leur « nouveau corps », au point que parfois ils « changent de personnalité », ils gagnent en extraversion et en sociabilité, ce qui est considéré comme un indice de guérison et de réussite thérapeutique. Par contre, lorsque cet enthousiasme est excessif, et lorsqu'il entraîne une addiction (un désir vorace de se soumettre à plusieurs interventions à la suite), cela est lu comme un effet indésirable qui demande un effort au praticien pour raisonner les patients.

Si nous devions mettre à plat les différentes causes des addictions en chirurgie esthétique, nous pourrions développer différents points. D'une part, l'addiction est liée à l'enthousiasme du patient lorsqu'il découvre les potentiels de la chirurgie et de la médecine esthétique. L'idée de pouvoir maîtriser son apparence entraîne parfois une ivresse liée au sentiment d'être maîtres de soi et de sa destinée. D'autre part, on constate une addiction à la relation que le patient entretien avec le praticien, notamment si ce dernier est particulièrement charismatique, bienveillant, à l'écoute, rassurant, attentif, compétent. L'addiction trouve son sens dans la relation de dépendance presque « transférentielle » qui s'instaure parfois avec le praticien. C'est pourquoi certains patients parlent souvent d'une « relation d'amour » avec leur praticien, car du fait des projections sur ce thérapeute, ils ressentent un véritable lien affectif avec lui, qui se traduit dans le désir de se soumettre de manière régulière à des interventions. Troisièmement, l'addiction à la chirurgie esthétique s'explique aussi par un facteur purement physiologique, car le produit anesthésiant utilisé généralement, le *propofol*, a un pouvoir fortement addictif, et cela pourrait jouer en termes d'addiction physique à l'acte opératoire. C'est ce qui se passe avec les patients multi opérés, et comme le témoigne le cas du chanteur américain Michael Jackson, lui-même multi opéré de la chirurgie esthétique, mort d'une overdose de *propofol*.

Nous avons aussi examiné les cas des patients insatisfaits. Ces derniers doivent être gérés au mieux pour se prémunir d'éventuelles « vengeances » ou « calomnies », ce qui serait hautement préjudiciable pour l'activité professionnelle des praticiens. Il y a différents types d'expression d'insatisfaction chez les patients. D'une part, ceux qui regrettent l'intervention et qui souhaiteraient « revenir en arrière », retrouver « le corps d'avant » ce qui est évidemment impossible. Ces patients ont tendance à prendre sur eux, à sombrer dans la dépression ou dans des épisodes psychotiques. Le deuxième type de patients insatisfaits concernent ceux qui se plaignent auprès du praticien que le résultat ne se remarque pas davantage, ils ne notent aucun changement et ils exigent que le praticien leur offre une intervention de correction ou de retouche pour amplifier le résultat. Face aux insatisfactions, les chirurgiens esthétiques mettent en place des techniques pour y remédier. D'une part ils dialoguent avec les patients afin de comprendre leur plainte. Ensuite ils leur proposent de visualiser les photographies d'avant et d'après pour les confronter au changement morphologique et ainsi réussir à les convaincre qu'il s'agit d'une amélioration.

Les récits des praticiens reviennent souvent sur le fait que la réussite thérapeutique en chirurgie esthétique n'est pas liée au résultat opératoire (lequel joue bien évidemment dans le bilan final), mais serait plutôt liée à la satisfaction du patient vis-à-vis de ce résultat. De fait

un même résultat peut être interprété comme une réussite ou comme un « ratage », selon le jugement subjectif du patient. La « guérison » en chirurgie esthétique serait donc assimilée au sentiment de satisfaction du patient qui se manifeste dans son sourire, dans une nouvelle attitude vers le monde, une personnalité plus extravertie, une manière de se tenir dans l'espace plus ouverte, une posture plus droite, des mots d'enthousiasme retrouvé et par toute une série de répercussions positives qui se manifestent dans sa vie (trouver un emploi, s'ouvrir à un projet de couple, etc.). Cette satisfaction se manifeste d'ailleurs par des hommages que le patient apporte au praticien dans les consultations postopératoires, des cadeaux, un présent, ou une lettre pour le remercier. Cela se traduit aussi par la publicité que les patients satisfaits font à leur entourage, ce qu'apportera du prestige et de nouveaux clients au chirurgien.

Les facteurs qui favorisent cette « guérison », cet épanouissement dans le « nouveau corps » sont multiples : la prédisposition du patient à accepter le changement morphologique et à l'interpréter comme une amélioration ; la qualité de la prise en charge médicale, mais aussi la bienveillance et le soutien des proches pendant tout le processus de changement. Seuls les patients satisfaits peuvent réintégrer la société avec une énergie renouvelée et un engagement dans des projets individuels et collectifs, ce qui est un aboutissement souhaitable en chirurgie esthétique. Tandis que les patients insatisfaits vivent une stagnation et un nouveau blocage, car ils ne se sentent pas épanouis dans leur corps. De leur côté, ils sont vidés de leur joie de vivre, de leur énergie et enthousiasme, ils replient sur eux-mêmes et ils expérimentent la rancune envers le praticien.

Par conséquent, afin de favoriser un processus de « guérison » chez le patient, le chirurgien esthétique doit analyser au préalable tous les facteurs qui pourraient l'empêcher de bénéficier du traitement, à savoir une prédisposition du sujet au développement d'une psychopathologie ou bien un tissu familial hostile à l'intervention. C'est pourquoi l'investissement dans le moment de la consultation et du dialogue préopératoire est fondamental pour garantir une réussite thérapeutique en chirurgie esthétique. En ce sens, nous pouvons supposer que le milieu libéral fournit un cadre plus propice que l'hôpital, pour l'échange dialogique entre les acteurs.

Cette analyse montre que le mécanisme d'efficacité thérapeutique en chirurgie esthétique est plus complexe que celui d'une manipulation médicale lambda, car il ne peut pas être mesuré objectivement. C'est pourquoi s'impose l'analyse anthropologique de ce procédé de soin qui sollicite les correspondances symboliques entre « corps et esprit », aspect qui sera analysé dans la quatrième partie de ce manuscrit.

Quatrième partie
THÉRAPEUTES SYMBOLIQUES

« Le corps n'est pas une collection d'organes et de fonctions agencées selon les lois de l'anatomie et de la physiologie, mais d'abord une structure symbolique. » David Le Breton (2004)[250]

Tout au long de ce travail, nous avons soulevé différentes questions inhérentes à la spécificité du travail des chirurgiens esthétiques, car, bien qu'ils empruntent à la chirurgie les outils, les rituels et le langage scientifique, leur objectif n'est pas celui de soigner le corps. La modification de l'apparence est une action qui ne répond pas à une exigence de santé physique, mais elle vise à provoquer un ajustement dans les dimensions « invisibles » - psychique et relationnelle- du patient. Elle intervient donc sur le sentiment de soi, sur l'identité personnelle ou l'identification avec un groupe social, mais elle a également des répercussions sur l'entourage et le monde social du patient.

Dans la troisième partie de ce manuscrit consacrée à l'exploration des enjeux relationnels entre les chirurgiens esthétiques et leurs patients, nous avons examiné les enjeux de la pratique clinique d'un chirurgien esthétique, à savoir les étapes de la prise en soin thérapeutique, les enjeux émotionnels, psychiques et physiques traversés par les patients dans le processus de modification morphologique et la gestion de la période postopératoire. Dans cette quatrième et dernière partie du manuscrit de thèse nous nous intéresserons à l'apparence comme une dimension privilégiée de la communication symbolique, sur laquelle se base l'efficacité thérapeutique en chirurgie esthétique. Par conséquent, nous observerons les correspondances symboliques qui relient les dimensions visibles et invisibles les unes les autres, essayant de traduire en langage anthropologique les mécanismes de l'efficacité décrits par les chirurgiens esthétiques.

250 Article « De l'efficacité symbolique par David Le Breton » <https://www.passereve.com/journal/HTM/efsy.html>, consulté le 18/2/2021.

4.1 L'ANTHROPOLOGIE SYMBOLIQUE : UN OUTIL POUR PENSER L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE EN CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

« Il n'y a pas de malades imaginaires. Il y a des maladies qui font des vrais malades (…) Pour celui qui souffre et croît, tout est traitement si le rituel est respecté. » Dr Raymond Vilain (1987, 217).

L'historien Sander Gilman, confronté à l'étude historique de la chirurgie esthétique auprès des migrants européens aux États-Unis, s'interrogeait sur des correspondances entre l'intériorité et l'extériorité (l'âme et le corps) ainsi que sur les mécanismes d'efficacité inhérents à cette pratique.

> « Une altération de la surface provoque-t-elle un changement dans l'âme ? Ou est-ce que l'âme reste inchangée dans sa nature, malgré ce qui succède à la surface du corps ? Pouvons-nous être quelqu'un d'heureux en altérant notre apparence ou bien notre malheur ou insatisfaction est versé sur d'autres parties du corps ? Est-ce qu'une personne " passe "[251] quand elle fait de la chirurgie esthétique ? Ou bien elle devient une nouvelle personne ? » (Gilman, 1999, 30).

L'anthropologie médicale est probablement la discipline la plus indiquée pour élucider ces aspects. De fait, elle s'interroge de manière fondamentale autour des concepts de santé, maladie, guérison, affectation pour les groupes et les individus étudiés. Elle s'interroge sur des processus qui engagent un sentiment d'affection ou de guérison. Ainsi, du point de vue de l'anthropologue médicale, toute pratique qui se revendique être thérapeutique l'est. Le travail de l'anthropologue consiste à s'intéresser à la compréhension des principes d'efficacité des pratiques thérapeutiques. Selon cette perspective, la santé et la maladie sont des expériences vécues intimement, qui s'expriment par des catégories de sens que le sujet partage avec son/ses groupes de référence. Face à la question de la valeur potentiellement thérapeutique de la chirurgie esthétique, mon objectif en tant qu'anthropologue consiste à comprendre le « sens » que ces acteurs attribuent à leur *expérience* thérapeutique en tant que patients ou à leur expérience de thérapeutes.

Plus généralement, il faut reconnaître que la chirurgie esthétique nous confronte avec une impasse classificatoire, qui provoque l'embarras des législateurs et qui nourrit la polémique autour de la légitimité de cette pratique. De fait, selon la vision biomédicale

251 Gilman voit la chirurgie esthétique comme une manière pour « passer » socialement. Il se réfère notamment à la chirurgie auprès des migrants européens aux États-Unis, qui en faisaient recours pour « passer pour » américains, et ainsi être intégrés plus rapidement.

conventionnelle, le corps et l'esprit ce seraient deux domaines séparés qui sont traités par des spécialistes différents, d'une part le physicien, de l'autre le psychologue. Le physicien soigne *le tangible* (le corps) *par le tangible* (la chirurgie ou la chimie), de son côté le psychologue soigne *l'invisible* (l'esprit) *par l'invisible* (la parole). Ces spécialisations thérapeutiques sont considérées comme irréconciliables. Elles s'exécutent en parallèle, mais elles ne sont que rarement intégrées les unes aux autres.

Cependant, en chirurgie esthétique le chirurgien intervient sur le tangible (le corps) afin de soigner l'invisible (l' « esprit », l'émotionnel, le relationnel). Dans ce paradigme d'efficacité, le travail chirurgical sur le corps n'est pas finalisé à réparer une fonction, mais à favoriser le bien-être émotionnel et relationnel des patients. En ce sens, comme nous l'avons déjà ébauché, le chirurgien esthétique déroge de l'éthos chirurgical conventionnel -de la figure de l'ouvrier et du mécanicien- car il ne se limite pas à réparer le corps, réifiant le patient. Bien qu'il ne soit pas éduqué à appréhender les dimensions psychologiques et relationnelles inhérentes à son travail, grâce à l'expérience clinique il développe une expertise particulière qui se démarque dans le domaine biomédical. Les enjeux liés au travail sur l'apparence l'obligent à sortir de la logique fragmentaire et hyperspécialisée valorisée conventionnellement en biomédecine hospitalière, pour agir dans le respect d'une vision de l'humain plus holiste.[252]

L'analyse du processus thérapeutique nous a montré que le chirurgien esthétique ne se limite pas à constater, a posteriori, que les interventions ont une répercussion sur la sphère psychologique et relationnelle des patients. Ce praticien est contraint d'en tenir en compte comme des facteurs nécessaires à l'établissement d'un diagnostic et d'un pronostic dans la consultation préopératoire. Ses observations sur la situation sociale et sur l'équilibre psychique du patient ont un poids d'importance égale que l'examen physique, et jouent sur la décision d'acceptation ou de refus de la prise en soin. Le chirurgien esthétique accueille le discours du patient, écoute son histoire, saisit sa condition psycho-socio-affective, prend acte de sa situation professionnelle, interprète ses représentations autour des défauts esthétiques afin d'évaluer si l'intervention a un impact positif sur sa vie. L'objectif thérapeutique de la chirurgie esthétique est celui d'aider le patient à être plus confiant, heureux et épanoui à la fois dans la relation à son corps, qu'à son groupe social de référence (restreint et élargi), c'est-à-dire son couple, sa famille, sa communauté et son milieu professionnel.

---

252 « Doctrine ou point de vue qui consiste à considérer les phénomènes comme des totalités » (Sumpf-Hug, 1973). <https://www.cnrtl.fr/definition/holisme> consulté le 19/2/2021.

Les effets positifs de l'intervention sur l'apparence ont été observés cliniquement aussi au sein d'expériences médicales. Elizabeth Haiken rappelle d'une étude de 1958, menée par le chirurgien plasticien Milton T. Edgerton, et le psychiatre de la John Hopkins University A. R. McClary qui portait sur les causes et les répercussions psychologiques de l'augmentation de la poitrine chez un groupe de patientes aux États-Unis. S'ils individualisent la cause du mal-être de ces femmes dans la publicité et les médias, attestent aussi d'une résolution positive post-chirurgicale :

> « Littéralement des milliers de femmes dans ce pays [USA] sont sérieusement perturbées par les sentiments de n'être pas adéquates par rapport à leur image de soi. Cela est en partie un résultat de l'exposition aux publicités et aux médias. Beaucoup de femmes avec un physique normal développent une conscience quasiment paralysante et le sentiment qu'elles n'ont pas les seins corrects. (…) Leur vie et souvent aussi les vies de leurs maris et de leurs familles deviennent misérables à cause de ces conflits. Ensuite, ils ont étudié les conséquences psychologiques sur les trente-deux femmes qui ont subi une intervention esthétique : les résultats dans tous les cas ont été " étrangement satisfacteurs ", suggérant que l'augmentation des seins pouvait soigner une variété de problématiques [ills]. Toutes les patientes sauf deux étaient " extrêmement satisfaites " souvent elles ont affirmé que l'opération a " changé leurs vies ". Ce sentiment de changement positif s'est prolongé pour longtemps après l'opération pour toutes leurs patientes. Les chirurgiens plasticiens affirment que l'augmentation mammaire a des répercussions psychologiques ; malgré cela, ils admettent de ne pas savoir combien de répercussions sont impliquées dans cette intervention, mais les effets psychiques sont clairs. Dans beaucoup de cas, les femmes " ont activement utilisé l'opération pour catalyser une série de changements dans leurs vies. C'est important qu'un chirurgien plasticien étudie ces effets dans l'espoir de comprendre comment les changements anatomiques peuvent produire du « bonheur » et avoir un impact dans les vies des patients et de ceux qui sont près d'eux " (Haiken, 1997, 245).

DU CORPS AU COSMOS (ET VICE-VERSA)

> « Le corps est relieur, il unit l'homme au groupe et au cosmos à travers un tissu de correspondances. »
> David Le Breton (2004)

> « Les interventions sur le corps et les objets corporels sont principalement créateurs de relations sociocosmiques. » Gil Bartholeyns (2011, 19)

L'observation auprès des acteurs de la chirurgie esthétique m'a montré que le corps n'est jamais pensé comme un élément inerte ou passif dans le changement morphologique. Les acteurs le conçoivent comme un élément actif, qui réagit aux changements qui se produisent dans la vie émotionnelle et relationnelle du patient, et qui les influence en retour. Le schéma ci-dessous représente l'interprétation que j'ai développée de ce réseau. Il se présente ainsi comme un système triangulaire où le corps (ou l'apparence corporelle),

l'esprit et la société[253] sont trois niveaux interconnectés de la présence au monde individuelle :

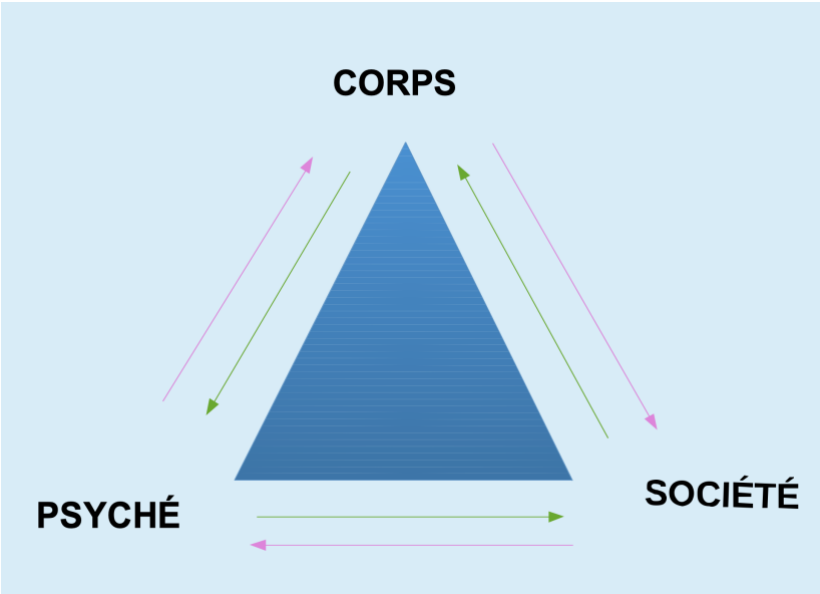

Figure 1 Schéma des correspondances symboliques entre les trois dimensions de l'être-au-monde en chirurgie esthétique.

Ce qui permet une porosité, une communication entre ces trois dimensions de l'être-au-monde est le symbole (récit, geste ou élément matériel) qu'ouvre une passerelle entre ces mondes autrement aperçus comme étanches.[254] En chirurgie esthétique le symbole autour duquel tourne la thérapeutique est le défaut esthétique (autrement dit, le complexe). Ce dernier est envisagé comme un élément pathologique qui renferme en soi un monde de significations. L'analyse du récit construit autour du défaut permet au thérapeute de comprendre la portée du mal-être psychique du patient, mais aussi sa place dans son monde social. Dans tous les cas, l'apparition d'un défaut esthétique révèle un désalignement, une rupture, un conflit psychique du patient. Ce défaut est conçu comme un catalyseur d'un mal-être bien plus vaste. L'analyse du défaut, dans les termes dont en parle le patient, permet au chirurgien de mieux comprendre la situation sociale et la condition psychique du patient. Son expertise d'interprétation de ce langage symbolique, se perfectionne grâce à la pratique clinique. Les praticiens rencontrés savent que l'action sur un défaut esthétique a des répercussions sur la vie psychique et relationnelle du patient, c'est sur la base de ce

253 Par société il faut également entendre les mythes, les récits, les représentations communes.
254 Ce mécanisme d'efficacité est utilisé par les psychanalystes, mais aussi par les hypno thérapeutes pour garantir l'efficacité de leurs thérapies.

mécanisme d'efficacité symbolique qu'ils favorisent une nouvelle confiance au patient et l'aident à rétablir un lien social épanouissant.[255]

Qu'est-ce qu'on entend par symbolique en anthropologie ? Je propose de reprendre la définition de symbolique élaborée par un archéologue, car elle élucide la valeur du symbolique comme capacité culturelle d'organiser le monde. La pensée symbolique nous permettrait d'organiser le monde physique, matériel selon une série de principes et de concepts culturels :

> « "Symbolique " est l'adjectif couramment employé en archéologie pour désigner un vestige dont la fonction n'est pas strictement utilitaire et qui manifeste une préoccupation ou une activité " spécifiquement humaine " : esthétique, spirituelle, religieuse, conceptuelle. "Symbolique " désigne en général tout ce régime de la pensée abstraite (…) l'art, bien sûr, mobilier et pariétal, la sépulture, la parure, le langage, la musique, la complexité de l'organisation sociale et des stratégies de chasse, etc. ou l'ensemble tantôt conjoint, tantôt disparate, de ces critères. "Symbolique " désigne, en creux, tout ce qui constitue l'exception humaine, c'est-à- dire la capacité de l'homme à s'arracher au régime de la subsistance pour inventer, créer, constituer en l'ordonnant un "monde" à travers l'usage de symboles.» (Starck, 2016)

L'anthropologue Maurice Godelier définit le symbolique comme :

> « L'ensemble des moyens et des processus par lesquels des réalités idéelles s'incarnent dans des réalités matérielles et des pratiques qui leur confèrent un mode d'existence concrète, visible, sociale.» (Lemerle et Perez, 2016) [256]

En ce sens, l'anthropologie symbolique considère que « le canal privilégié pour l'exercice de ce travail symbolique si central dans la constitution des sociétés, c'est le corps. » (Lemerle et Perez, 2016).

Le modèle thérapeutique qui se sert de la fonction symbolique afin de soigner, est connu en anthropologie médicale sous le nom d'« efficacité symbolique ». Cette façon de soigner a été étudiée auparavant par les anthropologues, dont l'exemple emblématique reste l'étude de Claude Lévi-Strauss auprès des indiens Cuna de Panamà. L'anthropologue raconte l'intervention d'un chaman pour favoriser le déroulement d'un accouchement difficile. Ce dernier utilise le chant et du mythe pour induire la femme en couche à s'identifier au récit et ainsi accoucher plus facilement.

---

255 C'est sur ce principe qui se base la thérapeutique des soins de psycho-socio-esthétique, qui appliquent les soins esthétiques de coiffure, manucure, pédicure aux malades en convalescence dans les hôpitaux ou bien auprès des prisonnières ou des SDF (Carpigo, 2016b ; 2021).

256 Citant Maurice Godelier dans Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie, Paris, Flammarion, 2010 (coll. Champs Essais) (1e éd., Albin Michel, 2007). p. 43-44.

> « Le texte [le chant prononcé par le chaman] (…) constitue une médication purement psychologique puisque le chaman ne touche pas au corps de la malade et ne lui administre pas de remède ; mais, en même temps, il met directement et explicitement en cause l'état pathologique et son siège : nous dirions volontiers que le chant constitue une manipulation psychologique de l'organe malade, et que c'est cette manipulation que la guérison est attendue ». **(**Lévi-Strauss, 1949, 12).

Lévi-Strauss observe que, dans une optique symbolique, la parole du chaman (le chant, le mythe) a une influence sur le monde matériel, le corps de la patiente, le processus physiologique. Cette influence thérapeutique, qui s'apparente à la suggestion, ou au placebo en termes psychanalytiques occidentales, trouve sa force par la combinaison de plusieurs éléments et facteurs, dont le fait que le chant ait été prononcé par le chaman dans un contexte d'urgence et de tension particulière.

Le Dr Singer, interrogé à ce propos, rappelle que la force du placebo réside dans la manière dont le praticien approche le patient et le discours qu'il tient :

> *« L'effet placebo c'est comme je donne l'antibiotique. D'accord ? Si vous avez une infection et ils vous donnent un antibiotique en pharmacie, il a un effet certain ! Mais si jamais le docteur vous dit : 'Vous savez, vous avez telle maladie précisément, je vous donne cet antibiotique. Et vous savez, cet antibiotique il est spécifique de votre bactérie, vous allez prendre cet antibiotique et dans deux jours vous êtes guéri'. Et bien l'effet il sera encore meilleur ! Et puis il y a un autre effet que l'on oublie souvent, c'est l'investissement du patient dans le traitement. Il y a des patients qui veulent guérir ! Ils sont persuadés qu'ils veulent guérir et ils vont guérir ! (il claque les paumes) Eux ils guérissent ! Et puis il y a des patients qui sont inquiets, ils n'ont pas de confiance dans le traitement, voyez ? (...) »*
>
> *(Entretien avec le Dr Singer, Paris, France, 2015)*

Cependant – comme le soulignent David Le Breton (2011, 132) et Jean-Dominique Michel (2012, 81) – il faut solliciter avec précaution le concept d'efficacité symbolique focalisant l'attention uniquement à la seule dimension psychologique du soin (qui valorise l'efficacité de la puissance de la parole/du récit/de l'explication du thérapeute). En chirurgie esthétique nous observons que l'efficacité symbolique s'appuie principalement sur le travail de la matière organique, lequel permet de visualiser, imaginer, concevoir et expérimenter le déblocage/changement thérapeutique. Cet ancrage dans la matière, dans le corps vise à interférer analogiquement sur les plans invisibles. L'efficacité est renforcée par le discours du thérapeute qui apporte ses commentaires et ses appréciations tout au long du processus de soin.

Ce rapport de correspondance symbolique en chirurgie esthétique a été ébauché auparavant par d'autres chercheurs. L'ethnologue Isabelle Faivre affirmait que ces correspondances étaient régies par un principe de « substitution symbolique » : « Corps et

société entretiennent un rapport de substitution symbolique (…) modifier la forme de son corps équivaut à tenter de modifier la forme dont on est socialisés. (…) » (Faivre, 1976, 236). Et encore : « Modifier son corps revient à tenter de maîtriser le monde extérieur » (*ibidem*, 241). Dans un article de 1989, Faivre approfondit cette réflexion et nous donne des clefs précieuses pour la formulation d'une étude symbolique à la chirurgie esthétique.

> « Le geste chirurgical agit en effet au plan du réel en instaurant un nouvel ordre, celui d'une esthétique d'allure normative qui rappelle aussi la conception platonicienne de la Beauté dont la valeur est initiatique : selon Platon, c'est le Beau, ou le Souverain Bien, qui est recherché à travers les images du Beau et rechercher le Beau revient et conduit à rechercher le Bien. (…) Au plan symbolique, le geste chirurgical agit comme une sorte d'exorcisme en supprimant ou réparant ce qui est vécu par l'individu comme un défaut, un manque, une tare, un stigmate, qui tend à le maintenir à l'écart ou dans l'indétermination. L'apparence est transformée par un chirurgien-démiurge dans une relation chargée d'affects transférentiels très forts (Faivre, 1985) : elle devient alors le gage d'une renaissance possible et d'une autre vie. (…) Tel un rite de passage, l'intervention esthétique se situe à un moment décisif de la vie, caractérisé par une évolution, un changement dans une histoire singulière, une situation-charnière souvent incertaine (…) Comme le rite, le geste chirurgical libère et délie (…) Si ce qui nous distingue du règne animal est bien la parole, nos productions esthétiques quelles qu'elles soient, littéraires, poétiques, plastiques ou musicales, caractérisent aussi notre appartenance humaine : il en est de même des transformations de l'apparence corporelle. Il ne s'agit plus alors d'un artifice ni d'un simulacre, mais de la transformation d'un donné par un sujet situé dans un réseau social symbolique, et qui en fait sa propre vérité » (Faivre, 1989, 107-110).

De son côté, David Le Breton, observe qu'en chirurgie esthétique se joue un « transfert » d'un mal-être sur un organe (le défaut esthétique), dont la « purification » (la correction, ou l'enlèvement) pourrait ensuite provoquer chez le patient un soulagement et plus en général une « existence nouvelle et plus propice » :

> « La résolution des difficultés existentielles repose toute entière sur la correction de la zone contestée du visage ou du corps : la solitude, la timidité, l'échec, la jeunesse qui s'en va, etc. (…) Le trait à modifier est la métonymie de la somme des désagréments rencontrés. On voit ici en quoi l'opération chirurgicale relève en fait de l'efficacité symbolique et rappelle les procédures du chamanisme. Tout le mal est fixé par transfert sur un organe que l'on soustrait ou dont on modifie l'apparence. De cette purification est attendue une existence nouvelle et plus propice » (Le Breton, 2011, 254).

David Le Breton définit ces mécanismes de correspondances comme une *physiosémantique* (Le Breton, 2011, 134), soulignant que derrière un symptôme physique se cache un monde de significations à analyser. Afin de comprendre la complexité des mécanismes d'efficacité symbolique, il est nécessaire d'étudier à la fois les significations subjectives que les patients donnent à la démarche de recourir à la chirurgie esthétique (l'apparition des défauts, leur qualification, les espoirs liés à une libération de ces derniers), et les croiser avec une étude sur les représentations collectives autour d'un défaut ou d'une caractéristique esthétique désirée.

Il serait intéressant d'adopter cette perspective symbolique pour comprendre les phénomènes comme les chirurgies dites « ethniques », telles que les interventions esthétiques faites par les populations d'Amérique Latine (Muñiz, 2010, 2013). Il ne serait pas surprenant de découvrir que le partage de représentations communes influence le recours à ces pratiques. Ces récits s'incarnent dans des symboles, par exemple le nez aquilin considéré, dans les Andes comme une marque de l'appartenance à la catégorie d'indigène. Mais qu'est-ce qui signifie être indigène dans l'Amérique Latine d'aujourd'hui ? Cela renvoie à un ensemble de caractéristiques négatives comme la pauvreté, la marginalisation, la stigmatisation, les discriminations et le mépris racial, l'ignorance, voire une sorte de « sauvagerie ». Ce racisme perpétué vis-à-vis des indigènes par les *mestizos* a une raison historique, liée à la colonisation. Ce processus a contribué à la relégation des indigènes aux tâches agricoles et humbles, ils forment aujourd'hui les couches marginales et pauvres dans l'échelle économique basée sur les valeurs européennes « modernes ». Ce mépris de « l'indigénité » se manifeste notamment à l'égard de l'apparence physique.[257] Le recours à la chirurgie esthétique de la part des *mestizos* qui souhaitent se distinguer des paysans indigènes, peut être interprété comme une recherche d'élévation sociale, mais aussi comme une démarche qui permet individuellement, selon l'histoire biographique des sujets, un certain soulagement et un certain espoir.

Pourquoi les patients de la chirurgie esthétique ont-ils recours à une chirurgie et non à une psychothérapie pour soulager leurs complexes ? D'une part, il n'est pas aisé de s'adresser à un psychothérapeute, car il y a un stigmate qui pèse sur le fait de consulter un psychologue. De plus, la psychothérapie engage généralement dans un long parcours de soin et n'assure pas d'amélioration « tangible », sur le moment.

D'autre part, la chirurgie montre ses atouts pour marquer une efficacité spécifique. Certains ethnologues, tel Roberto Lionetti, se sont interrogés sur l'efficacité thérapeutique de la structure rituelle en chirurgie. De fait, certaines personnes, pour se sentir changées (guéries), ont besoin de traverser l'épreuve rituelle de la chirurgie, pour inscrire dans le corps ce tournant biographique :

> « Pour qui est fermement persuadé de la réalité physique de la maladie, l'intervention chirurgicale - avec l'exportation, la manipulation ou la greffe d'une partie concrète de l'organisme humain-, assume une énorme valeur symbolique, capable d'accroître l'efficacité technique de l'intervention, lorsqu'il ne constitue pas (comme dans le cas des interventions chirurgicales qu'ont révélé après leur nature de simple traitement placebo) la seule impulsion à la guérison. (…) Je trouve que l'efficacité thérapeutique de la métaphore chirurgicale (ou si vous préférez, la manifestation d'un effet placebo

257 Les indiens ont généralement une morphologie trapue, la peau foncée, le nez aquilin, les yeux en amande, les pommettes hautes, les cheveux long tressés avec de rubans de couleurs.

comme conséquence d'une opération) trouve son explication, d'un point de vue psycho-anthropologique, dans l'adhésion du rituel chirurgical à la structure fondamentale des rites de passage. Des nombreux rites thérapeutiques se présentent, en effet, comme des rites de passage, par le biais desquels une « personne malade » est transformée dans une personne saine », ou au moins guérie. La transition entre les deux conditions implique souvent que le patient se retire de la vie de tous les jours, avec l'obligation de se soumettre à des traitements déterminés et respecter les taboues de différente nature. » (Lionetti, 1988)

Le rituel chirurgical n'est probablement pas une solution adaptée pour tous, mais pour ceux qui sont persuadés que seule une chirurgie pourrait venir à bout de leur mal, elle est hautement efficace. Les patients de la chirurgie esthétique ont besoin d'une thérapie qui s'ancre dans la matière, car c'est par ce biais que le traitement pourra garantir son efficacité et engendrer un sentiment d'amélioration. Le chirurgien esthétique développe une expertise afin de sélectionner uniquement les candidats qui pourront bénéficier de l'intervention, c'est-à-dire ceux qui adhèrent à la force symbolique du rituel et qui l'envisagent comme le moyen le plus efficace pour atteindre une « guérison » ou un mieux-être.

Cette efficacité symbolique ancrée dans la matière existe aussi bien dans les formes des thérapeutiques traditionnelles, comme l'explique l'ethnopsychiatre Tobie Nathan :

« L'analyse des techniques thérapeutiques traditionnelles montre (…) que toute parole est un acte qui annonce ou répète des processus formels qu'un bon guérisseur s'emploie à manipuler sur le corps même du malade, sur sa famille, sur des objets, afin d'en obtenir des modifications psychiques. Il s'agit de déclencher chez le malade un mécanisme et non de lui expliquer, de lui raconter une étiologie magique ou de le séduire ». (Nathan, 2001, 53)

« QUEL TYPE DE SOIN APPORTEZ-VOUS À VOS PATIENTS ? »

C'est la question que j'ai posée à mes interlocuteurs vers la fin de nos rencontres. Leurs réponses m'ont laissé entendre que les chirurgiens esthétiques sont conscients que par le biais de la modification de l'apparence interviennent aussi sur le rapport au monde des patients :

*« **Quel type de soin est la chirurgie esthétique ?***
C'est de la chirurgie du bonheur. (silence) La finalité de la chirurgie… Pourquoi une personne fait de la chirurgie esthétique ? Est-ce que vous pensez que c'est pour passer de 5 rides à 3 rides ? Ou c'est pour passer de… 70 cm de taille à 65 ? je ne pense pas que ça se mesure en centimètres ou en quantité. Les gens cherchent une cure de jouvence… Les gens cherchent un épanouissement, un bien-être profond, à travers ça. Et la chirurgie esthétique c'est juste un moyen pour accéder à ce stade ! Il y en a qui accèdent autrement hein ? Par les chimies artificielles ! Il y en a uns qui font du sport pour être bien, et puis il y en a qui font la chirurgie esthétique pour se sentir épanouis ! Pour augmenter l'estime d'eux-mêmes, pour avoir une image plus valorisante d'eux-mêmes plus conforme à l'image qu'ils ont d'eux ! Les gens se

regardent au miroir et elles se disent : ce n'est pas moi ! Moi je ne me vois pas comme ça ! »
(Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015)

---

*« **Quel type de soin donnez-vous à vos patients en chirurgie esthétique ?***
Euhm… j'améliore leur estime de soi. Voilà. C'est… je les aide à mieux, à mieux s'accepter à se sentir mieux dans leur peau et ça améliore leur estime d'eux-mêmes. Et c'est assez spectaculaire de voir des patientes qui reviennent et qui sont transformées ! Ils sont en pleine forme, ils sont heureux, ils ont l'impression qu'ils peuvent tout réussir dans la vie, ils ont trouvé un nouveau job, tout ça… leur copule va mieux. Non, c'est vraiment des… une chirurgie qui est assez, qui est très chouette et c'est chouette de voir que les patients qui reviennent et qui sont formidablement bien dans leurs peaux. Les gens sont mieux dans leur peau. C'est quand même…

Vous direz que c'est thérapeutique ? Et dans quel sens ?
Bah, c'est aussi thérapeutique que la psychanalyse. J'ai l'impression pour moi que c'est deux approches différentes à un même problème. Vous avez une femme qui, votre qui n'est pas contente qui a le cou qui ride et tout ça. Euh. Bah vous pouvez lui dire, ma petite dame il faut apprendre, vous avez 60 ans, vous êtes comme votre mère et votre grand-mère, c'est comme ça il faut apprendre à vivre avec… Si vous êtes très triste allez voir un psychanalyste pour discuter de toute ça. Ou bien vous pouvez prendre une baguette magique et faire cet… cet élément-là ! Donc, je pense que c'est une approche plus cartésienne, plus d'action ! Voilà, qui est pour, un profil de, de personnalité. C'est-à-dire que vous avez des gens qui sont… Vous avez des femmes qui vont dire, « Oui, bon bah si mon cou m'embête, je vais apprendre à vivre avec », puis il y en a d'autres qui disent : « Bah après tout, mince alors je me sens en plein forme, je me sens pas différente de quand j'avais 30 ans, je me sens en pleine forme, je veux continuer à bosser à être jolie et tout, et je ne vois pas pourquoi je devrais apprendre à vivre avec ! » Et ça, ce discours-là, quand vous avez quelqu'un qui vous dit ce genre de discours, vous savez que c'est quelqu'un qui va être bien dans ses baskets et qui va avoir un très beau résultat. Qui va être heureuse du résultat. Voilà. »
(Entretien avec le Dr Noguès, Paris, France, 2015)

---

*« « **Quel type de soin donnez-vous à vos patients en chirurgie esthétique ?***
Quel type de soin ? Ehu... c'est la solution d'un problème ! C'est pas quelque chose de superflu, je dirais. C'est pas juste... du vent, de quelque chose de superflu. Les gens arrivent avec réellement un complexe, réellement quelque chose qui les embête. Et je pense que les améliore vraiment, en termes d'image physique, les gens qui ont plus de... ils ont plus confiance en eux. Après il en a beaucoup qui disent que la chirurgie les a changés à niveaux de la vie de tous les jours ! C'est pas si superficiel que l'image que l'on donne souvent dans les médias. »
(Entretien avec le Dr Bruder, Strasbourg, France, 2012)

---

*« **Quel type de soin apportez-vous à vos patients ?***
Je crois que tu leur changes la vie, la vie émotionnelle, médicalement. Pourquoi l'esthétique ? L'esthétique ne résout pas la maladie, peut-être les autres médecins spécialistes peuvent en dire plus... mais en réalité quand tu améliores l'esthétique d'une patiente, tu lui changes la vie. Tu lui changes son estime de soi, tu lui changes beaucoup de choses. Elle devient sûre [d'elle], tu changes les relations avec sa famille, avec ses enfants, tu lui changes tout. »
(Entretien avec le Dr Martínez, Mexico, Mexique,2013)

*« **Comment définiriez-vous le travail du chirurgien esthétique ?***
La chirurgie esthétique est un art. Un art de modeler, de transformer. Comment est-ce que j'aide le patient ? Je l'aide à améliorer son estime de soi, son corps, physiquement. Donnant de la beauté à son corps et cela lui plaît automatiquement. Il acquiert confiance en lui et beaucoup de choses changent, hein ? Y compris ses relations familiales, ou de couple. Alors ça c'est très cool. Ça c'est ce qui implique une chirurgie. »
(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2016)

Certains praticiens comme le Dr Weibel, préfèrent se tenir à leur expertise anatomique, qu'ils envisagent comme un acte de « normalisation » esthétique. Cela est certainement dû au fait que le Dr Weibel est un praticien hospitalier, qui est quotidiennement confrontée à des cas de chirurgie réparatrice et reconstructive, d'où la référence à la normalisation de l'apparence. Néanmoins, sa réponse synthétique dévoile aussi un certain embarras face à une question « gênante » autour des mécanismes d'efficacité symbolique inhérents à son action sur l'apparence.

*« **Quel type de soin apportez-vous à vos patients ?***
[hésitation] Aaaahhhh... C'est une question... hein... écoutez j'essaye de répondre à une demande s'il y en a une, j'essaie de les rendre si normaux que possible, sur le plan anatomique. En espérant que ça arrangera leur problème personnel. Voilà. Je sais que je refais l'anatomie, c'est ça la chirurgie esthétique. »
(Entretien avec le Dr Weibel, Alsace, France, 2012)

UNE RECHERCHE D'HARMONIE ET D'ÉQUILIBRE

"La chirurgie plastique surgit d'un propos transcendantal. Son objectif est d'harmoniser le corps et l'esprit, l'émotion et la raison, avec l'objectif d'établir un équilibre qui permet à l'individu de se sentir en harmonie avec sa propre image et l'univers qui l'entoure. "
Dr Ivo Pitanguy (1923-2016)

« Pour moi le principe de base du chamanisme, c'est l'harmonie et l'équilibre »
Tatiana Vassilyevna Kobejikova, chamane khakasse, Féderation de Russie[258]

La chirurgie esthétique est souvent présentée par les chirurgiens comme un acte « *d'harmonisation* ». Il s'agit tout d'abord d'une harmonisation physique, car l'action des chirurgiens cible les morphologies corporelles, et donc l'équilibre des volumes, formes et

258 Interviewée par Isabelle Célestin-Lhopiteau (2011, 108).

reliefs par le biais du remaniement de la peau, du cartilage, des muscles, de la graisse et des autres tissus organiques. Le concept d'harmonisation esthétique renvoie aussi au travail de formes et des reliefs morphologiques afin que la lumière frappe de manière cohérente la surface du corps, et crée ainsi un rayonnement spécifique qui attire le regard.

L'envie de recourir à la chirurgie esthétique s'associe toujours à la naissance d'un sentiment de gêne, ou de mal-être. Ce mal-être est d'abord mal défini et il se « matérialise » (trouve ancrage) progressivement[259] dans certaines particularités physiques, qui assument dès lors le caractère de « défauts esthétiques ». Les défauts esthétiques ont la fonction de *catalyseurs* du mal-être ressenti par la personne. Cette identification du mal-être (intérieur) aux défauts (extérieurs) détermine une relation de causalité par laquelle le défaut cause le mal-être psychologique ressenti par la personne.[260] Le défaut est assimilé à un élément parasitaire qui empêche le sujet de rayonner dans son plus haut potentiel. L'attention des chirurgiens porte donc sur le défaut esthétique qui brise l'harmonie naturellement du corps. Enlever le défaut permettrait de « libérer » l'apparence d'un élément dissonant en la rendant plus harmonieuse.

> *« [Un chirurgien esthétique] doit amener les composantes... à l'harmonie. Alors, ce qu'il doit faire, c'est de voir où se trouvent les choses qui ne sont pas harmonieuses (...) Ce que nous observons c'est un ensemble de lignes, courbes, angles, textures, couleurs et cela tu le conçois comme un tout. Tu commences à voir ce qui n'est pas en harmonie. Et là, quand tu isoles cette partie (...) l'art commence à se manifester. »*
> *(Entretien avec le Dr García, Mexico, Mexique, 2013).*

Or, cette harmonisation physique devrait s'accompagner analogiquement d'une pacification intérieure (psychologique) et d'une amélioration des relations sociales. Dans ce sens, le travail du chirurgien esthétique peut être comparé à celui d'un guérisseur traditionnel, tel qui le décrit Daniel Schurmans :

> « Le guérisseur cherche à rendre au patient sa place dans le groupe, et à transformer un élément parasitaire, isolé en un élément harmonieux et fonctionnel de l'échange social. Pour atteindre ce but, il ne déclare pas ses intentions (…) il fait référence aux représentations (aux croyances concernant la nature et les causes des maladies) pour justifier logiquement des pratiques rituelles qui aboutissent, « comme *par hasard », à harmoniser les relations familiales. » (Schurmans, 2016, 209)*

---

259 Les commentaires des proches sont un élément très influent dans la création des complexes, mais aussi dans la confirmation ou infirmation du résultat opératoire, c'est pourquoi le praticien lorsqu'il sélectionne les candidats prête attention aussi aux accompagnants, et lui pose des questions pour saisir s'il est entouré de personnes effectivement bienveillantes à l'égard de sa modification.

260 En chirurgie esthétique l'étiologie du mal (l'étude des origines du mal-être) est inversée par rapport au diagnostic qui pourrait fournir la psychologie, qui prend en considération le mal-être intérieur comme déterminant d'une image de soi faussé et négative.

Cela dit, la vocation première des chirurgiens esthétiques est celle d'être des « refaiseurs de corps »,[261] des travailleurs de l'anatomie. Ils « sculptent » la matière organique et donc les formes corporelles se proposant d'obtenir une apparence corporelle harmonieuse dans sa globalité. Le concept d'harmonie, d'équilibre et de beauté se rejoignent en chirurgie esthétique. Le résultat idéal est conforme à la demande du patient et aux critères sociaux valorisés par son groupe de référence. Cela renvoie à un rapprochement possible entre le critère de beauté harmonieuse et équilibrée recherché en chirurgie esthétique et le « cheminement dans la beauté », concept que les cultures amérindiennes Navajo utilisent pour définir le critère de justesse de « l'action » ou du « parcours » thérapeutique (Arviso Alvord et Cohen Van Pelt, 2003).

Cet objectif d'harmonie renvoie aussi à la dimension artistique et créative du travail du chirurgien esthétique, car s'il n'est pas nécessaire d'avoir un talent particulier de sculpteur pour exercer la chirurgie plastique, une certaine sensibilité dans l'agencement des morphologies est la bienvenue. L'action de modelage du corps demande d'avoir (ou de développer) un sens des proportions, de symétrie, de justesse. Cette habileté manuelle se situerait au croisement entre la sculpture et la couture, car il s'agit de remodeler les formes et les volumes organiques, tout en drapant la peau qui entoure le corps. La suture doit être « belle », lisse, car elle est destinée à se camoufler au possible dans le postopératoire.

PARADOXES APPARENTS

La chirurgie esthétique trouve son essor et sa popularisation au sein des « sociétés liquides » contemporaines (Bauman, 2007a, 2007b), et elle autorise une certaine fluidification des codes rigides de l'identification lignagère et sociale qui se basent aussi sur l'apparence. Nous pourrons croire qu'elle est un épiphénomène emblématique de cette « condition postmoderne » dans laquelle versent les individus contemporains. Pourtant, elle est envisagée par les usagers comme un moyen d'ancrage identitaire, dans la mesure qu'elle permet une désincorporation de certaines caractéristiques morphologiques et une incorporation de nouvelles formes d'identification. Dans ce contexte fluide, la chirurgie esthétique affranchit de ce sentiment de vulnérabilité grâce à l'investissement symbolique sur le corps comme moyen de relation. Comme le souligne David Le Breton : si « la définition moderne du corps implique que l'homme soit coupe du cosmos, coupé des autres, coupé de lui-même (…)

261 Selon l'expression du Dr Garcia, « los cirujanos palsticos somos rehacerdores de cuerpos » (nous, les chirurgiens plasticiens sommes des refaiseurs de corps).

l'action sur le corps traduit la volonté de combler la distance entre la chair et la conscience » (2011, 47).

> « L'investissement sur le corps propre traduit souvent [aussi] l'absence des autres (…) quand tout devient incontrôlable, même la relation à l'autre dans le couple et la famille, quand la sécurité existentielle se relâche, il reste comme unique certitude la chair dans laquelle l'homme est pris, le lieu de sa différence et de sa coupure avec les autres » (Le Breton, 2011, 194-195).

Dans les sociétés « postmodernes » le corps devient l'allié par excellence de l'individu. L'investissement sur l'apparence esthétique permet au sujet d'attirer les autres à soi, de se sentir présent dans le regard autrui, de récupérer ce lien symbolique avec les autres. Le corps assume alors le rôle de relieur social (Le Breton, 2004).[262]

Un paradoxe dans l'étude de la chirurgie esthétique tient au fait que cette pratique favorise le changement (physique) « pour mieux être soi », motivation qui revient souvent dans les discours des patients. Comment peut-on rejoindre un état de plus grande authenticité en faisant recours à un artifice ? La réflexion de l'helléniste Marcel Detienne sur les représentations des thérapeutiques de l'Antiquité, nous aide à démêler ce paradoxe. Ce dernier nous rappelle que :

> « Dans la tradition appelée hippocratique, le changement, *métabolé*, est également une catégorie qui intervient pour définir la maladie et la thérapeutique : la maladie se présentant comme un changement par le corps, provenant lui-même le plus souvent soit d'un changement dans les saisons, soit d'un bouleversement soudain dans le régime. Réciproquement la thérapeutique peut faire appel au changement, un changement 'à la fois opposé et proportionné' à celui de la cause de la maladie. C'est en grec *antimetaballein* : répondre au changement par le changement »
> (Detienne, 2000, 69)

Ainsi, en chirurgie esthétique « l'authenticité » de l'apparence est retrouvée éliminant l'élément qui la corrompt, c'est-à-dire le défaut esthétique. Le changement corporel ne serait qu'une réponse visant équilibrer un état de déséquilibre représenté par le défaut esthétique. Ce dernier, apparu à la suite d'une circonstance de la vie particulière (accident corporel, état de détresse, deuil, séparation, divorce, grossesse, etc.), suscite un état émotionnel de détresse ou de malaise. La notion de changement thérapeutique -ou de thérapeutique par le changement- est reprise aussi dans l'ouvrage *Changer par la thérapie* (2011) cordonnée par Isabelle Célestin-Lhopiteau. Cet auteur envisage l'art de guérir comme « l'art du changement » visant à soigner « des patients immobilisés dans leur vie par une maladie, une souffrance ». En

262 Voir l'article en ligne « De l'efficacité symbolique par David Le Breton » <https://www.passereve.com/journal/HTM/efsy.html#nh8> consulté le 18/2/2021.

inscrivant un changement dans l'ordre pathologique qui bloque et empêche d'exercer les activités quotidiennes et une vie épanouie, le thérapeute ramène « le patient dans le mouvement de sa vie » (2011, 1).[263]

Que ce soit dans l'hypnose, dans le chamanisme ou dans les psychothérapies, la notion de changement ou déblocage est à la base du principe thérapeutique. Ainsi, en chirurgie esthétique il s'agit de changer le corps du patient pour éliminer les complexes psychologiques liés aux défauts qui « pèsent, bloquent, enferment »[264] et qui l'empêchent de vivre sereinement.

[263] Dans ce sens, Célestin-Lhopiteau souligne l'importance des facteurs externes au soin pour garantir une certaine efficacité thérapeutique en psychothérapie. Selon l'étude de Lambert (1986), cité par Célestin-Lhopiteau, les facteurs déterminants l'amélioration d'une personne adulte seraient pour un 85 % des facteurs non techniques, liés ou non liés à la thérapie : « Un 40 % par des facteurs extrathérapeutiques qui tiennent du patient et de son environnement ; un 30% de facteurs relationnels communs et non-spécifiques aux modèles thérapeutiques comme l'empathie, la chaleur relationnelle, l'encouragement ; pour un 15% par les attentes du patient vis-à-vis de la thérapie qu'il entreprend ; pour un 15 % par des facteurs techniques spécifiques au modèle appliqué par le thérapeute ».

[264] Ces termes sont souvent sollicités par les patients de la chirurgie esthétique. J'en ai ébauché une analyse dans mon travail de mémoire de master 2, intitulé : « Esthétiser le corps, une pratique thérapeutique ? Une analyse ethno-historique du procédé de changement en chirurgie esthétique".

4.2 ANTHROPOPOIÉSIS : LA BEAUTÉ COMME RECHERCHE D'HUMANITÉ

Dans le chapitre précédent, nous avons expliqué que la chirurgie esthétique est envisagée par ses acteurs comme une mise en ordre ou harmonisation symbolique à la fois physique et métaphysique qui vise à résoudre une souffrance individuelle. Toutefois, l'anthropologie l'étudie aussi comme une pratique inscrite dans une quête plus fondamentale. Selon l'anthropologue Francesco Remotti, l'ensemble des modifications de l'apparence, répond à une fondamentale « recherche d'humanité » (Remotti, 2006 : 113). La réflexion de Remotti autour des interventions esthétiques sur le corps (qu'il nomme avec l'acronyme IEC) ouvre à des questionnements fondamentaux, fondateurs d'une véritable anthropologie des soins esthétiques. De fait, cet auteur s'intéresse au sens anthropologique de l'esthétisation du corps en tant que comportement culturel commun à toutes les cultures humaines.

Des écrits de Remotti émergent des questionnements clefs : L'esthétisation corporelle est-elle une stratégie humaine pour se distinguer des autres animaux ? Remotti nie cette hypothèse qui paraît réfléchir un certain anthropocentrisme. D'ailleurs, les éthologues ont observé que les animaux non humains font aussi preuve de culture, et à l'occasion, aussi de comportements qu'engage une certaine mise en scène esthétique de soi ou des objets qui les entourent (Bartalesi, 2012, 2015, 2017).

Est-ce la mise en beauté du corps un caractère culturel qui marque le dépassement d'une incomplétude biologique ? C'est la perspective suggérée par Clifford Geertz, lequel affirme que « nous sommes des animaux incomplets ou non finis qui nous complétons et nous parachevons par le biais de la culture ».[265] Remotti soutient ce point de vue, mais il tient à nuancer ce propos. Citant Edgar Morin,[266] il rappelle que cette complétude ne serait qu'un idéal auquel l'on tend, assimilable à une perpétuelle recherche et à une succession de réajustements et réorganisations qu'à une complétude tangible (Remotti, 2003a, 41). Comme l'affirmait aussi David Le Breton, « l'homme ne cesse jamais de naître et ses conditions d'existence le changent en même temps qu'il influe sur elles » (Le Breton, 2003b, 22).

Néanmoins, aucun individu, selon Remotti, ne se soustrait à ce travail anthropopoiétique, terme qu'indique le façonnement de l'humanité (du grec *anthropos*, en

265 Remotti (2003a, 48). Cit. C. Geertz, 1973, The Interpretation of Cultures, Selected Essays, New York, Basics Books, p. 49.

266 Remotti se réfère à l'ouvrage d'Edgar Morin, 1973, Le paradigme perdu, la nature humaine, Paris, Le Seuil.

français homme, et *poiein*, en français faire). L'anthropopoiésis se traduit donc dans une démarche *d'autopoiésis*, de façonnement et de redéfinition perpétuelle de soi, qui s'organise souvent en rituels collectifs ou individuels. « L'homme devient *plastes et fictor,* modeleur et sculpteur de lui-même, afin de représenter, la "forme" qu'il aura librement choisie pour lui » (Remotti, 2018, 28).[267]

L'action anthropopoiétique est présentée par Remotti par la métaphore de l'élagage d'un buisson de roses, dont le travail sur l'arbuste laisse apparaître la forme souhaitée, enlevant ce qu'est superflu ou caduque. Ainsi, l'esthétisation du corps est imaginée par Remotti comme un processus de mise en valeur d'une forme cachée. Le corps est une matière brute à travailler, à apprivoiser. Cependant, « même le refus de soigner l'esthétique corporelle est un choix de nature esthétique », affirme Remotti (Remotti, 2003b, 280). L'anthropopoiésis transcende donc l'acte de modification du corps, car le choix de ne pas le modifier (ne pas couper les cheveux, la barbe, les poils, les ongles, ne pas se laver, ne pas se maquiller, ne pas faire du sport) engage des répercussions esthétiques également significatives. D'ailleurs, Remotti ne considère pas l'anthropopoiésis comme un processus normatif, directif, vertical, qui obligerait les individus à se conformer à des standards d'humanité uniformes. Le recours aux IEC ne signifie pas adhérer passivement à une « norme » esthétique, mais à s'approprier certaines caractéristiques valorisées socialement et à participer ainsi à une dynamique d'emprunts mutuels favorisée par les contacts entre les peuples, notamment à l'époque de la mondialisation.

Analyses des IEC comme agents d'anthropopoiésis

Remotti organise et classifie les IEC en vingt-trois catégories :

1. Objets externes
2. Toilette
3. Parfums
4. Cosmétique, colorier et maquiller le corps ou les cheveux
5. Modelage d'annexes de la peau (poils, ongles, cheveux)
6. Modelage de structure musculaire
7. Modelage de la structure des os depuis l'extérieur
8. Modelage du comportement
9. Modelage de la voix
10. Tatouages
11. Scarifications

267 Remotti reprend le concept évoqué en 1489 par Pic de la Mirandole dans son ouvrage De Dignitate Hominis dans lequel il affirmait que l'homme « se façonne, se modèle et se transforme [effingit, fabricat et transformat] » lui-même » [se ipsum] » (Remotti, 2018, 28).

12. Brûlures et marquages de la peau
13. Perforations et insertion d'objets externes
14. Entailler les dents
15. Amputations
16. Chirurgie génitale
17. Chirurgie esthétique moderne
18. Alimentation et régimes
19. Interventions chimiques et hormonales
20. Intervention en vue de la mort
21. Traitement du cadavre
22. Production et traitement des restes humains
23. Dissolution

Cette liste nous montre la variété des interventions esthétiques sur le corps qui ont été répertoriées par les ethnologues. Le critère de classification exposé est celui propre à Remotti, mais d'autres critères pourraient être évoqués, tels : la douleur provoquée, le degré d'invasivité, de la zone du corps traitée, celles exécutées par le sujet lui-même ou par la collectivité, celles qui relèvent de l'hygiène quotidienne ou du protocole rituel, celles volontaires ou imposées, etc. Je ne propose pas à cette occasion d'approfondir le regard sur l'ensemble des IEC, mais plutôt de souligner ce qu'elles ont en commun et de mettre en avant les particularités de la chirurgie esthétique.

Tout d'abord, il faut souligner que toutes ces interventions sont anthropologiquement significatives, car elles constituent un langage symbolique que les anthropologues ont encore peu exploré. Ces gestes contribuent à marquer les différences et/ou les affinités parmi les membres d'un groupe (ou de différents groupes) ; elles permettent à l'individu de s'orienter dans le monde social, d'être reconnu ou de reconnaître les autres comme semblables ou dissemblables ; d'attirer et séduire ou bien de provoquer leur rejet ; le « camouflage » et la mobilité entre les genres et les classes ou les âges, etc. En résumé, les IEC inscrivent dans la chair du sujet son affiliation à un (ou plusieurs) « modèle d'humanité » (totémiques, ethniques, de lignage, de groupe social, de classe d'âge, de genre, politiques, etc.).

La chirurgie esthétique est analysée par Remotti au même titre que toutes les autres IEC avec une approche symétrique (Latour, 1991). Cette pratique, dit l'anthropologue, « se glisse dans le lit de la biomédecine occidentale (utilisation d'un savoir biologique approfondi, instrumentalisation raffinée, hospitalisation, etc.), et tend à éliminer la douleur » (Remotti, 2003b, 300). D'ailleurs, Remotti observe qu'en chirurgie esthétique les patients fuient l'ostentation au profit de résultats plus « naturels » et indécelables, à l'instar d'un « artifice naturalisé » (*idem*). Or, les témoignages de mes informateurs confirment partiellement ces observations. Concernant la fuite de la douleur, si certains patients admettent d'avoir pris des antalgiques, d'autres n'en ont pas pris. Une certaine résistance à la douleur se produit parfois

chez les patients multi opérés et habitués aux vécus postopératoires ; lesquels apprennent à accueillir la douleur avec un certain stoïcisme, la minimisant et la réduisant à une simple gêne. Cette acceptation de la douleur s'explique du fait que certains patients supportent la douleur des blessures qu'ils ont choisi volontairement de s'infliger. Cette expérience de la douleur rappelle celle des initiés dans les rites de passage, ayant une valeur symbolique de « trace corporelle qui accompagne la mutation ontologique, le passage d'un univers social à un autre, bouleversant l'ancien rapport au monde » (Le Breton, 2003b, 40). Pour certains patients de la chirurgie esthétique, la douleur est donc un ressenti associé à « une puissance de métamorphose » (*ibidem*, 41), et par là, elle est acceptée comme le prix à payer -en guise de sacrifice- « pour être beau », étant aussi un gage d'honorabilité pour celui qui endure l'épreuve de la convalescence.

Par rapport à la nécessité d'« invisibiliser l'artifice chirurgical », que Remotti attribue à toutes les interventions de chirurgie esthétique, il faut reconnaître que cette considération se vérifie surtout par le fait que les cicatrices sont généralement invisibles et discrètes et ce critère est commun entre les deux terrains observés — France et Mexique —. La cicatrisation chéloïde, rouge, épaisse et enflammée, est d'ailleurs une des craintes les plus redoutées des chirurgiens plasticiens. Le Dr Perez évoque les problèmes qui surgissent avec les peaux noires qui auraient la tendance à produire des cicatrices chéloïdes :

> *« **En chirurgie esthétique, les cicatrices doivent-elles être minimes… ?***
> *Les cicatrices tu dois essayer de les cacher, utiliser des plis du corps pour les dissimuler. Mais la cicatrisation dépend du patient, ne pas du chirurgien ! Et il y a différents types de cicatrisation. C'est-à-dire que tu peux avoir une cicatrisation parfaite ou chéloïde. Et les Européens ont un type de cicatrisation parfaite, qui ne se voit pas ! Mais les noirs font plus facilement une cicatrice chéloïde. C'est une cicatrice énorme, qui paraît un vers énorme, frais et rouge ! Cela est très commun chez la race noire. Très commun. Il y a des gens qui viennent pour se faire enlever ce type de cicatrice. Mais c'est très compliqué parce que se forme une cicatrice sur une autre cicatrice ! Et cela devient de plus en plus grand. Mais si tu vas en Afrique, les cicatrices chéloïdes se le font eux-mêmes, c'est un symbole d'attraction, d'habileté, de beauté ! Et toi tu te dis : ça, c'est horrible. Mais pour eux, cela représente un autre type de chose, non ? Eux-mêmes se font ce type de cicatrices ! Alors, cela c'est un bon thème pour l'anthropologie. Ce n'est pas la même chose en Afrique, qu'aux États-Unis, qu'au Mexique, hein ? »*
>
> *(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2016)*

Toutefois, le résultat d'une chirurgie esthétique est parfois visible et décelable, en fonction du style adopté par le chirurgien, mais aussi des conventions valorisées par le groupe social de référence des patients. Une « danseuse exotique » n'aura pas les mêmes standards esthétiques qu'une avocate, par exemple. D'ailleurs, mes interlocuteurs m'ont répété plusieurs

fois les différences entre le standard américain (États-Unis et Amérique latine) qui prévoit des interventions visibles, dans une démarche presque ostentatoire, et le standard européen qui valorise effectivement l'inverse, un résultat indécelable. Voici celui du Dr Loza, chirurgien mexicain formé en France, qui a adopté le « style européen » et qui l'applique au Mexique :

> *« **Comment gérez-vous la négociation du résultat avec le patient ? Comment vous mettez-vous d'accord sur ce qui est considéré beau e ce qui serait exagéré ? Qu'est-ce qu'ils vous demandent ?***
> *Bon, le premier c'est la réputation que tu as. Si tu mets des prothèses énormes, toutes celles qui veulent des prothèses énormes viendront te voir. Moi je suis plus à l'européenne! C'est subtil. Les changements subtils génèrent beaucoup plus de satisfaction que les changements drastiques. À différence de la chirurgie nord-américaine et sud-américaine.*
>
> ***Ah bon ? Il y a des styles différents ?***
> *Oh oui ! Aux congrès tu vois: nous faisons un lifting à la patiente, nous décollons toute la peau du visage, et nous la recollons, ensuite nous lui avons fait des injections de produits pour augmenter le volume, des prothèses et tout cela. Des changements radicaux, non ? Ils ont même inventé une émission télévisée de ce type: Extreme Makeover.*
>
> ***C'est le style étasunien ?***
> *Oui. Le style européen est plus simple et subtil. Nous le voyons aussi dans les prothèses. Aux États-Unis, les prothèses sont rondes, style Pamela Anderson. En Europe, les prothèses s'épousent plus à la morphologie normale de cette zone, hein ? Pour les fessiers, c'est pareil. Les fessiers nord-américains sont énormes! Ronds! En Europe, c'est plus conservateur. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Loza, Mexico, Mexique, 2017)*

Le Dr Martinez suit un modèle de beauté *latino* qui, selon elle, est valorisé dans toute l'Amérique latine et qu'elle applique personnellement et dans son travail de chirurgien esthétique :

> ***« Qu'est-ce que la beauté pour vous ? Existe-t-il un critère valorisé au Mexique ?***
> *C'est très subjectif. Ce que pour moi est beau, pour toi n'est pas beau. Si nous parlons de cela avec des femmes européennes, les seins grands leur paraissent moches, désagréables et pour les Latines, c'est ce que nous cherchons.*
>
> ***Et vous avez de modèles sur lesquels vous vous basez pour opérer ?***
> *Mmm… probablement oui, c'est mon propre corps. C'est ce style-là, non ? Ma tendance est celle de faire une ceinture petite, des fessiers proéminents et abdomens plats, c'est mon goût. Aux latinos plaît un peu la même chose partout non. En toute Amérique latine, avec l'exception de l'Argentine parce qu'ils se sentent plus européens, malgré qu'ils ne le soient pas, ils se sentent européens pour leurs origines.*
>
> ***Et la beauté latina, c'est une beauté métisse ?***
> *Oui, métisse. Comme partout en Amérique latine, nous sommes mélangés. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Martinez, Mexico, Mexique, 2013)*

Chirurgiens esthétiques comme artisans et bricoleurs

La chirurgie esthétique est souvent envisagée comme un moyen d'uniformiser -voire *d'unimorphiser-*[268] l'apparence humaine, en particulier lorsqu'elle est adoptée par des pays « non occidentaux ». Pour certains, elle est envisagée comme une pratique néocoloniale qui exporte le modèle de beauté européen ou « saxon » en suivant une politique eugéniste qui vise à aplatir tout particularisme esthétique induisant une perte de biodiversité dans l'humanité. Ces représentations sont liées à la crainte d'une « occidentalisation » du monde et à la crainte de l'affirmation d'un néo-impérialisme étasunien.

En réalité, bien que la chirurgie esthétique se soit popularisée en premier en Europe et aux États-Unis, elle se développe en Amérique latine et dans le monde sous des formes différentes, suivant des critères esthétiques parfois opposés à ceux des Européens (visages très tirés, fessiers et seins imposants). Cela montre que, si la technique se diffuse aujourd'hui à une échelle mondiale, les praticiens de chaque pays s'en servent de manière différente. Surgissent donc des modèles anthropopoiétiques nationaux — une chirurgie esthétique coréenne, colombienne, brésilienne, etc. — qui se différencient en leur intérieur selon les goûts du praticien et les souhaits des patients. Ces modèles anthropopoiétiques, conventionnellement adoptés sur un territoire donné, sont pourtant difficilement formalisables et constamment changeants.

Cette réflexion nous amène à considérer le rôle que jouent les acteurs de l'anthropopoiésis. « Il s'agirait-il d'ingénieurs ou d'artisans ? », se demande Remotti (Remotti, 2013, VIII). Ces acteurs ne jouent pas le rôle d'ingénieurs culturels (qui créent une culture exécutant une modification rigidement planifiée et qui exécutent leur plan, imperméables aux variables extérieures), mais plutôt celui d'artisans et de bricoleurs (qui suivent des critères esthétiques valorisés par un certain groupe, qui sont flexibles et qui n'imposent pas leur vision, composant un résultat avec les techniques à disposition, et l'adaptant au corps du patient et à ses souhaits).

De fait, l'anthropopoiésis n'est pas envisagée par Remotti comme une dynamique culturelle ou sociétale d'uniformisation, comme un « travail en usine » qui viserait à produire des individus « en série », mais plutôt comme un travail artisanal, qui implique une dimension de soin :

268 Néologisme que j'utilise pour penser au fantasme d'une uniformisation des morphologies humaines.

> « L'anthropopoiésis doit être apprise comme un "prendre soin de" : il s'agit du soin de notre humanité, le soin que nous devons prendre de nous-mêmes (…) L'anthropopoiésis programmée pourrait être entendue justement comme un travail purement artisanal : un faire dans lequel la dimension de la pensée, du soin et du doute est fondamentale, d'autant plus que nous n'avons pas à faire avec la matière inerte, mais avec des corps vivants, des âmes, des intelligences, des émotions, des sentiments, des projets de vie. » (Remotti, 2013, VI-VII).[269]

Le rapprochement du chirurgien esthétique à la figure de l'artisan me semble être pertinent, d'autant plus que les mêmes praticiens ont plusieurs fois fait ce rapprochement. Cela dit, il me semble important de souligner que le chirurgien esthétique est un co-constructeur d'anthropopoiésis ; son travail de création est médié par les limites que lui pose le patient, et les termes de son intervention sont négociés sur la base de différents critères. Son action s'apparente au bricolage artisanal qui s'adapte de plus en plus aux exigences individuelles et qui produit de plus en plus du « sur mesure », tout en suivant comme lignes guide des standards d'humanité socialement partagés.

Remotti souligne à plusieurs reprises que l'anthropopoiésis est un processus culturel qui « n'est jamais universel, mais toujours particulier » :[270]

> « Devenir humain, c'est devenir individu, et on le devient en suivant des modèles culturels, des systèmes de signification crées historiquement, selon lesquels, on donne une forme, un ordre, un but et une direction à sa vie. Et les modèles culturels en question ne sont pas généraux, mais spécifiques […]. Être humain ne veut pas dire être n'importe quel homme, c'est être un type d'homme particulier, et bien entendu, les hommes sont différents ».[271]

Dans cette perspective, l'anthropopoiésis n'est pas entendue comme un principe uniformisant, qui écrase les particularismes, mais au contraire comme une ligne directrice qui oriente les individus et qui « modèle et imprime le corps de signes d'humanité qui lui sont propres ou qu'ils entendent réaliser » (Remotti, 2006, 114). C'est pourquoi, suivant ce raisonnement, l'approche qui soutient une mondialisation des pratiques et un aplatissement des coutumes ne semble pas être pertinente. Bien qu'ils existent des tendances globales et des influences réciproques grâce à la mondialisation des médias, nous observons que se produit toujours une interprétation de ces modèles et une déclinaison des pratiques en multiples variantes aux échelles locales. L'approche culturaliste qui soutient que la chirurgie esthétique serait vécue et interprétée par tous les membres d'un pays ou d'un État de manière uniforme (ou par toutes les femmes, par tous les hommes, etc.) paraît donc forcée et caricaturale.

---

269 Citant Richard Sennet (2014).

270 Remotti (2003, 48) citant la définition de culture de Clifford Geertz, 1973, The Interpretation of Cultures, Selected Essays, New York, Basic Books, p. 49.

271 Ibid. Remotti (2003, 49) cit. Geertz (1973, 52-53).

Par ailleurs, il faut prendre en compte que dans un même groupe social, si la majorité des membres partage les mêmes critères esthétiques, les *outsiders* (Becker, 1985) « font preuve de créativité en s'affranchissant des codes d'apparence valorisés par leur groupe social et donnent lieu à des esthétiques originales » (Carpigo, 2018a). Cela se produit aussi pour les patients et les praticiens de la chirurgie esthétique, dont une minorité d'entre eux suit des modèles esthétiques qui transgressent les critères esthétiques valorisés par la majorité.

UN POUVOIR AMBIVALENT : FAIRE ET DÉFAIRE HUMANITÉ

« La chirurgie esthétique est comme un bon médicament. Bien utilisé, il soigne. Parfois, malgré les précautions, le médicament a des effets pervers, un accident bien entendu exceptionnel. Par contre, utilisé à tort et à travers, il peut se révéler un terrible poison » Dr Maurice Mimoun (1996, 136).

Nous venons de saisir l'importance de l'anthropopoiésis comme paradigme anthropologique à travers lequel pouvoir lire la chirurgie esthétique et toutes les autres interventions esthétiques sur le corps. L'anthropopoiésis est à entendre comme un processus de socialisation structurant qui inscrit le sujet dans un ordre de sens et qui lui permet de vivre en société en étant reconnu par les autres comme semblable.

Néanmoins, le pouvoir du chirurgien esthétique, à l'instar de tout autre type de chirurgien, est fondamentalement ambivalent. S'il a le pouvoir démiurgique et anthropopoiétique de « façonner l'humanité » c'est-à-dire d'inscrire le sujet dans un ordre culturel symbolique, il a aussi le pouvoir de défigurer le patient qui se confie à lui et de contribuer à sa « mort » sociale. C'est d'ailleurs ce pouvoir « sombre » qui est toujours mis en lumière par les médias, tel que nous l'avons observé dans les chapitres précédents.

À vrai dire, cette ambivalence est inhérente au travail de tout chirurgien. Tel que le suggère Marie Christine Pouchelle (2013, 72) ce caractère ambivalent des chirurgiens les rapproche de la figure mythologique du *trickster*, autrement dit « fripon divin ». Ce dernier est une figure de la littérature ethnographique et psychanalytique présentée comme : « Audacieux, inventif, désobéissant, hors-norme, intuitif, séduisant, autoritaires, insaisissable, parfois décepteur… » (*idem*). La figure du *trickster* correspondrait à « la projection, sur le plan du mythe, du violateur rituel d'interdits » (*idem*).[272]

272 L'ethnologue Laura Makarius a étudié la figure du trickster comparant différents mythes, polynésiens, africains et américains. « Ethnologues, psychologues, mythologues, historiens des religions se penchant sur le trickster se trouvent en présence d'un amas de contradictions. Le héros mythique transforme la nature et parfois, faisant figure de Démiurge, apparaît comme le Créateur, mais est en même temps un pitre, un bouffon à ne pas

Makarius affirme que le personnage du *trickster* est toujours lié à la transgression du tabou du sang. Entrant en contact avec le sang, le *trickster* brise un interdit, acquérant ainsi un certain pouvoir magique, une force, un *mana.*[273] Ce pouvoir ambivalent est mis à profit pour le bien (soigner) ou pour le mal (tuer). Une allure presque prométhéenne caractérise la figure du *trickster*, car il « donne aux hommes les outils les plus ingénieux et les instructions les plus utiles » (Makarius, 1969, 18). Dans ce sens, il incarne la « projection mythique du magicien accomplissant (…) la violation de tabou au profit de son groupe, lui apportant les médecines ou les talismans aptes à satisfaire ses besoins et ses désirs » (Makarius, 1969, 18).

Certains caractères du chirurgien esthétique rappellent ceux du trickster : il transgresse le tabou de l'intégrité du corps, entrant en contact avec le sang,[274] afin d'apporter un service (la beauté) aux hommes ; il est capable de « changer l'état des choses par l'exercice de son pouvoir magique » et « modifier les conditions existantes et transformer la nature » ; pour cela, ses qualités se rapprochent du « Démiurge et du Créateur » (Makarius, 1969, 18).

Le sentiment de ratage comme défiguration

« L'homme sans peau meurt et l'homme mal dans sa peau peut en mourir aussi » Dr Maurice Mimoun (1996, 111).

À cause des enjeux psychiques et symboliques inhérents au changement d'apparence, le travail du chirurgien esthétique est particulièrement ambivalent. D'une part, il a le pouvoir de « faire humanité », c'est-à-dire le pouvoir anthropopoiétique de plasmifier, de forger, de créer une forme « humaine », de normaliser ou de rendre beau et agréable l'aspect physique du patient, lui permettant ainsi d'être reconnu par son groupe de référence en tant que semblable. D'autre part, il détient le pouvoir de « défaire l'humanité », qui pourrait être indiqué avec le mot *d'anthropokhatairésis* (du grec *anthropos*= homme et *khatairesis* =

---

prendre au sérieux. (…) II dispense les médecines qui guérissent et qui sauvent et il introduit la mort dans le monde. Admiré, aimé, vénéré pour ses mérites et pour ses vertus, il est représenté comme voleur, trompeur, parricide, incestueux, cannibale. (…) On dirait que chaque qualité ou chaque défaut qui lui est attribué fait automatiquement appel à son opposé ; Le Bienfaiteur est aussi le Malin, le malintentionné. (…) » (Makarius, 1969, 18)

273 Selon le dictionnaire Larousse, mana signifie « une force surnaturelle, impersonnelle et indifférente, dans les religions animistes ». Voir https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mana/49019?q=mana#48928 consulté le 11/3/2020.

274 Marie Christine Pouchelle rappelle que les chirurgiens accèdent : « … dans les intimités natives de la personne, au sang, aux chairs, aux excréta, aux énergies vitales, à tout ce qui peut susciter le dégoût une fois hors du corps (Douglas 1971). Cela fait d'eux des transgresseurs de tabous, et à ce titre, des personnages ambivalents, symboliquement sacrés et souillés, donc par définition fascinants et redoutables » (Pouchelle, 2013, 68).

destruction).[275] Ce pouvoir néfaste est à entendre comme le pouvoir de tuer le patient lors de l'intervention chirurgicale, mais aussi de susciter chez le patient un sentiment de ratage. Le sentiment de ratage s'apparente au sentiment d'aliénation (Quiniou, 2006), de séparation et de distance avec son propre corps, à une impossibilité d'identification avec celui-ci, et donc une série de répercussions négatives sur sa santé psychique et ses relations sociales.

Néanmoins, il faut souligner qu'en chirurgie esthétique, on parle uniquement de sentiment de ratage, car le résultat n'est pas mesurable selon des critères objectifs, qui le définiraient comme une réussite ou un insuccès. Le ratage est toujours lié à des appréciations subjectives du patient. Celui-ci se manifeste par un sentiment de profonde déception de la part du patient pour ne pas avoir obtenu le résultat espéré.

David Le Breton souligne cette fondamentale ambivalence du pouvoir de la chirurgie esthétique :

> « L'opération achevée, le mauvais objet disparu, l'individu peut perdre le sentiment de sa disgrâce, se voir autrement et modifier radicalement son attitude devant les autres et devant son existence. Souvent, l'issu de l'opération est une bouffée de sens et un surcroît de vitalité qui reverse en profondeur le sentiment déprécié que l'individu avait de lui-même. Mais l'efficacité symbolique peut facilement échouer et le résultat de l'intervention ne rien changer, voir même susciter un autre désagrément. À cause, par exemple, d'une mauvaise relation avec le chirurgien ou l'équipe soignante, d'une structure névrotique trop ancrée pour que l'estime de soi soit restaurée à si bon compte, ou à cause d'un accueil décevant de l'entourage après l'opération. Souvent aussi la modification du visage, en basculant les données originaires du sentiment d'identité, même si ce dernier n'était pas vécu sur un mode gratifiant, perturbe profondément les assises de l'identité, au grand désarroi de l'opéré qui pensait naïvement accéder enfin à son idéal et ne se reconnaît plus. » (Le Breton, 2003a, 253).

À quel moment naît le germe du sentiment de ratage chez le patient ? Les observations montrent qu'il trouve son essor dans la phase de convalescence, de marge (ou liminale). À ce moment le patient est particulièrement vulnérable à plusieurs égards : psychiquement — car il se voit défiguré, son corps n'est « ni l'un ni l'autre », ni le « corps d'avant » et ne pas encore le « nouveau corps » — et physiquement — car le corps blessé est douloureux, limité dans les mouvements, dans les actions, susceptible de s'infecter —.[276] Ce moment de fragilité est le plus propice à déstabiliser le patient et à l'amener à regretter sa décision. Au fur et à mesure que les blessures guérissent le patient sombre dans un état catatonique, ou dépressif, car il

275 Il s'agit d'un néologisme que j'ai inventé indiquant l'effet inverse de l'anthropopoiésis, telle qu'elle a été formulée par Francesco Remotti.

276 Il faut rappeler que l'intervention chirurgicale provoque, dans certaines cultures, une vulnérabilité liée à un danger spirituel, car : « … en faisant effraction dans leur enveloppe corporelle, les opérateurs ouvriraient la voie aux forces maléfiques envoyées par les jeteurs de sorts (femme originaire d'Afrique du Nord, entretien, novembre 2013) » (Pouchelle, 2013, 67).

reste psychiquement « bloqué » ou figé sur l'apparence perdue, focalisé sur le sentiment de défiguration inhérent aux blessures postopératoires, ils n'arrivent pas à s'identifier avec la nouvelle apparence.

Le Dr Manneau raconte deux opérations de reconstruction d'un ventre après grossesse (plastie du ventre) dont les patientes ont été traumatisées.

> *« Un ventre abîmé après des grossesses… il y a toute une histoire derrière ! Donc, ok, que l'on veuille le faire réparer sur un plan esthétique, mais que l'on prenne conscience que là on va enlever des stigmates de ce que ça a été une partie de sa vie. Et moi ça m'a été rapproché, quand j'étais plus jeune, par certaines patientes, qui m'ont dit que… on a pas fait du travail préparatoire ! Là vous nous avez arraché les pages d'un livre et il y avait une belle histoire de notre vie là-dessus. Euh… Non, c'est, ahhh, c'est pas toujours simple, mais c'est ce qui fait le charme de notre métier aussi hein ? (…) Moi j'ai des souvenirs de quand j'étais un jeune chef de clinique de demandes qui me semblaient tellement évidentes que… j'ai dit bah oui, on va vous opérer dans 15 jours, on prenait date et on n'allait pas plus loin. Et ensuite vous vous apercevez finalement des… des dégâts. Je vais vous raconter une histoire une femme que j'ai opérée qu'était venue avec un ventre très très abîmé après une grossesse. Je l'examine et je me dis, oui, effectivement c'est très abîmé, je pourrai en faire quelque chose de très bien ! On prend date. Je la vois au rendez-vous pour enlever les points, elle me faisait la gueule elle ne me disait rien ! Bon. Elle ne me dit rien, je me dis ah ! bon... car le résultat était pas mal. Je lui fixe le rendez-vous aux trois mois, ça ne change rien, elle était très renfermée, alors que le résultat était pas mal ! Jusqu'à neuf mois un an, et là, je la vois avec un sourire ! Je lui dis, écoutez, là ça me fait plaisir parce que depuis l'opération vous n'avez pas desserré les dents... C'est là qu'elle me dit : « Vous ne vous rendez compte des dégâts que vous pouvez faire ? Vous ne m'avez rien demandé de pourquoi mon ventre. C'est aussi de ma faute parce que je ne vous en ai pas parlé non plus ! Mais… si vous avez cinq minutes on va en parler » je lui ai dit « Je vous en prie ». Elle me raconte sa jeunesse difficile, sa rencontre avec un homme dont elle tombe follement amoureuse et tout de suite elle est enceinte de jumeaux. Un des enfants meurt et l'autre est handicapé. Le mari ne supporte pas cela et s'en va ! Finalement dans ma vie j'ai eu une année heureuse ! Avec par centre cette grossesse, et tout ce qui m'est resté, après ma fille handicapée, qui lui pose de gros soucis, c'était ce ventre. Qui était moche ! Mais était l'histoire de ma vie heureuse ! Et vous, sans rien, comme ça d'un coup de bistouri, hop ! En deux heures de temps, vous me l'avez balayé ! J'étais ah [coupe le souffle] J'ai pris, j'étais désolé. Elle m'a dit, je ne vous en veux pas, mais… c'était ma faute aussi parce que je n'avais pas pris le temps de parler, mais elle me dit : « Prenez conscience de ce que vous faites ! ». Alors je peux vous dire, que j'en ai pris conscience ! Ensuite à chaque fois que je voyais une femme avec un ventre abîmé, je lui disais « Écoutez, asseyez-vous, prenez conscience de... » et jusqu'au jour je rencontre une femme qui était psychiatre. Elle me dit : « Écoutez, vous êtes charmant et tout, mais je suis psychiatre, j'ai fait mon travail de deuil, aucun souci ». Je l'opère, et le lendemain elle me dit « Vous savez ce qui m'est arrivé ? J'étais encore dans les brumes de l'anesthésie, ma mère m'a téléphoné pour me demander comment ça allait et je me vois fondre en larme et lui dire "Maman, il m'a pris ma poche à bébé". Et je lui dis "Pour quelqu'un qui a fait un travail de deuil, ce n'était pas très réussi !" (il rigole un petit peu).*
>
> ***Ohlala !***
> *Vous savez, il y a tout un tas d'histoires comme ça et c'est au bout de ces histoires que vous vous forgez que vous cherchez des pistes… que vous débusquez des choses ! Peut-être on n'y arrive pas tout le temps, il faut être vigilant ! »*
>
> *(Entretien téléphonique avec le Dr Manneau, 2019)*

Comme nous l'avons déjà ébauché dans les chapitres précédents, l'obtention d'un « nouveau corps » en chirurgie esthétique demande toujours le passage par la destruction de l'ancien. Cette destruction rituelle est nécessaire à l'accomplissement de tout acte anthropopoiétique : « Dans tout modelage — y compris celui le plus agréable et le plus esthétiquement gratifiant — il y a pourtant toujours une action de sélection et d'élagage : tout "faire" est aussi en soi un "défaire", toute construction comporte toujours quelque aspect de destruction. À tout modelage est inhérente — même si en mesure embryonnaire — une quelque violence » (Remotti, 2018, 32). Or, c'est au chirurgien de sélectionner le patient qui est prêt à traverser l'épreuve de la reformulation morphologique et de la défiguration temporaire provoquée par l'intervention. Le sentiment de mutilation vient d'une incapacité de faire le deuil de son apparence précédente, ce qui se traduit par une incapacité de s'identifier psychiquement à la nouvelle morphologie. Par conséquent, le patient qui se sent « raté » est celui qui se sent victime d'une certaine violence, car il se focalise sur ce qu'il a perdu plutôt que sur ce qu'il vient d'obtenir. Bien qu'il s'agisse d'une minorité, certains patients qui souffrent du mécanisme néfaste de l*'anthropokhatairésis* sombrent dans la psychose, la mélancolie et la dépression. Cela fait penser au personnage littéraire de Gregor Samsa dans l'ouvrage *La Métamorphose* de Franz Kafka (1915). Ce dernier se réveille un bon matin dans un corps d'un cafard, et son rapport au monde y est complètement bouleversé. La personne qui se sent défigurée ou ratée reste piégée dans le sentiment d'étrangeté envers son corps, dans une spirale de mortification, honte de soi et un progressif éloignement du monde, voire jusqu'au suicide.

D'un point de vue symbolique les patients qui se sentent ratés présentent les mêmes ressentis que des personnes défigurées après accident. La défiguration, selon les mots de David Le Breton : est « dépossession, arrachement. Elle est l'équivalent d'une mutilation (…) un handicap d'apparence ou une « mise à mort symbolique » (Le Breton, 2003a, 302). Ainsi, poursuit Le Breton, « plus encore que la laideur, la défiguration prive l'acteur de sa pleine identité personnelle et sociale. Il se métamorphose en un être résiduel, problématique, qui apprend à apprivoiser le regard des autres et à vaincre leur prévention à son égard » (Le Breton, 2003a, 308). Rempli de honte pour son aspect physique qui n'incarne pas le changement qu'il avait espéré, le patient qui se sent « raté » tend à se replier sur soi-même, évite le contact des autres, ou leurs regards, il se cache derrière des lunettes, des foulards, des vêtements amples. L'insatisfaction provoque soit un repli sur soi, soit une plainte envers le praticien.

Or, le chirurgien cherchera par tous les moyens à éviter que le sentiment d'insatisfaction ou de ratage prenne forme dans une tentative de suicide ou dans une plainte. C'est pourquoi, lorsqu'il se trouve dans cette situation, il met en place une série de gestes, pour convaincre le patient que le résultat est techniquement et esthétiquement satisfaisant. S'il n'arrive pas à convaincre le patient, il s'agit pour lui d'une défaite thérapeutique, et il se reprochera de ne pas avoir été assez rigoureux pendant la sélection des candidats. Les chirurgiens que j'ai rencontrés donnent une partie des responsabilités du développement du sentiment de ratage aux proches du patient, dans les cas qu'ils apportent un commentaire négatif et désobligeant autour du résultat esthétique, influençant l'avis du patient à ce propos.

Chirurgiens esthétiques en magiciens

« Toute profession qui a pour fonction de maintenir la santé ou la beauté se trouve d'emblée en adéquation avec la symbolique magique : elle intervient sur le corps et ses éléments organiques – cheveux, sang, transpiration, peaux mortes, etc. – chargés de magie. Le corps, attaché à la personne et à l'identité, se rapporte au sacré, et s'inscrit dans l'économie des biens symboliques» Morgan Cochennec (2004)

Les chirurgiens esthétiques eux-mêmes affirment souvent que les patients les voient comme des magiciens, dans le sens qu'ils s'attendent d'eux une transformation corporelle parfaite et sans cicatrice, comme le témoigne le Dr Perez :

> *«Il y a beaucoup de patients qu'attendent plus de ce que le médecin peut leur donner. Dans le cas d'une abdominoplastie, l'incision est très grande. Eux ils demandent : 'Je ne vais pas avoir de cicatrice n'est-ce pas ?' Alors, tu dois leur dire : 'C'est une chirurgie, ce n'est pas de la magie !' Les gens voient le chirurgien plasticien comme un magicien, hein ? Ils s'imaginent qu'ils n'auront pas de cicatrices, et qu'aucun signe ne traira leur recours à la chirurgie. Celle-ci est un mensonge. Tu dois toujours mettre au clair cela dès la première visite. Dans toute intervention je vais couper, que ce soit avec le bistouri ou avec le laser et il va y avoir une cicatrice. Nous essayons de dissimuler ces cicatrices dans les plis naturels du corps, mais la cicatrisation dépend du patient. Et quand la cicatrisation est très bonne, la cicatrice s'efface et ne se voit pas facilement. Elle ressemble à un pli naturel. Alors les patients peuvent dire : 'C'est parce que vous êtes un magicien ! Il n'y a pas de cicatrice !' Alors, à ce moment tu dois savoir gérer les interactions avec le patient. C'est une question psychologique. Si le patient demande l'impossible tu dois, c'est ta responsabilité, de lui poser des limites. Tu ne peux pas lui promettre ce que tu ne peux pas donner. Ce n'est pas de la magie. Il faut beaucoup de communication avec le patient. Autrement il va dire que ça ne lui plaît pas, qu'il n'est pas satisfait, qu'il veut se faire opérer à nouveau, ou il change de chirurgien. Parfois ils vont même à l'étranger, et jusqu'aux États-Unis pour trouver le 'super chirurgien'. »*
>
> *(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2016)*

Lorsqu'ils ne s'attendent pas au résultat parfait, les candidats espèrent de la chirurgie esthétique des répercussions bénéfiques comme l'espoir d'une « escalade sociale », ou tout du moins trouver le prince charmant, telle l'histoire/légende de Cendrillon.[277] Face à ces représentations, les praticiens posent tout de suite des limites.

Toutefois, leur discours paraît ambigu, car, s'ils nient catégoriquement toute identification avec des « magiciens » (leur identité est celle de médecins), ils admettent toutefois que la chirurgie esthétique provoque des changements surprenants dans plusieurs domaines de la vie des patients. Nous avons déjà analysé la manifestation de l'efficacité symbolique en chirurgie esthétique, qui s'exprime par exemple par la confiance retrouvée suite à un résultat opératoire flatteur et satisfaisant. C'est grâce à la confiance en soi que le patient trouvera le courage de postuler à l'emploi de ses rêves et/ou de chercher activement un compagnon sentimental. Le changement dans la vie des patients se produit principalement grâce à leur volonté de changer et à leur ouverture vers le monde. La chirurgie esthétique fonctionne donc principalement par un mécanisme désinhibant le patient. Le patient timide, effacé, maladroit, à la suite d'une chirurgie réussie, trouve une confiance renouvelée pour aller vers les autres. Du point de vue rationaliste, l'efficacité de ce mécanisme est étonnante, et comme le soulignait l'ethnologue Roberto Lionetti « les attentes des patients (et de l'équipe opératoire) arrivent à produire elles-mêmes le miracle de la guérison (ou au moins la rémission des symptômes) aussi en absence d'une efficacité technique » (Lionetti, 1988).

Toutefois, le praticien précise clairement qu'aucune chirurgie ne matérialisera les bénéfices demandés sans un minimum d'effort personnel. Le chirurgien esthétique refuse que le patient, même s'il paie pour un service, exige d'obtenir un changement sans effort. Le patient est invité à changer d'attitude envers le monde, à s'ouvrir aux autres, à soigner son corps pendant la phase postopératoire, à entretenir le résultat esthétique (par exemple gardant un régime pour ne pas regrossir, etc.).

Si la chirurgie esthétique se prête particulièrement à l'association entre les praticiens et des magiciens en raison du caractère visible et parfois spectaculaire des interventions, l'association entre chirurgiens et magiciens aux pouvoirs thaumaturgiques n'est pas l'apanage de cette spécialité. Tout au long du XXe siècle, la chirurgie fait des progrès surprenants et les chirurgiens commencent à revêtir un statut particulièrement honorable dans les hôpitaux. Leur action est parfois assimilée à l'œuvre divine. Certains procédés chirurgicaux plus que d'autres

277 Nous avons déjà ébauché le thème des chirurgies d'amour. Le cas plus fréquent relaté par les chirurgiens est celui selon lequel les patients envisagent une chirurgie pour « récupérer » le mari lors d'une séparation ou d'un divorce.

évoquent l'imaginaire thaumaturgique, comme la chirurgie cardiaque ou les greffes d'organes (Pouchelle, 2013, 69). Cela dit, le « miracle » chirurgical « reste attribué au chirurgien. Il conserve la première place dans l'imaginaire collectif, ne serait-ce que parce que son geste est précis et, au sens littéral, spectaculaire, tandis que l'efficacité médicale se déploie dans l'obscurité floue des tissus » (Pouchelle, 2013, 70).

Jusqu'à aujourd'hui, les représentations populaires associent les chirurgiens à des guérisseurs thaumaturges, c'est-à-dire à des praticiens qui sont dans la mesure de faire des miracles et ainsi guérir les affections et les pathologies (Pouchelle, 2007b, 11). « — Monsieur le Professeur, permettez-moi de vous dire que vous êtes un magicien ! - les chirurgiens sont bien souvent voués au miracle par les patients. Du reste, indépendamment de la complexité de leur outillage, ils ne dédaignent pas toujours d'apparaître comme des thaumaturges, dans un milieu aussi avide d'innovations techniques que résistant au changement socioprofessionnel » (*idem*).

Ce rapprochement entre art chirurgical et magie ou « miracle » transcende donc les différentes spécialités médicales. L'anthropologue Joan Cassel analyse ce thème en profondeur. Grâce à son action immédiate sur les fonctions organiques, la chirurgie a le pouvoir de transformer la condition des patients, qui basculent de « très près de la mort, à la vie », ce qui est interprété comme un changement miraculeux (Cassel, 1991, 1). Un miracle est rapide, spectaculaire, définitif, accompli par quelqu'un avec des pouvoirs extraordinaires, imprédictibles et mystérieux (*ibidem*, 3). Les chirurgiens eux-mêmes se persuadent, se convainquent qu'ils ont le pouvoir de guérir leurs patients : « Les guérisseurs charismatiques, dotés du cadeau de la grâce, doivent croire dans leurs pouvoirs pour pouvoir les exercer, et beaucoup de chirurgiens ont ces croyances dans leurs pouvoirs remarquables » (*ibidem*, 5).

Un autre élément qui renforce la valeur démiurgique de l'opération est sa structure rituelle.[278] L'ethnologue Roberto Lionetti parle à ce propos du « mécanisme de magie thérapeutique », engendré par la même exécution du rituel chirurgical (*ibidem*). La structure tripartie dont participent de nombreux rituels de passage, y compris en chirurgie, guide le patient à vivre un processus de changement qui le transforme de malade à bienportant. Cet aspect est renforcé en chirurgie par les moments de séparation de la société (la phase de marge du rituel de Van Gennep) c'est-à-dire l'hospitalisation et l'anesthésie vécue. En chirurgie esthétique, cette « mort » et cette renaissance symboliques s'inscrivent aussi dans l'apparence, elles sont donc encore plus significatives, car elles engagent le regard des autres.

278 Le dictionnaire CNRTL définit le démiurge comme « une divinité qui donne forme à l'univers » <https://www.cnrtl.fr/definition/démiurge> consulté le 18/2/2021.

Néanmoins, d'autres facteurs influencent le pouvoir thérapeutique démiurgique et « magique » du chirurgien, dont l'efficacité attribuée à l'acte technique « extractif ». Citant les expressions de François Laplantine, Lionetti rappelle que la thérapeutique en chirurgie suit deux types de modèles : l'*additif* et le *soustractif*, qui visent à réparer l'état de maladie provoquée par un manque ou par un excès. Le modèle soustractif sollicite « la figure archétypique de la thérapie par extraction », dans laquelle on extirpe le mal « parasitaire » du corps du patient. Lionetti souligne qu'en chirurgie se produit un certain effet placebo, lorsque le praticien montre au patient, après son réveil, « les calculs ou l'appendice infecté » qu'il vient d'extraire de son corps « de la même manière que le mécanicien nous montre l'engrenage qui ne fonctionne plus ou le vieux dispositif qu'il a dû substituer » (1988). Le mécanisme inverse se produit dans l'addition d'éléments dans le corps du patient, qui en chirurgie esthétique s'appliquerait aux prothèses mammaires et fessières, mais aussi aux injections d'acide hyaluronique et de graisse pour combler les rides et les creux du corps.

La manipulation des codes de l'apparence confère aux chirurgiens esthétiques une aura de magiciens, car l'apparence du corps est un territoire particulièrement investi de symbolismes et propice à l'analogie. Par contre, tout changement d'apparence, pour bénéfique qu'il puisse être à l'échelle individuelle, influence aussi l'entourage proche (personnel et professionnel) du patient et, si l'intervention touche au visage, il brouille les repères de la reconnaissance et de l'identité.

Quand le chirurgien esthétique abuse de son pouvoir

Le pouvoir néfaste *d'anthropokhatairésis* se déclenche à cause d'un chirurgien esthétique inexpert, ou malveillant, qui déroge aux conventions éthiques rituelles et abuse ainsi de son pouvoir. Cela advient, par exemple, lorsqu'il se permet de conseiller aux patients de refaire une partie de leur corps, induisant ainsi le patient à développer un complexe psychologique autour d'une partie qu'auparavant ne le gênait pas. Ces commentaires provoquent un effet nocebo du moment qu'ils induisent le patient à se sentir affecté d'une pathologie.

Même si je n'ai pas de preuve directe, on pourrait imaginer qu'un chirurgien malveillant pousse les patients à des interventions qu'ils n'ont pas demandées, uniquement pour en bénéficier économiquement. La plupart des chirurgiens que j'ai rencontrés reconnaissent que ce serait une démarche malhonnête. C'est le cas du Dr Levallois, qui me

raconte comment il a appris de son maître à donner la priorité aux représentations du patient par rapport aux siennes :

> *« On ne doit pas non plus induire des problèmes qui n'existent pas ! Moi je me souviens toujours quand j'étais jeune, j'assistais à une (petit rire) consultation d'un de mes maîtres. Et mon patron consultait comme ça, il ne regardait pas les gens. Les gens rentraient, s'asseyaient "Bonjour madame, vous venez pour quel problème ? Décrivez, décrivez, décrivez !". Moi j'étais là, je regardais la dame, une dame avec (il baisse la voix, signe d'étonnement) un nez de sorcière comme ça ! Un nez horrible ! Je me dis "Oh la là, c'est horrible !" Moi j'étais déjà dans mon truc : ouais, on va lui faire un nez comme ça comme ça comme ça, et… Mon patron qui écoute la dame et qui dit "Ouais, ça fait des années, j'en peux plus, j'ai un complexe et tout ça et tout ça, ça m'empêche de vivre !" Moi j'étais persuadé que c'était le nez ! Puis à la fin, il lui dit "bah montrez-moi votre problème !". Alors la dame elle se déshabille pour montrer un gros bouton qu'elle avait dans le dos ! Rien du tout avec le physique ! Voyez ? Comme quoi on ne doit pas, on ne doit pas anticiper ce pourquoi les gens ils viennent vous voir. Donc vous ne devez pas parler de la bosse sur le nez à la personne qui ne vous a rien demandé, qui vit très bien avec ! Vous ne devez pas dire, "ah bah tiens mademoiselle pourquoi vous ne faites pas recoller cette oreille qui… vous serez mieux avec. Ou, pourquoi vous n'enlevez pas le petit grain de beauté qui…" ça ce n'est pas une démarche saine ! D'un chirurgien ! Là pour le coup on va créer le problème ! La personne s'accepte très bien et puis ! Ah ! maintenant j'ai une bosse sur le nez ! je ne savais pas que j'avais une bosse sur le nez ! Le chirurgien il a dit que j'ai une bosse sur le nez et que ce n'est pas beau ! En plus ! Il y en a qui font ça ! Et ça je trouve que c'est vache. Parce que là on est… on peut enlever les complexes, mais aussi en créer ! Vous comprenez ?*
>
> ***Oui, bien sûr.***
> *Voilà, c'est pour ça qu'il faut écouter les gens ! (petit rire) l'expérience de cette tache dans le dos me fait dire : même la personne la plus vilaine qui vient te voir, ce n'est peut-être pas pour ce dont tu penses ! Donc, laisse-la parler ! Et voilà ! On ne doit jamais parler de son nez vilain parce qu'elle l'assume très bien ! On va parler de son complexe, et on va traiter son problème ! »*
>
> *(Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015)*

D'autres affirment qu'ils s'avancent toujours en proposant aux patients des interventions dont ils pourraient bénéficier, mais cette démarche est menée -à leur dire- pour leur bien. De fait, étant experts de l'apparence, ils feraient jouer leur sensibilité d'esthètes en suggérant au patient comme mieux sublimer leur morphologie. Cela se fait très couramment dans le cas d'une rhinoplastie auprès des personnes qui ont un menton « enfoui » ; les chirurgiens esthétiques leur conseillent souvent de faire en complément une plastie du menton afin d'équilibrer le profil dans sa globalité.

J'ai saisi ce thème par le biais de questions autour des limites que le praticien doit respecter dans l'exercice de sa créativité, et dans la relation avec les patients :

> ***« Quelles sont les limites du chirurgien esthétique ? Quelle est la liberté qu'un praticien peut prendre ? Par exemple lorsque le praticien veut modifier certaines parties qui pourraient être modifiées, mais que le patient n'a pas mentionnées.***

Ce n'est pas facile. Certes, c'est une limitation. Il y a des patients qui me disent : "Je viens pour le refaire ça" Oui, mais moi je vois ça aussi. "Non, mais cela me plaît" Ah, ok. Par exemple les poignées d'amour. Il y a un mois et demi, j'ai opéré une fille d'une liposuccion. Elle m'a dit, touche-moi ce que tu veux, mais pas les poignées d'amour, tu dois les laisser, parce que mon époux et moi nous les aimons. Mais esthétiquement cela ne se voit pas bien ! Mais je respecte sa décision. Les poignées d'amour c'est quand elles ont la ceinture très ample, et la graisse sort des côtés. Esthétiquement, de mon point de vue, et du point de vue mondial, c'est un défaut. Les femmes deviennent hyper œstrogéniques, alors elles ont des poignées d'amour, augmentent l'os et la graisse et ce n'est pas beau à voir. Mais si le patient aime, tu le laisses comme ça. Moi je valorise toujours ce qui dit le patient. Je lui donne mon avis : "Je pourrais te faire ici, ici et ici", et ils peuvent me répondre "D'accord, on y va, parce que ce que je ne trouve pas beau non plus" il y a des patients qu'ils acceptent parce qu'ils disent qu'ils avaient oublié de me le dire, ou qu'ils ne l'avaient pas noté, mais ils acceptent et ils disent : "Enlevez-le, oui". Et s'ils ne sont pas d'accord, ok. On respecte et cela reste ainsi.

Alors les limites les fixent le patient ?
Les fixent le patient et parfois aussi le chirurgien. Parfois, les patients me disent "Enlevez-moi toute la graisse". Je réponds qu'on ne peut pas enlever toute la graisse parce qu'il faut faire des études sanguines (...) Les études indiquent que je peux enlever trois ou quatre litres de graisse, c'est marqué ainsi. Je lui propose, je peux t'enlever deux litres, rien de plus. Le patient dit que oui ou que non. S'il insiste disant qu'il veut que je lui enlève plus, alors je dis que je ne peux pas. Je ne peux pas. Tu veux te voir maigre, maigre, maigre, mais morte. Il y a des accidents parce que le chirurgien fait ce que le patient lui demande, et cela ne devrait pas être ainsi. Le critère est propre au chirurgien. Le patient peut mettre des limites au chirurgien et refuser de se faire opérer ce qu'il lui propose, et le chirurgien peut se nier d'opérer plusieurs choses en même temps, ou d'en faire trop. Ce serait stupide de mettre le patient dans ces conditions, parce que le résultat va être néfaste. »

(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2016)

Le Dr Martinez suit la même politique du Dr Perez :

*« **Quelles sont les limites de l'exercice de la créativité chez le chirurgien esthétique ? Lorsque vous rencontrez le patient, vous identifiez dès lors ce qui pourrait être modifié ?***
Peu à peu tu développes cette habileté. Actuellement, si je vois à une personne, en deux seconds je l'analyse et je lui dis "je te ferai ça, ça et ça, il te manque ça." C'est automatique.

Et comment c'est l'interaction avec le patient ? Il accepte tout ?
Eux viennent avec une demande pour un service, et lorsque tu leur conseilles et analyses si c'est vraiment cette chirurgie dont ils ont besoin, ou une autre, tu lui dis "Regarde, moi je te ferais ça ou ça, tu pourrais plus en bénéficier" et on trouve un accord.

Est-ce qu'il y a une négociation avec le patient ?
Oui, parce que le patient arrive avec une idée fixe, et lorsque tu lui dis "Tu sais quoi ? Tu ne dois pas te refaire ça, mais une autre chose. Tu lui donnes le temps pour qu'il le pense. Parfois, c'est immédiat. Mais oui, il y a une négociation". »

(Entretien avec le Dr Martinez, Mexico, Mexique, 2013)

Le risque lié au fait de donner ses suggestions de modification en tant qu'expert, peut emmener à une insatisfaction du patient voire au développement d'un sentiment de ratage et à une impression de mutilation. Face à ces suggestions, certains patients acceptent de bon gré l'avis du chirurgien, tandis que d'autres refusent ses suggestions. Le patient a toujours une marge de manœuvre et, le cas échéant il peut s'adresser à un autre praticien.

Cette insistance du chirurgien vis-à-vis du patient rappelle en quelque sorte le mythe de Pygmalion, le sculpteur grec qui se laisse séduire par l'image de la statue qu'il a lui-même sculptée. De fait, certains chirurgiens esthétiques s'investissent personnellement et affectivement dans l' « œuvre chirurgicale » et sont tentés de déroger aux limites posées par le patient au nom du projet sculptural. Certains patients se sentent victimes de cette démarche et acceptent des interventions qu'ils regretteront. D'autres, au contraire, acquiescent et acceptent les conseils des maîtres du paraître, et ils en seront ravis.

En conclusion, dans la plupart des consultations de chirurgie esthétique, il n'y a pas d'abus, mais une confrontation entre les deux acteurs autour de leurs expectatives ; les deux exercent une sorte de pédagogie réciproque lorsqu'ils expriment leurs désirs en fonction de leurs critères personnels et de l'interprétation de ceux qui sont valorisés conventionnellement dans leurs groupes de référence.

4.3 SPIRITUALITÉ ET MORALE RELIGIEUSE

En posant aux praticiens la question de leur affiliation spirituelle, je voulais comprendre si celle-ci avait un impact sur leur pratique professionnelle. De fait, leur rapport à la religion a été rendu difficile par la position de l'Église catholique. Celle-ci, en effet, au cours de son histoire en Occident a prononcé plusieurs condamnations morales à l'encontre de la chirurgie plastique. Le Vatican a fini par accepter les pratiques d'amélioration esthétique à partir de la deuxième moitié du XXe siècle. En 1958, le pape Pie XII, lors de l'inauguration de l'hôpital Sant Eugenio de Rome, affirme :

> « La chirurgie plastique (…) a la particularité d'être, pour ainsi dire, un art, non seulement dans le sens générique de réalisation d'une œuvre conduite selon des normes spécifiques, mais en raison aussi du « sens artistique » que cela demande et dont témoignent tous ceux qui s'appliquent à résoudre ingénieusement des problèmes toujours différents, en veillant à apporter ainsi une solution esthétique. Du fait du polymorphisme presque infini des affections, il ne se présente presque jamais deux cas identiques, mais chacun exige un traitement adapté, toujours délicat et patient, parfois génial ».[279]

Cette approbation sera confirmée par le pape Jean Paul II, qui étend la bénédiction papale aux actions de reconstruction et d'amélioration système dentaire et, au-delà, à toute intervention réparatrice maxillo-faciale. Ces opérations sont alors reconnues non seulement en raison du soin médical qu'elles apportent, mais aussi de la recherche du meilleur résultat esthétique possible. Des particularités morphologiques comme les dents foncées, manquantes, asymétriques ou qui ressortent, sont considérées comme une disgrâce à corriger, et cet acte est présenté comme une « noble mission » et un « service à la vie ». C'est ce qu'affirme le pape, en 1989, dans son discours lors du « Congrès national de la société italienne d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale » :

> « Chers Messieurs, à vous mon salut déférent et cordial (…) J'exprime ma reconnaissance aux promoteurs et aux organisateurs de cette importante assemblée d'étude (…) Les possibilités offertes aujourd'hui par l'odontostomatologie et la chirurgie maxillo-faciale sont très vastes, la démocratisation de la médecine et de l'assistance sanitaire chargeant ces disciplines de responsabilités nouvelles et importantes. Dans une civilisation comme la nôtre, où la vie des personnes est liée aux moyens de communication de masse et à des rapports interpersonnels et sociaux nécessaires et de plus en plus étroits, les problèmes relevant de la santé de la bouche et de la dentition comme ceux de l'esthétique physique, prennent une importance nouvelle. En réalité, la

---

279 R. Ghigi (2008, 38) citant Pio XVII, Alto e sapiente Discorso del Sommo Pontefice Pio XVII ai Congressisti della chirurgia plastica (da « L'osservatore Romano » 6-7 Ottobre 1958), in « Rivista Italiana di Chirurgia Plastica, vol. 31, 1999 pp. 73-79.

solution apportée à ces problèmes du point de vue médical ne peut pas éviter de prendre en compte l'esthétique, du moment que cela contribue aussi à améliorer l'être humain dans sa corporéité ; c'est la célébration de la vie au service d'une qualité plus digne. (…) Vous et d'autres connaissez l'importance déterminante du système bucco-dentaire, nécessaire à un usage correct de la parole et à d'autres fonctions inhérentes à une pleine vitalité de l'organisme humain. Ne doivent pas être considérées comme d'incidence mineure sur la vie individuelle, familiale ou sociale, des lésions qui défigurent l'aspect physique, conséquences d'imperfections congénitales, d'accident du travail ou domestiques, et de bien d'autres événements connexes liés à la vie moderne. (…) comme je l'ai déjà rappelé en plusieurs occasions, l'unité indivisible de la personne fait que ce qui est défectueux dans l'organisme se répercute aussi sur la psyché de l'homme. Pour cela, la science que vous cultivez – et qui, avec raison, est définie comme un art- se traduit, si entendue au service de l'harmonieuse composition et au bon fonctionnement des parties du corps humain, comme une très noble mission. ».[280]

Jean Paul II, dans son discours, poursuit en affirmant le soutien de l'Église aux recherches et pratiques de la chirurgie maxillo-faciale, en souhaitant notamment que ces techniques soient apportées à une part plus importante de la population. Il précise par-là que « l'odontostomatologie et la chirurgie maxillo-faciale peuvent et doivent répondre non pas à des exigences à courte vue et instrumentalisées, mais à des demandes légitimes de récupération de fonctions déterminantes pour se réaliser en tant qu'humain » (*idem*). En dépit de ce discours, en 2015, le cardinal Gianfranco Ravasi devant l'assemblée plénière du Conseil pontifical de la Culture ayant pour thème « Les cultures féminines : Égalité et différence » définit la chirurgie esthétique comme « une burqa de chair » de l'Occident.[281]

Or, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la notion de sacré qui transparaît dans les rituels exercés dans le bloc opératoire ou à la figure du chirurgien demi-dieu (Lionetti, 1988 ; Cassel, 1991 ; Katz, 1999 ; Pouchelle, 2003, 2008, 2019). Mais, est-il donc pertinent de parler de spiritualité dans le domaine de la chirurgie ? Parmi mes interlocuteurs, la plupart, particulièrement en France, minimisent leur propre affiliation religieuse, préférant évoquer celle de leur famille. Toutefois, certains s'attardent davantage sur le sujet, avançant des réponses inattendues et des réflexions originales qui méritent d'être analysées dans ce chapitre.

280 Citation de Cristina Sivieri Tagliabue, dans A 18 anni mi rifaccio, storia di figli, genitori e plastiche. Grandi Assaggi Bompiani, Milano, 2009 pp. 157-161.
281 Cette affirmation a suscité la réaction de l'actrice italienne Nancy Brilli, rapportée par les quotidiens, notamment Il Messaggero le 3/2/2015 :
https://www.ilmessaggero.it/primopiano/vaticano/burqa_carne_brilli_vaticano_ravasi-843789.html consulté le 18/2/2021.

UN LAÏC AVEC LA FOI, LE DR LEVALLOIS

Le Dr Levallois, issu d'une famille chrétienne, et travaillant dans un hôpital privé catholique de Paris, reste pourtant dans l'ambivalence. De son point de vue, il serait commun dans l'exercice de la chirurgie de se référer au divin par besoin de se rassurer. Mais cette spiritualité, cette foi, resterait une dimension intime et propre à chaque praticien. Par contre, elle ne jouerait pas de rôle spécifique dans l'exercice du métier de chirurgien esthétique, car généralement les professionnels en France se réfèrent au principe de laïcité. Dans ce sens, les questionnements moraux ne seraient pas plus présents chez un chirurgien esthétique que chez un autre praticien :

> *« **Adhérez-vous à une religion ?***
> *Moi, je suis né catholique, mais je ne pratique pas. Enfin, je pratique quand il faut aller à des mariages et tout ça, mais le dimanche je ne vais pas à la messe hein ? Ça a un rapport avec tout ça ? C'est pour cerner la population, savoir si les chirurgiens plasticiens sont plus religieux que les autres ?*
>
> ***Bah, disons qu'au Mexique tout le monde est religieux, même les chirurgiens plasticiens…***
> *Ils implorent Dieu de les pardonner d'avoir changé le corps de l'homme qui a été créé à son image, c'est ça ?*
>
> ***(moi, je ris) Non, plutôt…***
> *Dieu crée l'homme à son image et le chirurgien plasticien modifie tout ça ? C'est un peu divin ?*
>
> ***Certains invoquent la bénédiction de Dieu avant d'opérer.***
> *Ouais, mais ça c'est toute la population [mexicaine] qui est comme ça je crois ! Pas que les chirurgiens !*
>
> ***Ah oui, c'est sûr !***
> *Vous allez dans les pays comme les Philippines ! Ils sont tellement obnubilés… Il y a des pays… La Pologne c'est pareil ! Extrêmement catholique… ouf !! Vous avez Jésus et la Vierge Marie partout, dans la rue machin… Il y a des sanctuaires, il y a des trucs partout ! Vous allez aux Philippines, c'est pareil, hein !? Après je pense que c'est plutôt culturel, lié au pays plus qu'à la profession. Après il est vrai que les professionnels issus de ces zones- là, ils ont plus tendance à se comporter de la même façon… Après, je ne sais pas si c'est le déterminisme ! En France, malheureusement les gens sont de moins en moins croyants! Et.. Largement au-dessous des autres pays d'Europe ! Comme la France a trop de laïques et pas beaucoup de pratiquants… Bon, après je ne sais pas si ça peut avoir un impact sur l'activité de la chirurgie esthétique. Je ne pense pas, hein ? Je ne vois pas comment… le seul truc, dans certaines disciplines, comme la gynécologie, si je fais des avortements, des IVG, là, effectivement, si vous êtes religieux, très croyant, vous avez du mal hein ? Le gynécologue ne va pas vous faire une interruption de grossesse, hein ! C'est une spécialité où les convictions religieuses peuvent avoir un impact directement. Après, en chirurgie esthétique, est-ce qu'il y a des choses que je ne ferais pas au nom de la religion !? La question peut être posée comme ça aussi,*

hein ? Est-ce que… il y a des… je ne changerais pas le sexe de quelqu'un au nom de la religion !? Je ne sais même pas si la religion interdit ça. Mais en tout cas… tout ce que je ne fais pas, ce n'est certainement pas au nom de la religion ! C'est pour d'autres raisons dont on a déjà parlé ! Dans ce sens-là, je ne pense pas que la religion a un impact sur ma façon de faire ! Je dirais après que c'est plutôt culturel, c'est plutôt… éducatif ! On a tous eu une éducation qui fait que pour chacun de nous, il y a des choses que l'on ne va pas faire… parce qu'on nous a appris à ne pas le faire, et on a un respect d'une certaine forme, d'une vision de la vie quoi ! Il y en a qui sont plus ou moins éduqués. Après, il y en a qui sont mal éduqués, hum... Même s'ils sont devenus chirurgiens esthétiques, ils restent quand même mal éduqués ! Ceux-là, de toute façon… On en a parlé déjà tout à l'heure ! Il n'y a rien qui va les arrêter ! Ils sont capables des pires choses quoi ? Hum. C'est pour ça que je dirais, pas la religion, mais plutôt l'éducation, la culture et l'éducation ! D'où viennent les gens, voilà. Est-ce que le chirurgien esthétique, il vient des favelas du Brésil… ? (il rit)

Après il y a aussi le rapport à la mort et aux risques, en chirurgie. Dans le sens : « Dieu, assiste - moi, fais que le patient ne meure pas… »
Oui, mais ça, c'est la pratique de la foi, dans la vie quotidienne hein ? Ce sont les mêmes qui vont prier avant de dîner le soir, hein ? Qui vont se mettre à genou. Non, je pense que ça, c'est plus la pratique de la foi! Parce que vous priez pour protéger votre famille, vos patients… Je ne pense pas que ce soit propre à la chirurgie plastique, parce qu'un autre chirurgien qui va opérer du ventre, il va peut-être prier de la même façon !

Oui, justement. Je me demandais s'il y a, en chirurgie plastique, des questionnements moraux, en relation avec la religion qui peut interdire…
Vous avez une très, très haute opinion des chirurgiens plasticiens en pensant ça ! (il rit) Non, je ne pense pas, en tout cas, pas à ma connaissance. En tout cas, ceux que je connais ne ne se posent de questions spirituelles de ce niveau ou ont été élevés pour se poser des questions de ce genre! Je ne pense pas ! Après, c'est vrai plutôt dans la pratique de la religion ! Il y en a qui sont ultra religieux et ramènent tout ce qu'ils font à la religion, que ce soit des juifs ou des chrétiens ! Ce sont un peu des extrémistes quelque part, où la pratique de la foi va primer sur tout ce qu'ils font dans la vie hein ? Après, je pense que ce sont quand même des cas particuliers. Après, je pense qu'en France, on aime bien le mot laïcité dans le monde professionnel, quelle que soit la discipline, travailler à la poste, travailler chez Renault, travailler en chirurgie esthétique. Le bon professionnel doit mettre le vêtement religieux dans le placard, en même temps que les vêtements de ville dans le placard. On ne parle plus de religion, et on agit en professionnel laïque hein !? Est-ce que vous savez qu'ici, c'est le premier groupe hospitalier privé catholique de France ?

Ah ! Justement, je me demandais, parce que j'ai vu qu'il y a une église à l'intérieur !
Mais ça ne se voit pas trop hein !? Dans l'ancien hôpital, dans toutes les pièces, il y avait des crucifix partout ! Mais c'est quand même un hôpital public, ici on accueille tout le monde, les musulmans et tout ça, parmi les médecins il y a beaucoup de juifs et tout ça… Donc ce n'est pas un problème ! Mais l'origine de l'hôpital, c'est quand même… ça appartient à l'Église, ce sont des sœurs !

Et donc, comment on fait un service laïque tout en étant dans un hôpital religieux ?
C'est pour ça que je vous ai dit, comment on peut faire de la chirurgie plastique dans un hôpital privé catholique !? C'est possible ! (petit rire de tous les deux) comme quoi, ils ne sont quand même pas complètement fermés, mais il faut quand même que je leur explique qu'on ne fait pas que de… la chirurgie de la beauté, qu' on fait aussi tout ce que je vous ai dit !

Parce que le Vatican, dernièrement, vient encore de déclarer que la chirurgie esthétique était la burqa de chair de l'Occident !
C'est fort quand même ! Pff !! Il ne faut pas exagérer quand même, hein ? Non mais ça, ce sont des gens qui parlent sans savoir, hein ? Avec tout ce que je vous ai dit… là… Quand on a la notion… vous savez le pape aide les chrétiens, moi j'aide les hommes et les femmes dans leur vie, hein ? Nous, on a une vision vraiment de ça hein ? D'aider les gens ! Moi, si je pensais que tout ce que je fais n'aidait pas les gens, je ne le ferais pas ! Et sincèrement, le plaisir que l'on a chaque jour, c'est ça ! Ce n'est pas tellement le résultat parfait, qui est magnifique ! Ce n'est pas ça, c'est le bonheur des gens ! C'est la grand-mère qui revit, qui ne prend plus de médicaments, c'est la jeune fille qui redevient une jeune fille et n'est plus un fantôme ! (marque le discours avec des petits coups sur la table) C'est…toutes ces choses-là, ça nous marque et on y pense ! On se dit, bah: « Ah, encore une de sauvée ! Quelqu'un qui va être épanoui, qui va vivre normalement sans se poser des questions ! » Et quand ça débloque des situations, les gens sont épanouis, se marient et tout ça, et nous on est vachement heureux pour eux, hein ! Parce qu'il y a des gens qui, franchement, ils sont bloqués pour rien ! (coup sur la table)

Par des complexes…
Oui ! C'est pour ça que je vous dis, on ne peut pas parler de chirurgie esthétique sans comprendre ce qu'est le complexe ! C'est un vaste sujet. Et le complexe…tout le monde a des complexes en réalité, tout le monde a son jardin secret, a quelque chose qui ne va pas… Après, il y a des complexes qui sont mineurs et puis il y a des complexes qui sont pathologiques ! Qui accapare votre attention, votre énergie de tous les jours, et puis ça vous épuise, hein ? Je veux dire ça… Voilà. Et quand ça devient omniprésent et que ça vous épuise, ça veut dire que peut-être vous avez besoin de faire quelque chose, et c'est là que la chirurgie peut aussi apporter sa part… d'aide ! Vous voyez ? Il faut expliquer ça au pape ! Par ce qu'en réalité, c'est un métier qui est très mal connu ! »

(Entretien avec le Dr Levallois, Paris, France, 2015).

Aux objections morales qui dépeignent la chirurgie comme un instrument d'oppression, le Dr Levallois répond qu'en réalité, elle est un outil thérapeutique, de libération et de *déblocage* des problématiques liées à l'apparence, à l'estime de soi. Il souligne le caractère pathologique des complexes et, dans son argumentaire fondé sur son expérience clinique, il dénonce un discours religieux, moralisateur qui, parfois encore, critique la chirurgie esthétique.

BIOMÉDECINE ET VAUDOU, LE DR SINGER

Le Dr Singer évoque une affiliation religieuse et spirituelle qui dépasse le positionnement laïque exprimé par le Dr Levallois. Je le découvre lors de ma visite dans son cabinet de consultation situé à Paris, dans le 16e arrondissement, à côté du Champs de Mars.

Le docteur Singer est né au Congo et a grandi en France. Il a beaucoup voyagé et part très régulièrement en mission humanitaire. Lors de ma première visite dans son cabinet, je

relève différents éléments dans la décoration, notamment dans la salle d'attente, une statuette représentant une femme noire vêtue du *candomblé* brésilien, posée sur le sol près d'un mur, sous une plante. Lorsque j'interroge le Dr Singer sur cet objet, il me montre avec enthousiasme un autel composé d'une série d'objets de tradition thérapeutique vaudou, posés sur une étagère derrière son bureau. Objets de protection contre les personnes malveillantes ou les enfants sorciers, ils ont été spécialement fabriqués pour lui et portent son nom. Il m'indique avoir aussi, dans un tiroir de son bureau un bâton décoré, outil de diagnostic qu'il serre dans sa main droite lors d'interactions avec des candidats difficiles.

Le docteur Singer me confie qu'il a été initié au vaudou lors d'un de ses voyages humanitaires en Afrique, considérant que cela l'aiderait à mieux communiquer avec ses interlocuteurs durant ses missions. Ce praticien intègre dans sa pratique quotidienne la notion d'invisible, telle qu'elle a été élaborée en ethnopsychiatrie. Sensibilisé aux croyances liées aux malédictions qui surviennent quand on brave les interdits, aux djinns et aux esprits propres aux représentations des peuples des campagnes africaines, ce praticien se les approprie et les applique à sa compréhension de la chirurgie esthétique, une fois rentré en France.

Les collaborations qu'entretient le Dr Singer avec des tradipraticiens durant ses missions humanitaires, mais aussi en France, montrent son ouverture au monde des représentations de ses interlocuteurs, et sa volonté d'en intégrer certaines dans sa pratique quotidienne. L'expérience du Dr Singer témoigne d'une conception de la biomédecine ouverte à l'hybridation des représentations et des rituels, adhérant à une *cosmologie* médicale originale et propice à l'accueil d'un public varié.

CHRISTIANISME ET MÉTAPHYSIQUE, LE DR GARCIA

Le Dr Garcia, qui exerce à Mexico DF, est de confession chrétienne. Progressivement, il s'est éloigné de la religion et orienté vers une réflexion métaphysique et une spiritualité détachée du dogme. Sa foi dans l'âme et la réincarnation émerge lorsqu'il est confronté à la mort et aux maladies psychiatriques durant sa formation hospitalière. Lorsqu'il commence à opérer, il attribue ses succès à l'assistance de Dieu. Dans son discours revient souvent l'idée, qu'en tant que chirurgien, il se sent un simple « instrument dans les mains de Dieu » :

> ***« Comment avez-vous découvert la spiritualité, et comment cela influence votre travail ?***

Je suis né dans la religion catholique. Quand j'arrive à la faculté de médecine, à l'hôpital, je commence à voir les gens comment vivent, comment ils meurent et je commence à observer la mort. J'observe les cas des attardés mentaux (...) et des phénomènes qui ne s'expliquent pas facilement et je commence à croire en la réincarnation. J'ai commencé à avoir des croyances que les autres estimaient bizarres (...) à respecter la mort autant que la vie. On m'a dit que j'étais fou. Moi je répondais qu'il ne faut pas lutter jusqu'au dernier souffle [acharnement thérapeutique] et qu'il faut respecter ceux qui sont sur le point de mourir. (...) Et tu commences à observer les enfants et tu te rends compte qu'il y a quelqu'un là. Quelqu'un dedans, une âme prisonnière. Tu te rends compte qu'il y a un observateur en eux, comme en toi. (...) C'est ce qui fait sa spécificité d'être humain. (...) Avec les années, j'ai commencé à étudier dans une école de métaphysique, à voir la différence entre spiritualité et religion. Je me sens attaché à la spiritualité bien que… je vais te dire que dernièrement... j'en ai plus l'envie, ou cela ne me plaît plus. Mais je continue d'être une personne attachée à la spiritualité (...)

Comment l'appliquez-vous à votre travail de chirurgien ?
Une fois, j'ai lu le conte du père Antonio de Melo (...) et je me suis intéressé à des méthodes de prière. Il y a des moines qui apprennent à synchroniser la prière avec la respiration et ainsi ils sont en contact constant avec Dieu. Je me suis dit qu'il fallait ramener cela à ma vie. Alors je me suis dit: Dieu, fais de son travail une prière. Quand il est en train de travailler, il me tient présent, alors j'ai aussi commencé à faire de même. Quand j'opère, je tiens présent le père [Dieu]. Et souvent, je me suis aperçu de cela. Je disais à mon assistant : "David, il est impossible de détacher cela sans qu'il y ait une déchirure, mais je sais que mon père, il peut le faire, non?" Je poursuivais [le geste chirurgical] et ça marchait. Je lui disais [à son assistant] "Cela, c'est mon père qui l'a fait, ce n'est pas moi". Voici comment je peux rapporter cela à mon travail, en essayant de faire de mon travail une prière. C'est la même chose quand je joue de la batterie sur scène. A chaque fois que je joue, je remercie Dieu, je lui demande d'être dans celui qui est assis sur la scène, qu'il m'aide à me manifester, et qu'il se manifeste à travers de moi ».

(Entretien avec le Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2016)

LA FRANC-MAÇONNERIE, LE DR PEREZ

Le Dr Perez, médecin mexicain, est franc-maçon. Il me l'apprend dès notre première rencontre, en 2013, alors que je le questionne à propos d'une statue représentant un caducée, posée sur son bureau. Pour assouvir ma curiosité, il me conseille de m'intéresser aux symboles maçonniques et sur son téléphone portable, m'en montre quelques-uns, des dessins intriqués, géométriques, traversés de lumières bleues et dorées, parfois intégrés dans l'espace cosmique. Sur l'un d'entre eux est représenté Dieu, la main de Dieu, sur d'autres, un œil et d'autres références à l'Égypte.

Il me dit suivre des rituels. Quand il se réveille le matin, il entre en connexion avec l'énergie du soleil qui lui donne force et tranquillité pour opérer et recevoir ses patients en consultation, en ressentant toujours une « bonne vibration ». Bien qu'il ne soit pas chrétien, à la fin de chaque opération, il fait discrètement un signe en croix sur le front du patient.

Lors de nos entretiens, nous avons de longs échanges sur les liens qu'il établit entre son activité professionnelle et sa spiritualité :

*« **Vous m'aviez parlé de votre intérêt pour la spiritualité dans la maçonnerie…***
Oui

J'ai lu un article sur la relation entre maçonnerie et médecine. Il y a beaucoup de médecins qui sont maçons, n'est-ce pas ?
Beaucoup !

Et les chirurgiens esthétiques, ne seraient-ils les grands architectes des morphologies humaines ? Y a-t-il un lien entre les architectures divine et humaine ?
Non, il n'y a pas de rapport. En chirurgie esthétique, le lien, c'est spirituel, c'est un lien qu'il doit y avoir entre toi et le patient. C'est d'un autre niveau. Pour te soumettre à une chirurgie, tu dois ressentir une certaine empathie et connexion avec le chirurgien ! Et souvent, il y a aussi une connexion spirituelle. Et cette connexion, c'est une permission que tu donnes [le patient] au chirurgien pour qu'il entre en toi ! Parce que, finalement, il est en train de violer ton corps, non? C'est une agression ! Alors, je le vois ainsi, aucun rapport avec l'architecture, mais avec la spiritualité.

Comment vous représentez-vous la question de l'âme dans votre spiritualité ? Le travail spirituel que vous faites sur vous-même, comment se reflète-t-il dans votre travail ?
Oui bien sûr, on le [travail spirituel] développe. On doit évoluer, mais on doit aussi avoir étudié. Pour arriver à voir comment vont tes patients. Cela, tu l'apprends avec la pratique, hein ? Tu vois de quelle façon tu peux aider ton patient. Et tu vois dans quelles conditions il arrive ! Parce que, parfois, ils arrivent dans un état animique déplorable, hein ?! Parce qu'ils ont une difformité, ils ont eu un accident, ou quelque chose non ? Alors, ils attendent de toi que tu les aides. Ils viennent avec cet espoir, non ? Il faut avoir une certaine chimie, une connexion avec le docteur. Oui, il y a beaucoup à voir. Oui, la maçonnerie m'aide beaucoup pour comprendre ce qui se passe non ? Et comment je peux l'aider. Et si je peux l'aider ! Ça, c'est très important !

Et ça, c'est lié avec…
S'il n'y a pas de connexion, tu ne peux pas l'aider.

Et comment vous le ressentez ?
Négatif !

Énergie négative ?
Oui, oui, je sens qu'avec ce patient, je ne dois pas m'engager. Parfois, tu peux te tromper, non ? Mais souvent, cela fonctionne, c'est certain ! Cela t'aide beaucoup de connaître d'autres choses, comme la maçonnerie. Mais la maçonnerie implique beaucoup d'autres choses, hein ? Il n'y a pas seulement l'étude de l'homme, l'histoire, l'archéologie, les constructions, l'architecture et des choses comme ça, hein ? Cela a à voir avec beaucoup plus de choses ! Magie, Reiki, et bien des situations dans lesquelles tu peux t'impliquer ou éviter. Tu peux dire : cela ne m'intéresse pas ! Moi, ce qui m'intéresse, c'est seulement l'histoire. Mais si ton travail a à voir avec… par exemple, si tu es architecte et tu travailles dans ce domaine, cela t'aide. Moi, ça m'aide beaucoup, la spiritualité. Pour moi et pour mes patients. »

(Entretien avec le Dr Perez, Mexico, Mexique, 2017)

LE CHAMANISME PÉRUVIEN, LE DR BUENAVENTURA

Le Dr Buenaventura, mexicain qui exerce à Tijuana, est très préoccupé par le sens de la vie et de la mort. A plusieurs reprises, il me fait part de son désarroi face à ces questions fondamentales. Divorcé, ses deux filles sont parties vivre loin de lui, l'une dans le centre du Mexique, l'autre en Italie. Seul à la tête de sa clinique de Tijuana, il a arrêté l'exercice de ses passions (plongée, parapente, moto de course) à cause d'un accident de moto. Son intérêt pour les questions spirituelles vient d'une expérience particulière vécue au Pérou, lors d'un voyage. Il y rencontre un chaman et participe à une cérémonie durant laquelle il absorbe un puissant psychotrope issu d'une plante locale, l'ayahuasca. L'expérience l'a bouleversé et il a gardé contact avec ce chaman, qu'il a invité plusieurs fois à Tijuana pour des séances de « thérapies » associant cette substance. Je lui demande de me raconter ces expériences :

> *« La première a été très mauvaise. J'ai eu peur. Mais j'ai compris que dans tout ce qu'on me disait, c'était comme un exercice pour rester concentré. Réfléchis ! Quand je fais du parapente, je pense à tout ce qui pourrait mal se passer. Mais je dois me concentrer sur la direction à prendre. Quand je fais de la moto, je ne peux pas tourner la tête dans tous les sens. Alors, c'est comme un exercice de concentration. Comme ceux qui vont au gymnase, pour développer leurs muscles... Même s'il y a des bruits, des préoccupations [sentiments, pensées, distractions] je n'y fais pas attention. Je me concentre sur ce qu'il faut faire. (...) C'est pareil quand je plonge. Il y a des choses qui sortent... Comment je t'explique... il faut que je reste fixé sur ce que je veux penser et pas sur mes peurs. Comme les grands joueurs de football qui se trompent au moment du but, lors des finales des mondiales. À cause de la pression du public, parce qu'ils pensent que leur futur en dépend, que cet acte peut changer leur vie... (...) L'ayahuasca te donne cela, te dit: regarde, le ballon est là-bas, tout le monde est en train de te voir, tu peux sauver ta vie ou la perdre, mais la seule chose que tu as est ici, et maintenant! Cela te donne de la force mentale. C'est une gymnastique mentale ! Te rend plus fort, améliore ta vie et tu deviens meilleur. Et si j'ai la capacité d'orienter mon esprit, je peux l'orienter vers des choses agréables, c'est le bonheur… »*
>
> *(Entretien avec le Dr Buenaventura, Tijuana, Mexico, 2017)*

4.4 DE LA CRISE DE LA PRÉSENCE À LA "CRISE DE L'APPARENCE"

La chirurgie esthétique suscite une demande toujours grandissante à l'échelle mondiale et cela s'explique aussi grâce au contexte social et historique dans lequel elle se développe. De fait, même s'il ne s'agit pas d'une maladie au sens propre, le désir de changer son apparence afin de se sentir mieux dans sa peau et dans la société au sens large, est un fait dont les significations se dévoilent à l'œil de l'anthropologue. Marc Augé et Claudine Herzlich affirment :

> « Dans les sociétés industrielles, la maladie est, essentiellement l'affaire du médecin et de la médecine. Mais elle n'est jamais que cela : elle n'est pas seulement l'ensemble des symptômes qui nous amènent chez le médecin. Elle demeure toujours un évènement malheureux exigeant une interprétation qui n'est jamais purement individuelle : interprétation collective partagée par les membres d'un même groupe social, mais aussi l'interprétation qui, au sens propre, met en cause la société et parle de notre rapport au social. La dimension sociale de la maladie, c'est alors -et ici la sociologie rencontre l'anthropologie- le fait qu'elle fonctionne comme signifiant, support du sens de notre rapport au social. » (Augé et Herzlich, 2008, 22-23).

L'investissement sur l'apparence se manifeste comme une stratégie psychoculturelle particulièrement efficace dans les sociétés qui la valorisent comme un des moyens principaux d'affirmation de soi dans le monde social. La souffrance manifestée par les candidats à une chirurgie esthétique est à entendre comme « un signifiant social : elle fait l'objet de discours qui mettent toujours en cause l'environnement au sens plus large » (*ibidem*,11). Dans mes travaux précédents -de licence et de master- je m'étais concentrée sur l'analyse des aspects sociohistoriques qui dialoguent constamment avec les désirs individuels de changer son apparence. J'avais mobilisé le concept d'*embodiment* de Thomas Csordas, anthropologue qu'a étudié le processus de l'incorporation (*embodiment*) comme fondement essentiel de l'être dans le monde, le *being-in-the world.* Selon ce paradigme, l'acte de modifier son corps participerait de la « condition existentielle » de matérialisation de la culture et du soi (*self*) (Csordas, 1994, 12). Le *being-in-the world* devrait donc être entendu comme une expérience de la « présence » au monde, mais aussi de la visibilité. L'apparence corporelle incarne des codes de communication socialement connotés. Elle permet donc de se situer dans le monde et d'incarner une position sociale particulière. La modification du corps a donc toujours des répercussions « sociocosmiques » comme le rappelle le sociologue David Le Breton:

> « La phénoménologie hier (Merleau-Ponty), l'anthropologie aujourd'hui nous montrent que le corps est la condition de l'homme, le lieu de son identité, ce qu'on lui retranche ou ce qu'on lui ajoute modifie son rapport au monde de façon plus ou moins prévisible » (Le Breton, 2011, 105).

Csordas et Remotti reconnaissent la diversité des pratiques corporelles et la pluralité des représentations qui leur sont associées, mais ils rappellent qu'au fond toute culture humaine se matérialise « dans et par le corps » et « dans et par le travail corporel ». Les deux s'opposent donc aux théories dénonçant les pratiques corporelles « contemporaines » comme si elles « dénaturaient » cette « nature » représentée par le corps. Csordas soutient la perspective de Donna Haraway selon laquelle : « Ni nos corps personnels ni nos corps sociaux ne peuvent être vus comme naturels, dans le sens existant hors un procédé d'autocréation appelé travail humain ».[282] Dans cette perspective, il n'y a rien de plus naturellement inhérent à l'humain que de modifier son corps et son environnement.

De son côté, Francesco Remotti s'intéresse à fonder une anthropologie des modifications corporelles. Il s'attache donc à organiser ces modifications du corps en vingt-trois catégories. Son intention est de classifier ces pratiques et de les comprendre de par leur intérêt anthropologique. Remotti considère l'acte d'*esthétiser* le corps comme une fondamentale « recherche d'humanité » (Remotti, 2006, 113). Ces pratiques de modifications du corps visent à combler une « incomplétude biologique », qui semblerait être inhérente aux représentations de toutes les cultures.[283] Forger le corps, le façonner pour le rendre « complet » ou bien pallier ses manques et ses imperfections, répond à une démarche d'*anthropopoiésis,* donc à une mise en culture du corps. Csordas et Remotti nous aident à penser l'esthétisation du corps comme un objet anthropologique complexe, universel dans le temps, et dans l'espace de l'histoire humaine, qui ne devrait pas être réduite à un acte superficiel de vanité, ni pathologisé ou condamné comme étant le signe de la soumission à un paradigme dictatorial.

Par ailleurs, en raison de ma formation de licence en histoire, j'ai le contexte historique particulier dans lequel se développe la chirurgie esthétique : les sociétés urbaines post-industrielles à fondement individualiste. Lors de mes travaux précédents j'ai donc tissé un lien entre les phénomènes d'industrialisation, d'urbanisation, de société de masse et l'établissement d'une relation particulière au corps et à l'image de soi. Plusieurs auteurs s'interrogent sur les influences de la modernité et de la postmodernité sur le rapport que les individus ont avec leur corps (Pulcini, 2001 ; Elliott et Lemert, 2006 ; Le Breton, 2011 ; Simmel, 2013). Selon ces auteurs, les pratiques corporelles sont à lire comme des

282 T. Csordas, (1994, 2) cit. Donna Haraway, Simians, Cyborgs and women, the reinventation of nature, New York, Routledge (1991, 10). Traduction personnelle de l'anglais.

283 Remotti se sert des théories auparavant mises en avant par l'anthropologue Clifford Geertz dans The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books, 1987.

épiphénomènes d'un processus d'affaiblissement graduel des liens sociaux, paradigme décrit en opposition à la vie dans les contextes ruraux dits traditionnels. Le paradigme individualiste influence à la fois la vision que nous avons de nous-mêmes, notre rapport à notre corps, mais aussi aux autres. L'industrialisation et l'urbanisation, mais aussi l'essor des sociétés « démocratiques », sont des paradigmes qui impliquent une rupture des ordres « traditionnels » d'organisation sociale, mais aussi qui poussent à une « quête de soi », comme le faisait noter Alexis de Tocqueville (1963). Cet auteur apostrophe avec scepticisme l'instauration de régimes démocratiques en Amérique et en France, car il y voit très clairement la menace d'une perte de l'identification lignagère de type aristocratique, et donc un déchirement anthropologique majeur et hautement déstabilisant. La progressive identification de l'individu à une « société-organisme » de type démocratique était considérée par Tocqueville comme un processus difficile à apprivoiser.

Les sociologues ont défini cette condition d'atomisation des individus dans les *urbes* « occidentales »[284] comme typique de la « postmodernité », désignée par le sociologue Zygmunt Bauman par la métaphore de la « liquidité ». Selon Bauman, dans le paradigme social contemporain « les formes sociales ne peuvent plus – et ne sont plus censées - se maintenir durablement en l'état, parce qu'elles se décomposent en moins de temps qu'il ne leur en faut pour être forgées et se solidifier » (2007b, 7). L'individu postmoderne est donc représenté par Bauman comme un *homo consumens,* un consommateur en perpétuelle recherche de nouveautés et de « renouvellement ». Cette quête de « solidité » n'est pas censée trouver d'apaisement, car la satisfaction serait un sentiment associé à la stagnation et donc à la mort (sociale). La consommation est donc, selon Bauman, une pratique de socialisation. Néanmoins, selon Bauman, la consommation est plutôt l'apanage des riches ; dans ce sens elle se configure comme une source d'inégalité, entraînant une marginalisation croissante des pauvres, représentés comme des classes « dangereuses ». Dans ce sens, Bauman semble imputer au paradigme de la « liquidité » l'essor de nouvelles formes de mal-être, de marginalisation et d'invisibilité.

Ces analyses autour de l'affaiblissement du lien social, nous permettent de comprendre le substrat sociohistorique qui favorise une certaine souffrance diffuse et latente chez les populations urbaines mondiales, notamment chez les classes défavorisées. Néanmoins, tous les indices du terrain me laissaient entendre que les pratiques corporelles d'embellissement ne

284 Il faudrait vérifier si un tel déchirement anthropologique est ressenti également dans les contextes urbains non occidentaux.

sont pas uniquement l'expression de l'« aliénation » inhérente à la condition sociale des individus postmodernes, mais elles sont vécues aussi comme des formes de résistance sollicités pour bien vivre dans ce milieu fragmenté.

Ce raisonnement me paraît être en assonance avec les travaux de l'ethnologue Ernesto De Martino (2008, 2009, 2017). Ce dernier a longuement étudié les crises des *tarantate*[285] dans le *Mezzogiorno* italien des années '60, les entendant comme des phénomènes de résistance par le corps -et par le rituel- (De Martino, 2009). De Martino parle de « crises de la présence » (De Martino, 2017) pour indiquer cette « mise en scène culturelle » qui exprimait un mal-être profond, inhérent aux conflits personnels et sociaux vécus par les femmes paysannes, travailleuses des *latifundes* italiens. Ces dernières déclaraient soudain à leur communauté avoir été mordues par une tarentule ; cela provoquait des convulsions et une totale incapacité de travailler. Suite à cela, elles enchaînaient des jours et des jours de danses effrénées, s'abstrayant de toute activité productive ou tâche domestique, soutenues par un groupe de musiciens qui scandait le rythme de la transe. De Martino insiste sur cet aspect : le déclenchement de la « crise » n'est pas un phénomène psycho-pathologique à soigner. La crise constitue en elle-même la thérapeutique, le remède culturel que les femmes du Mezzogiorno utilisaient pour échapper à la contrainte de la productivité du travail des champs.

> « Dans la perspective de l'analyse culturelle, le tarantisme ne se manifestait pas comme désordre psychique, mais comme ordre symbolique culturellement conditionné (l'exorcisme de la danse et des couleurs) dans lequel trouvait solution une crise névrotique, elle-même culturellement modelée (le comportement de l'empoisonné). (…) Le dispositif comme tel n'était pas une « maladie », mais un instrument de réintégration, un ordre traditionnalisé de possibles efficacités symboliques, lequel disciplinait la crise, lui donnait un temps et une modalité déterminés, et s'efforçait de la reconduire vers un nouvel équilibre » (De Martino, 2009, 78).

L'analyse des phénomènes de « crise de la présence » dévoile que dans la crise même, se cache le germe de la solution et de la résolution du mal-être initial. De fait, la crise est toujours ritualisée, s'exprime de manière processuelle, elle est conçue pour être traversée et dépassée, ouvrant au sujet affecté sa réintégration sociale. Cet auteur nous rappelle aussi que les crises vécues par ces paysannes (il s'agissait le plus souvent de jeunes femmes) se manifestaient :

> « (…) à l' occasion de moment déterminés et critiques de l'existence -comme la fatigue de la cueillette, la crise de puberté, la mort de quelque personne chère, un amour ou un mariage

285 Par tarantate j'entends les femmes participant au rite du tarantisme, décrit par De Martino.

malheureux, la condition de dépendance de la femme, les conflits familiaux, la misère, la faim, ou bien toute une série de maladies organiques- insurgeait la « crise de l'empoisonné » (..) une crise à contrôler rituellement par le biais de l'exorcisme de la musique, de la danse et des couleurs » (De Martino, 2009, 74).

De Martino postule donc que les crises se déclenchent par la convergence de deux facteurs : d'une part le facteur social de l'exploitation agricole, qui détermine une fragilité des liens sociaux et une sorte d'aliénation. D'autre part, il observe que les crises se présentent en coïncidence avec une situation personnelle conflictuelle vécue par la personne à l'égard des membres de sa famille ou de sa communauté.

Quel rapport existe-t-il entre les *tarantate* de De Martino et les patientes de la chirurgie esthétique ? À l'instar des *tarantate* de De Martino, les patientes de la chirurgie esthétique vivent le sentiment de cette double fragilisation. D'une part elles subissent un relâchement des liens sociaux par le contexte historique « liquide » ou « postmoderne » que nous avons cité ; d'autre part elles développent un sentiment d'« affectation » en coïncidence d'un évènement clefs de leur vie parfois vécu comme un traumatisme : une séparation sentimentale, un conflit professionnel ou familial, une grossesse, un changement majeur dans leur trajectoire biographique, etc. Ces ruptures biographiques entraînent une fragilisation identitaire et l'apparition soudaine, dans la conscience de l'individu, d'un défaut esthétique. Le sujet replie donc sur la démarche de correction du défaut esthétique pour s'épanouir à nouveau socialement et retrouver une certaine sérénité.

Ce mécanisme psychologique voit une particularité physique rentrer soudain dans la catégorie du « non-soi », une catégorie d'altérité qu'empêche l'identification du sujet avec l'image de son corps. Les défauts esthétiques sont des particularités morphologiques perçues par les sujets qui se sentent affectés comme des éléments « étrangers ». À l'instar du processus immunologique de reconnaissance du « non-soi » dans le « soi », qui déclenche une réaction allergique ou un rejet d'organes (mécanismes qui peuvent se dérégler mystérieusement comme dans le cas des maladies auto-immunes) en chirurgie esthétique, le défaut est vécu comme l'apparition de « l'altérité en soi ».[286] C'est pourquoi le patient définira le défaut avec des connotations animales ou comme des objets inanimés (« Pattes d'oie », « ride du lion », « ventre tablier », etc). Le défaut esthétique est appelé « cette chose », ou

286 En biologie les agents responsables du déclenchement d'une réponse immunitaire sont indiqués sous le nom d'antigènes du « non-soi » : « Ce concept est le fondement du paradigme classique de la discrimination fine et spécifique par le système immunitaire de tout individu entre les antigènes du « soi » (self, en anglais), c'est-à-dire l'ensemble des épitopes propres aux constituants de l'organisme de l'individu, et les antigènes du « non-soi » (non-self) correspondant à l'ensemble des épitopes allogènes et exogènes. » (Alouf).

« ça », et il est pathologisé progressivement. L'intervention chirurgicale de cette partie du corps permettra de renouer une relation à lui-même et aux autres sereine et épanouie. De son côté, le chirurgien esthétique a le pouvoir de résoudre cette « crise de la présence » (peut-être devrait-on l'appeler plutôt « crise de l'apparence ») ; il a la responsabilité d'accompagner le patient tout au long du processus, un rituel structuré en codes, étapes, moments étalés sur une durée de quelque mois à plusieurs années.

Il faut souligner qu'à l'instar des rituels des *tarantate*, la chirurgie esthétique s'adresse principalement aux femmes. Lorsqu'elles sont engagées dans le processus de soin de leur apparence, elles s'arrogent le droit de s'abstraire des activités productives et des contraintes familiales pour un temps de convalescence qui va de quelque jour à quelque semaine, voire parfois des mois avant de retourner à exécuter toutes les tâches ménagères. C'est aux proches et aux opérateurs de beauté de garantir une prise en soin attentionné et bienveillante -une forme de *care*- pendant toute la période de convalescence. Grâce au recours à la chirurgie esthétique les patients retrouvent un lien avec la communauté et un regard des autres qui leur permet de se sentir exister à nouveau dans un paradigme de sens renouvelé.

Il est important de souligner que dans les cas des *tarantate* et des patientes de la chirurgie esthétique, la « guérison » ne passe pas par la parole, par une psychanalyse ou la prière. Les deux groupes manifestent leur désarroi corporellement et traversent corporellement des processus cathartiques par la musique, par la danse, par le rite, par la chirurgie. Pour les *tarantate* la danse répondait à une performance afin d'être à nouveau présentes, visibles aux yeux de leur communauté et soutenues par cette dernière. Au même titre, les patientes de la chirurgie esthétique cherchent à expérimenter, voir et manifester le changement morphologique pour se sentir « guéries ». En conclusion, à l'instar du tarantisme, la chirurgie esthétique est, du point de vue anthropologique, une pratique de soin, de résistance, d'affirmation de soi, dans un monde social qu'échappe ou par lequel nous nous sentons écrasés ou marginalisés. L'un et l'autre sont des manières culturelles d'exorciser le sentiment d'une profonde perte de sens.

Je tiens néanmoins à prendre les distances avec l'approche de l'anthropologie médicale critique, car je ne me propose pas d'étudier le contexte sociohistorique pour dénoncer un système politique ou un système social. Par contre, je constate que la chirurgie esthétique peut être vécue par ses acteurs comme une pratique de résistance et de mieux-vivre dans un contexte sociohistorique et personnel particulièrement fragilisant.

RÉSUMÉ

Dans cette dernière partie de la thèse, différents outils théoriques sont présentés afin d'analyser, dans une approche anthropologique, la pratique de la chirurgie esthétique et le rôle des chirurgiens esthétiques. Depuis l'Antiquité, la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique et des pratiques esthétiques en général - a été contestée historiquement et ignorée législativement par les autorités médicales et morales principalement pour deux raisons. La première est que les pratiques d'embellissement, à l'instar du déguisement, brouillent les repères de reconnaissance, et sont perçues comme des interventions qui déstabilisent un certain équilibre, trichent, apportent du « désordre » social. Elles modifient les repères selon lesquels on s'oriente socialement, l'apparence permettant de saisir les caractéristiques de classe, de genre, d'âge, santé ou de maladie etc. La deuxième raison pour laquelle la valeur thérapeutique des pratiques esthétiques n'est pas encore reconnue, est-ce qu'elles ne suivent pas une logique thérapeutique « rationnelle » car se basent sur un principe d'efficacité symbolique ; elles défient donc la rationalité scientifique biomédicale. C'est grâce à la notion d'efficacité symbolique proposée par Claude Lévi-Strauss (1949) que prend corps la réflexion autour de la valeur thérapeutique des interventions esthétiques sur le corps, dont la chirurgie esthétique. De fait, l'intervention du chirurgien sur la morphologie du corps vise à provoquer des changements dans la psyché et dans les relations sociales du patient. L'efficacité est alors inverse à celle de l'exemple décrit par Lévi-Strauss pour lequel le chaman utilise le chant et le mythe pour dénouer un accouchement difficile. Selon Lévi-Strauss, ce serait le mythe qui tisse une analogie entre le parcours de l'héros mythique et l'enfant dans le canal vaginal de la mère Cuna, dont il assiste à l'accouchement difficile. En chirurgie esthétique, c'est le corps qui incarne le récit symbolique que l'on manipule. Le chirurgien esthétique se concentre sur la correction ou l'élimination du défaut esthétique, langage figuratif qui symbolise, incarne et catalyse la souffrance du patient. Son intervention sur le corps vise à équilibrer ou harmoniser la vie sociopsychique de celui qui se sent affecté. En chirurgie esthétique, la « guérison » est assimilable à un déblocage, une libération, un soulagement ressenti par le patient. Son sentiment de souffrance s'estompe au fur et à mesure que le corps guérit lors la période de convalescence postopératoire. L'opération est conçue uniquement comme un moment dans un processus de changement, lequel commence par une réflexion préopératoire (et s'étale parfois sur plusieurs années) et qui se conclut environ un an après l'intervention, lorsque le corps a complètement cicatrisé. La réussite -ou le ratage- de l'intervention n'est pas objective, mais dépend de la satisfaction du patient à l'égard du résultat obtenu.

Le pouvoir ambivalent de la chirurgie se manifeste dans le moment postopératoire. Lorsque l'intervention d'embellissement est vécue positivement s'accomplit une anthropopoiésis, un « façonnement d'humanité » qui inscrit le sujet dans un nouvel ordre de sens pour renouer avec le monde. Si le patient est insatisfait, ou pire, s'il se sent défiguré voir mutilé par la chirurgie, s'accomplit au contraire une *anthropokhatairesis,*[287] une « destruction d'humanité » symbolique, processus qu'indique l'impossibilité pour le sujet de s'identifier avec le « nouveau corps ». Dans le cas d'une insatisfaction, les conséquences sont profondément néfastes à la fois pour le patient et pour le chirurgien. En effet, si le patient souffre d'une décompensation psychique, le chirurgien s'expose à une plainte juridique ou bien à des calomnies de la part du patient insatisfait.

Le pouvoir du chirurgien esthétique est donc ambivalent car s'il provoque souvent un sentiment de « guérison » chez le patient -et donc un sentiment de « renaissance » - il conduit aussi parfois à un sentiment de défiguration qui équivaut à une mort sociale, voire à des pulsions suicidaires. Les observations de terrain montrent que la plupart des praticiens interviewés agissent dans le respect des désirs du patient, tandis qu'une minorité incite les patients à subir des interventions, défiant les conventions éthiques. Un facteur décisif qui renforce l'efficacité du soin est la confiance que le patient accorde au praticien, lequel ne doit pas en abuser mais s'en servir pour renforcer l'effet placebo qui se joue entre les deux acteurs. C'est pourquoi les praticiens investissent énormément la dimension relationnelle avec les patients, tout au long du processus de prise en soin.

Le choix d'aborder la question de l'affiliation spirituelle des chirurgiens esthétiques met en lumière le rapport que certains entretiennent avec les moratoires religieux encore critiques envers cette discipline, mais conduit aussi à comprendre que la religion ou les représentations de type « superstitieux » ou mystiques, sont pour certains un élément de soutien à leur vie personnelle et à leur activité professionnelle, à savoir leur rapport aux patients et aux risques du métier, notamment les complications opératoires.

En conclusion, je propose de regarder les chirurgiens esthétiques, comme des maîtres du paraître, des experts désignés pour travailler sur le corps afin de soigner une souffrance manifestée par une « crise de l'apparence », autrement dit, un sentiment de non-conformité de nature complexe. À travers le changement du corps, les patients veulent améliorer leur rapport au monde, leur condition de vie, se sentir exister à nouveau dans le regard de l'autre. La

287 Néologisme que j'ai formulé indiquant un processus de « destruction d'humanité », en opposition à l'anthropopoiésis « façonnement d'humanité » formulé par Francesco Remotti.

chirurgie esthétique répond au désir de rompre un ordre symbolique vécu comme pathologique et, par ce biais, elle permet aux sujets de se reconstruire, de retrouver un certain sentiment de pouvoir sur leur monde social. Bien que la chirurgie esthétique puisse paraître illusoire ou éphémère aux yeux de ceux qui ne sont pas concernés et qui la critiquent, elle figure comme une réponse culturelle qui revêt un intérêt anthropologique majeur.

Conclusion

Les chirurgiens esthétiques sont une figure médicale de référence pour de nombreux individus et groupes dans le panorama urbain contemporain. Néanmoins, ils restent des figures hautement polémiques. Ce travail de thèse vise à éclairer le fil rouge qui relie les représentations médiatiques et artistiques de ces praticiens. Dans le cinéma et dans la littérature, ces praticiens sont représentés négativement, en antagonistes, en savants fous, tortionnaires, assassins, criminels, mais aussi en personnages mondains ou commerçants au service de la *jet-set*. Ces images diffusées par les médias reflètent une représentation connotée des chirurgiens esthétiques et renforcent leur image caricaturale, influençant inévitablement aussi les imaginaires de chercheurs ayant une approche critique de la biomédecine.[288] Mon choix s'est porté plutôt sur l'étude de ces représentations négatives -ou critiques- comme des objets anthropologiques.

À ce propos, il est nécessaire spécifier que la présentation que j'ai faite des chirurgiens esthétiques est le résultat d'une approche inductive propre à l'ethnographie. Je n'aurais pas développé les mêmes analyses si j'avais choisi de valider sur le terrain une théorie ou un paradigme théorique choisi a priori, comme le font les chercheurs qui suivent une démarche déductive. J'ai fait le choix de rencontrer les acteurs de la chirurgie esthétique sur le terrain et de saisir les représentations qu'eux-mêmes ont de leur travail (approche *émique*). La fréquentation du terrain m'a dévoilé en effet, une image beaucoup plus nuancée -et différenciée- de ces praticiens. Une des découvertes majeures qui a bouleversé ma perspective sur la pratique est le fait que les patients et les praticiens de la chirurgie esthétique envisageaient l'action de modifier l'apparence comme un acte thérapeutique. Ce fait m'a orientée vers le choix de l'anthropologie médicale, au croisement avec l'anthropologie sociale et culturelle, comme orientation disciplinaire et théorique.

Pour revenir à l'analyse de la stigmatisation de la chirurgie esthétique, elle semble réfléchir une dynamique de « panique morale », comme la décrit Stanley Cohen (2002).

288 France et Mexique partagent les mêmes imaginaires lesquels sont probablement répandus aussi dans d'autres pays du monde, comme le montre le film d'horreur Coréen « Cinderella, la malédiction du scalpel » de Dae-Bong (2006).

Comme le souligne cet auteur, une société, au cours de son histoire, désigne parfois un groupe social comme bouc émissaire, et l'accuse d'être source de chaos et de désordre social. Ces accusations permettent de répondre à la nécessité de rétablir une certaine cohésion sociale, en isolant et en éloignant des « facteurs » de déstabilisation. Dans cette perspective s'inscrit la « chasse aux *cirujanos patito* » (chasse aux sorciers) menée par la COFEPRIS au Mexique, qui se poursuit depuis 2011. Alors que le Mexique traverse une période de grande instabilité et d'escalade de la violence liées à la *guerra de los carteles* (guerre des cartels) du narcotrafic, l'état s'engage dans une politique de répression sanitaire extrêmement punitive. Dans ce scénario, la société savante mexicaine des chirurgiens plasticiens, l'AMCPER, s'allie avec la COFEPRIS et participe à cette « chasse à l'intrus » en incitant tous les citoyens à la délation des praticiens suspects. En réalité, cette chasse aux *patito* visait à encadrer toutes les petites et moyennes entreprises de vente de produits et de services à la personne : restaurants, camions de *street food*, magasins bios, marchés aux plantes, pharmacies, salons de coiffure, cabinets de chirurgie esthétique, etc. Dans le domaine de la chirurgie esthétique, elle a poussé les « charlatans » à la clandestinité, ce qui n'assure pas qu'ils aient arrêté d'opérer, d'injecter des substances toxiques, etc. Cette politique répressive ne tient pas compte du fait que la demande de chirurgie esthétique est beaucoup plus élevée que l'offre qu'assurent les praticiens certifiés. Cela laisse présager que si l'accès à un service médical de qualité n'est pas démocratisé, les « charlatans » continueront à opérer dans l'ombre. Néanmoins, ces faits montrent que la société savante de chirurgiens plasticiens AMCPER, en s'alliant inconditionnellement avec la COFEPRIS, a renforcé la légitimité de cette politique répressive afin de se légitimer soi-même dans le scénario social mexicain.

Pour revenir aux représentations négatives des chirurgiens esthétiques, rappelons qu'elles ne datent pas d'aujourd'hui, mais existent depuis le Moyen Âge. L'histoire de l'excommunication du chirurgien plasticien Gaspare Tagliacozzi le montre de manière emblématique. Ces praticiens ont toujours suscité crainte et fascination. Cette ambivalence, apanage peut-être de la figure du chirurgien, rappelle celle du *trickster* (Pouchelle, 2013, 72). S'ils sont respectés, ces personnages troubles, qui ont le pouvoir de manipuler l'apparence, sont également redoutés. De fait, l'intervention sur l'ordre morphologique, sa recomposition, est un geste parfois interprété comme une menace pour l'ordre social. Les codes de l'apparence sont étroitement liés aux signes d'appartenance à un groupe. Changer l'apparence par la chirurgie esthétique, brouille les repères d'appartenance à une classe sociale, un genre,

un âge, une ethnie, une filiation. La chirurgie esthétique, assimilée au déguisement et à la tromperie, est perçue encore aujourd'hui comme une pratique inquiétante et déroutante. Le chirurgien esthétique, personnage qui a le pouvoir de transformer et sublimer l'apparence, joue un rôle de thérapeute pour la personne qui se sent affectée d'un défaut et, en même temps, il constitue une menace pour la société qui le dénonce comme un fauteur de troubles.

Les critiques portées contre les pratiques esthétiques viennent principalement d'intellectuels appartenant à des classes sociales moyennes ou supérieures, qui valorisent l'esprit, la connaissance, les études, plus que le corps comme moyen de réussite sociale. En tant que chercheurs en sciences sociales, avant de juger ces techniques esthétiques ou leurs acteurs, il nous faut savoir faire preuve de réflexivité et être capables de nous interroger sur nos propres pratiques corporelles et nos motivations à adopter ou non une position critique à leur égard. Nous sommes parfois - souvent - porteurs de jugements de valeur qui nous empêchent de comprendre le sens émique des pratiques que nous observons. Parfois, ces croyances sont profondément ancrées en nous et trouvent leurs racines dans des légendes populaires. Dans de nombreuses traditions, les sorciers avaient pour rôle de déjouer les apparences, de les transformer ; ils détenaient le pouvoir de transgresser les frontières de l'humain et du non humain, de les rendre poreuses. Cette représentation du chirurgien esthétique en savant fou sadique, qui transgresse les frontières du genre en transformant un homme en femme et celles de l'espèce en réalisant une hybridation de cellules humaines avec des cellules de porc, a été récemment reprise et actualisée dans le roman de Thierry Jonquet, Mygale (1984), adapté au cinéma par Pedro Almodovar dans *La peau que j'habite* (2011).

La crainte d'une nature humaine manipulée et corrompue par le chirurgien plasticien, « savant fou », éclipsé seulement par le généticien, est encore au centre des débats actuels en bioéthique. Cette aura maléfique a été renforcée par les scandales sanitaires venus nuire à la réputation des praticiens comme les injections de produits modelants,[289] les prothèses en silicone retirées du marché dans les années 90, puis remises en vente, les prothèses PIP, ou plus récemment les prothèses texturisées. Tous ces scandales laissent penser que peu de financements publics sont dédiés à la recherche en chirurgie plastique, et moins encore à la chirurgie « purement » esthétique. Ce sont essentiellement des laboratoires privés qui expérimentent et développent ces produits, ce qui fragilise la qualité de l'offre et favorise les abus. Les lobbies exercent leur influence économique pour obtenir l'autorisation de mise sur

289 Bien que rarement pratiquées par des chirurgiens, mais plutôt par des « intrus », appelés *cirujanos patito*, elles représentent encore aujourd'hui un grave problème de santé publique au Mexique et leur mauvaise réputation rejaillit sur la profession.

le marché de produits d'injection et de prothèses, dont les compositions sont parfois insuffisamment testées et donc potentiellement dangereuses pour les patients, comme dans le cas des prothèses PIP.

Bien que leurs techniques soient les mêmes, les chirurgies reconstructive et esthétique sont encore perçues comme deux spécialités distinctes dans le monde biomédical. La chirurgie reconstructive a trouvé sa légitimité dans le rôle qu'elle a joué auprès des blessés de guerre. Elle s'est implantée progressivement dans les hôpitaux du monde entier, alors que la chirurgie esthétique, dont la valeur thérapeutique n'est pas reconnue officiellement, est exercée essentiellement en mode libéral. Depuis les années 80 et 90, les chirurgiens esthétiques apparaissent de plus en plus sur les plateaux télévisés et radiophoniques, interviennent dans des conférences et publient des ouvrages destinés au grand public. Ces interventions -qui visent également à trouver un terrain de promotion, la publicité leur étant interdite- leur permettent d'expliquer le potentiel thérapeutique de la chirurgie esthétique. Par le récit de leur propre parcours et la présentation de cas cliniques, ils soulignent que la chirurgie esthétique a une fonction thérapeutique autant que réparatrice ; dans les deux cas, il s'agit de restaurer l'image de soi pour mieux vivre le regard des autres. Ces témoignages contribuent progressivement à humaniser l'image obscure et caricaturale véhiculée par les médias.

Les chirurgiens esthétiques acquièrent leur identité de chirurgien lors de leur formation hospitalière, d'abord en tant que médecin. À l'hôpital, ils intègrent l'éthos chirurgical, une certaine personnalité, un « ego » lié à leur rôle de chef décisionnaire et d'acteur principal du bloc opératoire. Certaines caractéristiques de cet éthos sont conservées, même lors de l'installation en secteur libéral, comme l'usage de l'humour à l'égard des collègues. Néanmoins, dans le cadre de la chirurgie libérale, les relations existant au sein des équipes sont généralement plus détendues et amicales. Cette ambiance est due à une pression moindre qu'à l'hôpital des temps opératoires et à la liberté de choisir ses collaborateurs, les équipes étant également plus stables et plus soudées. Cette qualité de l'environnement de travail semble d'ailleurs avoir un impact positif sur la relation aux patients, les infirmières et les anesthésistes qui travaillent exclusivement en chirurgie esthétique se montrant généralement bienveillants à leur égard. Plusieurs des infirmières que j'ai rencontrées avaient eu recours à une chirurgie esthétique, comme d'ailleurs aussi certains des chirurgiens. Cette expérience vécue par les soignants eux-mêmes est envisageable comme un facteur favorisant l'empathie à l'égard des patients.

La chirurgie esthétique, comme toute autre chirurgie, commet à l'égard du corps une forme d'effraction entraînant un versement de sang. En ce sens, elle participe des mêmes enjeux symboliques, à savoir l'idée d'un passage ou d'une rupture laissant une empreinte dans la chair, à l'instar d'un sacrifice qui marque la transition vers une existence nouvelle et propice (Le Breton, 2003a, 128). C'est précisément en raison du caractère profondément transgressif de la chirurgie qu'ont été établis des protocoles stricts, tant dans l'approche du patient que dans la structuration des temps et des gestes opératoires. Confrontant mes observations à celles d'autres ethnologues, j'ai constaté que le déroulement d'une opération de chirurgie esthétique est très comparable à celui des autres spécialités chirurgicales. Les codes d'hygiène et d'asepsie régulent les gestes et définissent les hiérarchies entre les différents membres de l'équipe, en particulier dans le champ opératoire centré sur la blessure ouverte. Comme le font les autres chirurgiens, le spécialiste en esthétique use fréquemment de la métaphore de l'envol ou du « vol en avion » pour parler de l'opération, le chirurgien tenant le rôle du pilote, l'anesthésiste celui du copilote. D'ailleurs, il n'est pas rare que soient évoquées des anecdotes de *crashs* aériens ou d'accidents pour exorciser les risques pouvant survenir durant l'intervention. Les chirurgiens opèrent souvent dans un état de grande concentration s'apparentant à un état de *flow*, voire de conscience modifiée pouvant rappeler l'état de transe chamanique lors du « voyage de l'âme ». Ils partagent donc avec le patient endormi un état de conscience second, lequel accompagne dans une certaine mesure toute l'équipe pendant tout le temps opératoire.

Les chirurgiens esthétiques ont la particularité, tout en respectant les protocoles techniques, de devoir personnaliser leur intervention et d'engager leur sensibilité artistique selon des critères d'harmonie et d'équilibre inhérents à la reformulation morphologique. La dimension esthétique propre à cette spécialité s'exprime également en dehors du bloc opératoire, dans les espaces de consultations pré et postopératoires. Les cabinets, ces « temples de la beauté », présentent des décorations soignées, dans des styles pouvant être très heterogènes, mais toujours conçus en opposition à l'esthétique hospitalière. Le chirurgien y projette ses goûts personnels, crée un environnement qui lui ressemble et dans lequel il se sent à l'aise. Il donne parfois à son cabinet un style très excentrique, car ce choix affirme la nature « artistique » de son travail. Entre également dans cet investissement esthétique du cabinet, la démarche stratégique de faire connaître ses orientations esthétiques à ses patients. En effet, c'est bien sur la base d'une affiliation de goûts que chirurgiens et candidats se choisissent mutuellement. Or, partager les mêmes goûts, comme le suggère Pierre Bourdieu (1979),

indique qu'on appartient très probablement à la même classe ou groupe social. Le chirurgien esthétique devient souvent une référence pour une ou plusieurs communautés, dans le cadre d'un même tissu urbain, parfois sur la base du partage d'un même *background* socioculturel. L'acceptation des candidats dépend souvent de la possibilité de rentrer en empathie avec eux. Ainsi, le témoignage du Dr Buenaventura de Tijuana, chirurgien mexicain habitant à San Diego-Californie et travaillant à Tijuana, il se dit plus empathique avec les patients mexicains immigrés aux USA, plutôt qu'avec les Étasuniens saxons ou les Sud-Américains. Par contre, même avec des références socioculturelles analogues, il n'est jamais aisé de s'entendre sur des critères esthétiques puisqu'ils se fondent sur des représentations de modèles idéaux. Aussi, le praticien a-t-il souvent recours à des supports métalinguistiques pour favoriser le processus de communication et de négociation avec le candidat : photographies de « modèles » apportées par le patient, présentation de photographies de patients avant et après l'opération, dessin sur la photographie du patient ou encore recours au logiciel *Paint* pour l'aider à imaginer sa morphologie future.

Dans ce travail de thèse, la relation chirurgien-patient est un élément constitutif important. Pour l'analyser, j'ai suivi la chronologie en trois temps selon laquelle elle se développe : préopératoire, opératoire et postopératoire. Ces trois étapes sont assimilables à celles décrites par Arnold Van Gennep (2011), même si cette référence paraît dépassée. Si cette tripartition caractérise tout type d'opération, en chirurgie esthétique elle comporte des connotations symboliques particulières. Du point de vue du chirurgien esthétique, ces étapes font évoluer sa relation au patient. L'individu qui le consulte lors de la phase préopératoire est d'abord un candidat, il est envisagé ensuite comme un corps pendant l'opération et il acquiert le statut de patient dans la phase postopératoire. Le passage du préopératoire au postopératoire marque un changement non seulement aux yeux du patient, mais aussi aux yeux des proches, et il engendre des répercussions sociales importantes. Néanmoins, la chirurgie esthétique se rapproche plus d'un rite intime (Le Breton, 2003a, 42) que d'un rite de passage ou d'initiation comme ceux étudiés en ethnologie. En effet, ce rite intime ne revêt pas de significations collectives valables pour tous ceux qui y font appel. Relevons toutefois que nous retrouvons les mêmes étapes rituelles en France et au Mexique, à l'exception de Tijuana, ville où s'exerce un important tourisme chirurgical.

Les deux acteurs de la relation, le chirurgien et le candidat se choisissent mutuellement. Leur décision est basée sur une sympathie réciproque qui favorise l'empathie nécessaire à la négociation du résultat esthétique. En effet, pour établir son diagnostic et

pronostiquer le résultat, le chirurgien est censé analyser le discours du candidat, saisir les représentations que celui-ci a de son défaut esthétique et prendre en compte les autres variables de sa souffrance. Contrairement aux autres chirurgiens, le plasticien ne réifie pas le patient, mais il s'intéresse aussi à son état psychique, à son environnement social et il vérifie qu'il sera suffisamment entouré durant la période de convalescence, toutes ces conditions contribuant à la réussite thérapeutique.

En chirurgie esthétique, le praticien ne donne pas une suite favorable à toutes les demandes. Ce n'est pas à l'hôpital qu'il se prépare à cette approche, mais au fil de son expérience, de ses erreurs cliniques, des difficultés rencontrées avec des patients insatisfaits, il apprend à écarter les « candidats problématiques » sur la base d'une échelle de valeurs qu'il affine progressivement. Le patient « problématique » est en général celui avec lequel est difficile d'établir une communication, une entente et une relation de confiance. Si le chirurgien ne comprend pas sa demande ou estime qu'il ne pourra pas apporter d'amélioration en y répondant, il n'y donnera pas suite. Cette approche entraîne parfois des discriminations qui touchent souvent les personnes transgenres et les hommes souhaitant une intervention sur leur sexe (Le Hénaff, 2013, 2015). Je pense qu'il y a un lien à établir entre le rejet de ces demandes par des praticiens certifiés et le recours à des « charlatans » de certains candidats déçus. Or, il faut préciser que ces refus relèvent parfois aussi de raisons autres que celles déterminées par le praticien. Certains sont motivés simplement par la méconnaissance des techniques d'intervention sur le sexe masculin, peu enseignées dans les formations hospitalières. D'autres, comme pour les patients transgenres, sont liés au protocole très complexe qu'ils sont censés suivre pour être reconnus comme personnes transgenres. Ces centres, peu nombreux en France, les poussent à faire appel au tourisme chirurgical à l'étranger.

Le candidat manifeste son agentivité, son pouvoir d'action, dans sa démarche. Il pose son diagnostic en premier, il indique au praticien la localisation de son défaut esthétique et si la proposition du chirurgien ne lui convient pas il décide de s'adresser à un autre praticien. De son côté, le plasticien est à l'écoute du patient, interfère le moins possible avec ses représentations du défaut, et pose des limites si nécessaire. L'enjeu pour lui est que la négociation du résultat reste suffisamment vague pour ne pas susciter chez le candidat d'attentes trop précises, qui risqueraient d'être déçues. L'accord entre les deux parties est donc fondé sur la confiance mutuelle et la signature du consentement éclairé vient sceller le démarrage d'une alliance thérapeutique.

Pour « trier » ses candidats, le chirurgien esthétique s'intéresse aussi à l'entourage. La situation perçue comme idéale est celle d'un candidat entouré de personnes bienveillantes, qui l'encouragent dans sa démarche et se disent prêtes à le soutenir logistiquement durant la phase postopératoire de convalescence. Ce moment, qui correspond à la « phase de marge » ou phase liminale, selon le schéma de Van Gennep, est crucial pour le patient alité chez lui, isolé socialement, entouré uniquement de ses proches. C'est alors que commence à se développer chez lui sa satisfaction ou son insatisfaction, les commentaires bienveillants ou non de l'entourage jouant un rôle essentiel dans cette évolution psychique.

Le chirurgien qui connaît l'importance de ce mécanisme de suggestion lui adresse des compliments dès son réveil opératoire. Il s'adresse à lui avec des exclamations très positives, alors que ce dernier est encore dans un état « second », donc psychiquement influençable. Il répète ces mêmes exclamations, après le retrait des pansements, quand le patient découvre son « nouveau corps ». Ces commentaires suggestifs jouent un rôle considérable, car ils influencent la satisfaction du patient et donc la réussite thérapeutique. Celle-ci, en chirurgie esthétique, n'est pas mesurée objectivement. Elle correspond toujours à une représentation subjective du patient, à son ressenti, même si la satisfaction de ce dernier est liée aussi à la qualité du résultat obtenu. Néanmoins, face à un résultat jugé médiocre par le chirurgien, si le patient est satisfait et heureux l'intervention est déclarée réussie.

La « guérison » en chirurgie esthétique est un processus qui relève à la fois de la satisfaction du patient au regard du résultat obtenu et de son adaptation à son « nouveau corps ». Les chirurgiens esthétiques sont souvent stupéfaits des répercussions que le changement d'apparence entraîne dans la vie de leurs patients. Les effets se manifestent parfois peu après l'intervention, dès les premières consultations postopératoires. Le chirurgien découvre un patient respirant la joie de vivre, le sourire aux lèvres, se tenant bien droit et avec assurance, et dont la personnalité a parfois changé. Suite à une intervention réussie, un patient plutôt introverti et timide s'ouvre soudain aux autres à la vie, ce qui génère des changements, comme le fait de trouver un emploi, ou faire une rencontre amoureuse. Ces changements positifs se manifestent toujours par une ouverture au monde et par une envie retrouvée de s'engager dans de nouveaux projets.

Le cas contraire est plus problématique, lorsque le praticien trouve l'intervention réussie, mais le patient demeure insatisfait. Cette insatisfaction se manifeste généralement par une profonde déception, le sentiment que « rien n'a changé » ou pire, par un effondrement psychique progressif qui peut conduire le patient à se replier sur lui-même, à s'isoler et à

abandonner toute activité productive et lien social. Lorsque le chirurgien reconnaît qu'une retouche chirurgicale peut être apportée, il l'opère à nouveau. Autrement, il va mettre en œuvre différentes stratégies de résolution des conflits. Il lui montre ses photographies d'avant et après l'opération et commente toutes les améliorations constatables.

Les chirurgiens esthétiques s'attribuent souvent la responsabilité de ces insuccès, pour n'avoir pas pu détecter à temps chez ces patients leur fragilité psychologique. Selon les praticiens, la sélection préopératoire est donc essentielle, il faut savoir refuser les « candidats problématiques ». En effet, ces situations sont sources de stress et d'ennuis pour chacun si, en l'absence de compromis, s'engagent des procédures sans fin, voire des recours juridiques pouvant ruiner la réputation du chirurgien. Considérant la difficulté de la tâche, certains chirurgiens mettent dans leur espace professionnel, ou portent sur eux, des objets apotropaïques pour « repousser » ces candidats problématiques, réussir à les identifier et à les faire se désister.

Le chirurgien esthétique est parfaitement conscient de détenir ce pouvoir ambivalent de "faire" ou "défaire" l'humanité (Remotti, 2018). L'anthropopoiésis (façonnement d'humanité) s'oppose donc à l'*anthropokhatairesis* (destruction d'humanité). Les facteurs qui conduisent à l'un ou à l'autre sont les variables prises en compte par le chirurgien esthétique. Ce dernier sait qu'il est censé favoriser chez le patient le sentiment d'une régénération, d'une "renaissance" et éviter de susciter celui d'une mutilation ou d'une défiguration aux conséquences néfastes.

Le chirurgien esthétique travaille selon un principe thérapeutique symbolique. Celui-ci se base sur un faisceau de correspondances symboliques entre le corps du candidat (son apparence) et les variables psychologiques et relationnelles associées. Les chirurgiens esthétiques connaissent la complexité de ces imbrications liées à la modification de l'apparence. D'ailleurs, certains, plus experts, savent prévoir quel type de répercussion pourra avoir la modification morphologique sur la vie relationnelle du patient et à quel degré cette personne se « transformera ». Cette efficacité symbolique déroge au principe d'efficacité classique en biomédecine. Habituellement, les biomédecins séparent les domaines d'intervention, le corps est soigné par une « action matérielle » (chirurgie ou médicaments) et « l'esprit » ou la psyché par la « parole » (comme en psychothérapie). Or, en chirurgie esthétique, le changement morphologique vise à résoudre une souffrance d'ordre psychorelationnelle. Dans cette perspective, le défaut esthétique est envisagé comme un élément catalyseur de cette souffrance, un élément qui symbolise un monde de significations

exploré par le chirurgien esthétique. Le défaut esthétique renvoie à des significations collectives et individuelles. En ce sens, il ne serait pas correct d'affirmer que tous les patients qui recourent à une rhinoplastie le font dans l'optique de s'émanciper de la famille nucléaire et d'acquérir leur indépendance, comme le laissait entendre Isabelle Faivre (1989) dans une perspective qui cependant date un peu. Chaque individu attribue des significations différentes à son défaut esthétique, mais il ne faut pas exclure que dans des groupes restreints, particulièrement soudés, les individus partagent les mêmes systèmes de significations.

Les chirurgiens esthétiques envisagent leur action thérapeutique comme une mise en équilibre ou une harmonisation par la correction apportée aux défauts esthétiques. On attribue souvent à ces derniers des appellations dérivant de noms d'animaux ou d'objets (pattes d'oie, rides du lion, ventre en tablier). Les patients parfois ne les nomment pas, les appellent "ça". Enlever le défaut qui "bloque", "pèse" et déforme l'apparence, perçu comme un "non-soi", un élément étrange et étranger au sujet, est censé provoquer un soulagement. L'harmonisation des morphologies se révèle lorsqu'on enlève les défauts qui empêchent l'harmonie de se manifester. Cette harmonisation a des répercussions métacorporelles, car elle est censée rééquilibrer aussi les autres dimensions de la vie du patient. Comme le souligne David Le Breton: « La chirurgie esthétique n'est pas le banal retrait ou l'ajout d'un caractère physique sur un visage ou sur un corps, elle opère d'abord dans l'imaginaire et surtout elle ricoche sur le sentiment d'identité. Elle a une incidence immédiate sur la relation au monde de l'acteur » (Le Breton, 2003a, 253).

L'apparence du corps est un terrain à haute densité symbolique. Le chirurgien esthétique, maître du paraître, participe en réalité d'une thérapeutique complexe. Sa maîtrise des codes esthétiques permet au patient de vivre un sentiment de métamorphose, une renaissance à soi, une régénération et une sublimation vers une meilleure version de lui-même. Toutefois, le patient ne devrait en aucun cas avoir le sentiment d'être devenu un "autre", ni perdre les repères identitaires qui fondent sa stabilité psychique.

David Le Breton souligne un aspect que j'ai plusieurs fois vérifié sur le terrain, le rôle exercé par les interactions qu'a le patient avec le chirurgien et son équipe sur le développement de son sentiment de satisfaction :

> "La relation établie avec le chirurgien et l'équipe soignante qui le veille est un élément décisif de la façon dont l'intervention chirurgicale est vécue et assumée, après les premières confrontations au miroir. Le chirurgien n'est pas éloigné du thérapeute, il doit saisir la signification de la demande et accompagner son patient le temps préludant et succédant l'intervention. » (Le Breton, 2003a, 253).

L'accompagnement du chirurgien esthétique permet d'ordonner le monde physique et le monde psychorelationnel du patient. La fonction sociale de ces maîtres du paraître ressemble donc grandement à celle des « maîtres du désordre », titre de l'ouvrage de Bertrand Hell (1999). Ces derniers, chamanes et possédés des peuples « traditionnels », aident à coordonner les échanges symboliques entre les dimensions visibles (tangibles) et invisibles (intangibles), en guérissant « par l'exercice d'une influence démiurgique » (Nathan, 2001,11). Les chamanes agissent sur l'univers invisible pour apporter de l'ordre dans le monde visible, tangible, suivant des logiques souvent incompréhensibles aux non-initiés. Les chirurgiens esthétiques, eux, agissent sur le visible, le défaut esthétique, afin de rétablir un ordre « invisible », psychique et social garantissant à leurs patients un sentiment de mieux-être. Le mécanisme d'efficacité symbolique qui s'exerce en chirurgie esthétique ressemble à celui décrit par Claude Lévi-Strauss (1949), mais il est inversé. Dans cette perspective, le chirurgien esthétique déroge à la logique thérapeutique biomédicale et tout en restant un « technicien du corps » il fait preuve de sensibilité holistique.

Ce constat nous amène à poser l'hypothèse selon laquelle les chirurgiens esthétiques seraient des « guérisseurs métropolitains ». La spécificité de leur soin serait inhérente au succès de leur pratique auprès des populations urbaines, cela à l'échelle mondiale. Cette lecture originale du phénomène de la chirurgie esthétique nous permet de considérer différemment ses acteurs. Elle aide accessoirement aussi les praticiens eux-mêmes à expliquer les mécanismes de l'efficacité symbolique inhérents à leur pratique. De fait, ces derniers se trouvent souvent dépourvus de concepts théoriques pour expliquer et traduire ces mécanismes d'efficacité complexes qui ont lieu dans leur pratique.

Dans cette perspective, l'inscription du processus de changement dans une structure rituelle, ne fait qu'augmenter l'efficacité du soin. Selon les propos de Georges Balandier :

> "Le rite travaille pour l'ordre. (…) il est aménagé autour d'éléments centraux qui le spécifient et désignent sa fonction particulière, il s'inscrit à l'intérieur d'un système, que celui-ci contribue à l'intégration individuelle dans une société et dans une culture (initiation), ou à la gestion conforme du sacré (culte), ou à la manifestation du pouvoir (cérémonial politique), ou à toute autre fin d'ordre social. Le rite pénètre dans la « forêt des symboles », il utilise ceux-ci en leur donnant forme par leur association et en les manipulant; il met en œuvre du capital symbolique pour exprimer (se dire lui-même au cours de son accomplissement) et agir ; il est un opérateur symbolique, mais il ne se réduit pas à cela. Le rite est une dramatisation qui impose des conditions de lieu, de temps, de circonstances propices, de désignation de ceux qu'il inclut ou exclut ; il requiert de ses exécutants qu'ils le conduisent conformément, car toute infraction majeure à l'ordre qui le constitue le ruine et engendre des effets néfastes, du désordre contagieux. Dès l'instant où ils se situent dans l'espace rituel, ces exécutants changent d'être : prêtre officiant, sacrificateur, masque incarnant un dieu ou un ancêtre, possédé monté par un esprit durant la transe. Par le jeu des acteurs liturgiques et de ce qui l'accompagne – chants, danses, expressions corporelles –, le drame rituel transfigure le réel en provoquant l'irruption de l'imaginaire. Il accomplit une fonction médiatrice, entièrement apparente au

moment de sa plus forte intensité ; il entraîne un changement d'état dans lequel les antinomies se dissolvent, cependant que les difficultés s'effacent sous l'action de la croyance. Pour un temps, il convertit l'incertitude en certitude ; il fait que quelque chose se passe, en accord avec les puissances et les forces qui gouvernent les destinées humaines, et dont le résultat est estimé estimé positif pour la société entière ou pour certaines de ses composantes. (…) Le rite, ainsi qu'on l'a précisé, est un processus adapté à une fin ; il est une liturgie et, en tant que tel, il comporte des épisodes ordonnés, une succession de phases durant lesquelles s'associent de façon spécifique des symboles, des icônes, des paroles et des activités. Il impose l'idée d'un ordre global auquel il contribue et dont il participe, bien que son exécution puisse comporter des hésitations résultant d'appréciations contradictoires ou incertaines, et apparaître alors sous les aspects du bricolage. Il « est » nécessairement un ordre, sans que la rigidité le marque en chacune des manifestations rituelles. Le rite travaille pour l'ordre. Un grand texte chinois, le Livre des rites, a dit de ceux-ci qu' « ils ont une seule et même fin, qui est d'unir les cœurs et d'établir l'ordre ». L'harmonie entre les hommes et l'accord au monde : tel est le principe. (…) profit ; seul le travail symbolique et rituel peut convertir le négatif (potentiel) en positif (actuel) (…) L'imaginaire et la dramatisation rituelle font surgir de cet affrontement une énergie nouvelle, capable de maintenir toute chose selon son ordonnance et d'entretenir le flux de la vie." (Balandier, 2014).

La chirurgie esthétique devrait-elle être considérée comme un rite d'initiation ou de passage ? Pourquoi ne pas la comprendre, en nous inspirant de l'analyse de Stefano D'Allovio, comme un rite de transformation engageant corps et psyché, individu et société :

"Dans les dernières décennies, on a cherché à interpréter les rites d'initiation non pas comme des rites de passage, mais comme des rites de transformation. (…) Van Gennep montre le caractère uniforme des passages des individus d'un cadre à un autre dans la société sans relever la nature psychologique de la transformation de l'individu lui-même. (…) la transformation que l'individu subit pendant les rites d'initiation, une transformation qui n'est pas seulement inscrite dans le corps (circoncisons, scarifications, etc.), mais aussi dans la psyché, elle paraît centrale dans l'analyse de nombreuses actions rituelles. Toutefois, dans certains rites d'initiation, l'attention se déplace de l'individu à la société qui est transformée pendant le rite d'initiation : on opère l'individu, mais en même temps, on intervient sur la société. (…) Dans toute action rituelle cohabitent les deux instances, les transformations de l'individu et de la société (…)" (Dans Remotti, 2002, 130-131)

Ce rite de transformation répond à une thérapeutique par le changement. On corrige un déséquilibre apparu soudain et qui crée de la souffrance. Le défaut représente ce que les Grecs appelaient *metabolé*, le changement dans la perception de soi. L'action de la chirurgie esthétique serait un *métaballein,* un changement du changement, une action qui fait face au désordre et permet un retour à la cohérence, à l'ordre, à l'identification avec son corps et donc, à un état de "santé" (Detienne, 2000, 69).

Comment définirions-nous, alors, le type de désordre que les chirurgiens esthétiques sont invités à résoudre ou du moins, à endiguer ? La comparaison avec d'autres troubles tels que le tarentisme décrit par Ernesto De Martino (1961, 1973) nous amène à parler de « crise de l'apparence », version adaptée de la « crise de la présence » qu'utilisait l'ethnologue italien pour décrire le phénomène des femmes *tarantate*. Nous l'analysons comme une souffrance complexe, d'ordre psychologique et relationnelle, exprimée par un langage corporel

spécifique, une « somatisation », dont la résolution permet à l'individu de trouver un sens nouveau à son existence. « Être malade c'est faire l'expérience d'un désordre inexplicable. Par opposition [le] point commun à tous les processus de guérison : on pourrait l'appeler la restitution du sens de l'expérience vécue » (Schurmans, 2016, 202-203). Dans cette perspective, les chirurgiens esthétiques sont des guérisseurs cherchant à inscrire dans un nouvel ordre de sens les sujets qui se sentent affectés.

Ouverture

Les chirurgiens esthétiques ne sont pas les seuls chirurgiens à utiliser, pour soigner, la force symbolique de la chirurgie. Mon attention a été attirée par la pratique de la « chirurgie psychique », très répandue aux Philippines, au Brésil et au Mexique. Alors que j'étais en train de mener mon travail de terrain au Mexique, je me suis beaucoup intéressée à la figure de Barbara Guerrero, une guérisseuse connue sous le nom de Pachita (Grinberg-Zylberbaum, 1994). Lorsqu'elle soignait, elle entrait en transe médiumnique et était pénétrée par un esprit appelé « Hermanito », selon elle, l'incarnation de Cuauhtémoc, héros mythique aztèque. Cet esprit opérait à travers elle, à l'aide d'un couteau de cuisine, dans une cabane en périphérie de Mexico DF. Elle est morte dans les années 70, mais son pouvoir de guérisseuse exercé ensuite par son fils Henrique, puis aujourd'hui par sa petite fille Liliana, continue à être sollicitée.

Au Brésil, le guérisseur « João De Deus » (Jean de Dieu) pratique des chirurgies psychiques depuis 1958. Se servant de « couteaux à éplucher, couteaux de cuisine ordinaires et dents de scie » ou d'instruments chirurgicaux comme le bistouri et les pinces homéostatiques, il coupe et pénètre le corps, sans anesthésie et sans provoquer d'infections. Comme Pachita, João de Deus est possédé par des esprits pendant qu'il opère. Il a ouvert un lieu de soins au Brésil, appelé *clínica Casa,* où sont réalisées des « opérations chirurgicales spirituelles à la fois visibles et invisibles » (*ibidem*, 18).[290] Avant João De Deus, toujours au Brésil, José Pedro de Freitas, dit « Zé Arigó » (décédé en 1970) a été un autre « chirurgien psychique » de grande renommée. Pendant ses opérations, il disait incarner l'âme d'un docteur allemand, le Dr. Fritz, et il opérait ses patients à l'aide d'instrument de cuisine, voire de lames de rasoir.

Aux Philippines, on pratique des « chirurgies » liées au culte spirite ou spiritiste, inspiré par Hippolyte Léon Denizard Rivail, rebaptisé Allan Kardec. Son ouvrage, « Le livre

290 Récemment, João de Deus a été accusé de viols et d'abus sexuels sur des patientes.

des esprits » (1857), est considéré le texte fondateur des spiritistes. Les guérisseurs philippins agissent sans anesthésie et n'utilisent pas d'instruments coupants : avec leurs mains, ils pénétreraient dans le corps du patient, en ressortiraient des morceaux de chair ensanglantée, « pourrie », preuves de la réussite thérapeutique (Thackray, 2015).

Ces différents exemples laissent penser qu'une étude anthropologique comparative entre les différents types de chirurgies symboliques pourrait être fertile. Par « chirurgie symbolique » j'entends les soins où les référents symboliques inhérents à la chirurgie sont sollicités comme expédients thérapeutiques efficaces. C'est ce qui se passe lorsque des médiums-chirurgiens vêtus en blouse blanche reçoivent les patients dans une *clinique*, où ils *opèrent* se servant d'outils tranchants et coupants tels couteaux, ciseaux ou bistouris, extrayant le mal et l'exhibant au patient en guise de preuve de réussite de leur intervention, prescrivant du repos postopératoire dans des chambres dédiées, afin de guérir des blessures infligées au corps (corps physique, corps astral, etc.). Ces guérisseurs empruntent à la chirurgie le cadre référentiel, les gestes et l'outillage matériel pour favoriser un sentiment de guérison auprès de leurs patients.

L'élément commun entre ces techniques chirurgicales à résonnance symbolique, est la référence à une thérapeutique matérielle qui touche au corps et qui fonde son efficacité sur le fait de se sentir et se voir changé pour se sentir guéri. Dans ces cas, l'expérience de la chirurgie n'est pas subie, mais choisie ; elle marque symboliquement une rupture biographique et inscrit le sujet dans un paradigme de transformation qui vise à fonder une "existence nouvelle et plus propice" (Le Breton, 2003a, 128).

Bibliographie

AFFERGAN, Francis, Silvana BORUTTI, Claude CALAME, Ugo FABIETTI, Mondher KILANI et Francesco REMOTTI, 2003. *Figures de l'humain. Les représentations e l'anthropologie.* Paris, Éditions de l'École de Hautes Études en Sciences Sociales.

ALOUF, Joseph. «Antigènes», *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 21 février 2021. < http://www.universalis-edu.com.acces-distant.bnu.fr/encyclopedie/antigenes/>

AMADIEU, Jean-François, 2016. *La société du paraître. Les beaux, les jeunes… et les autres.* Paris, Odile Jacob.

APPADURAI, Arjun, 1990. « Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy» *Theory Culture Society. Vol* 7, p. 295-310. [En ligne] <http://tcs.sagepub.com>

AUGÉ, Marc et Claudine HERZLICH, 2008. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie.* Paris, Éditions des archives contemporaines.

BALANDIER, Georges, 2014. *Le Désordre : Éloge du mouvement.* Paris, Fayard. Édition du Kindle.

BAUMAN, Zygmunt, (2006) 2007a. *Homo consumens. Lo sciame inquieto dei consumatori e la miseria degli esclusi*. Gardolo, Edizioni Erikson.

BAUMAN, Zygmunt, 2007b. *Le présent liquide. Peurs sociales et obsession sécuritaire,* Paris, Éditions Seuil.

BARTALESI, Lorenzo, 2012. *Estetica evoluzionistica. Darwin e l'origine del senso estetico.* Roma, Carocci.

BARTALESI, Lorenzo, 2015. « L'horizon anthropologique de l'esthétique naturaliste », *Nouvelle revue d'esthétique*. 1, n° 15, p. 43-58.

BARTALESI, Lorenzo, 2017. *Antropologia dell'estetico*. Milano, Edizioni Mimesis.

BARTHOLEYNS, Gil (sous la dir.) 2011. *Les apparences de l'homme*, Civilisations*,* 59-2.

BARTKY, Sandra Lee, 1982. « Narcissism, Femininity and Alienation », *Social Theory and Practice*, Vol. 8, No. 2, p. 127-143.

BARTKY, Sandra Lee, 1990. *Feminity and domination: studies in the phenomenology of oppression.* New York, Routledge.

BARTKY, Sandra Lee, 1993. Reply to Commentators on “Feminity and Domination». *Hypatia*. 8, No1, p. 192-196.

BARTKY, Sandra Lee, 1997. « Foucault, Feminity and the Modernization of patriarchal Power », *Writing on the Body: Female embodiment and feminist theory* (sous la dir. de K. Conboy, N. Mediana, and S. Stanbury), New York: Columbia University Press. p. 129-154.

BAUD, Jean-Pierre, 2011. « La nature juridique du sang », *Terrain* n. 56, p. 90-105.

BEAUCHAMP, Chantal, 2000. *Le sang et l’imaginaire médical. Histoire de la saignée aux XVIIIè et XIXè siècles*. Paris, Desclée de Brouwer.

BECKER, Howard S. [1963] 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance.* Paris, Edition Métailié.

BEHRENSHAUSEN, Bryan G., 2019. « Cultural studies in the present tense», *Cultural studies*, Vol. 33, N° 1, p. 68–74.

BELVILLE, Jean-Philippe, 2006. *La chirurgie esthétique en France*. Thèse de doctorat. Université Jean Moulin, Lyon 3.

BINET, Jacques, 2001. *Le sang et les hommes*. Paris, Gallimard.

BONAH, Christian, Claudie HAXAIRE, Jean-Marc MOUILLIE, Anne-Laurence PENCHAUD et Laurent VISIER [2011] 2014. *Manuel Médecine, santé et sciences humaines,* [Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé]Paris, Société d'édition les belles lettres.

BONTE, Pierre et Michel IZARD, 2018. *Dictionnaire de l’ethnologie et de l’anthropologie*, Paris, Quadrige, PUF.

BORDES, Rémy. 2011. *Dire les maux. Anthropologie de la parole dans les médecines du monde.* Paris, L’Harmattan.

BORDO, Susan, 2003. *Unbearable Weight – Feminism, Western Culture and the Body.* University of California Press.

BOREL, France, 1992. *Le vêtement incarné, les métamorphoses du corps*, Paris, Calmann-Lévy.

BOUDON-MILLOT, Véronique et Muriel PARDON-LABONELLIE (sous la dir.), 2018. *Le teint de Phryné. Thérapeutique et cosmétique dans l’Antiquité.* Editions de Boccard.

BOURDIEU, Pierre, 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, Les éditions de minuit.

BOURDIEU, Pierre, 1982. « Les rites comme actes d’institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 43, p. 58-63.

BOUTEILLER, Marcelle, 1950. *Chamanisme et guérison magique,* Paris, PUF.

BRELET-RUEFF, Claudine, [1975] 1991. *Les médecines sacrées.* Paris Edition Albin Michel.

BUCKLEY, Thomas et Alma GOTTLIEB (sous la dir.),1988. *Blood magic: the Anthropology of menstruation*, Berkeley, University of California Press.

CAILLOL, Michel, 2010. « La démarche éthique en chirurgie : objectiver en restant libre » *Laennec*, Tome 58, p. 6-20.

CAILLOL, Michel, 2012. *Dieu n'est pas chirurgien. Un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie.* (thèse de doctorat en philosophie pratique à l'université de Paris Est, Espace Éthique et Politique).

CAILLOL, Michel, 2014. « Entre la violence nécessaire de l'acte chirurgical et le respect de l'opéré », *Éthique et santé*, 11 p. 202-208.

CAILLOL, Michel, 2019. « L'objectivation nécessaire dans la pratique soignante », Éditions Erès, *Cancer(s) et psy(s),* n° 4 p. 133-142.

CALLON, Michel et Vololona RABEHARISOA, 1999. « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *Sociologie du travail*. 41, p. 143-162.

CALVÈS, Anne-Emmanuèle, 2009. « Empowerment : gén*éalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », Revue Tiers Monde,* 4 n.200. p.735-749.

CANGUILHEM, Georges, (1966) 2005. *Le normal et le pathologique,* Paris, Quadrige PUF.

CARPIGO, Eva, 2015. « A la recherche du malentendu. Stratégies d'approche médicale en chirurgie esthétique ». *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé* , (sous la dir. de P. Hintermeyer, D. Le Breton et G. Profita). Nancy, Presses Universitaires de Nancy, p. 163-176.

CARPIGO, Eva, 2016a. « La revanche de la graisse ? Évolution des techniques et des imaginaires autour d'un élément ambigu ». *Techniques et Cultures*, 65-66. [Version longue en ligne] <https://journals.openedition.org/tc/7881>.

CARPIGO, Eva, 2016b. « Beauty at the Service of Humanity. A Review on the Therapeutic Value of Aesthetic Treatments». *Beauty, exploring critical perspectives*, Oxford, Interdisciplinary Press, BRILL [En ligne] https://brill.com/view/book/edcoll/9781848883949/BP000005.xml

CARPIGO, Eva, Hélène GEBEL, Valentine GOURINAT, Najoua KEFI et Stéphanie LUDWIG, 2018a. (sous la dir. de) *Corps meurtris, beaux et subversifs. Réflexions transdisciplinaires sur les modifications corporelles.* Nancy, Presses Universitaires de Nancy.

CARPIGO, Eva, 2018b. « Plasticités organiques. Un regard anthropologique autour des correspondances corps-environnement ». *Corps meurtris, beaux et subversifs* (Sous la dir. de E. Carpigo, et al.) Nancy, Presses Universitaire de Nancy, Éditions universitaires de Lorraine, p. 121- 125.

CARPIGO, Eva, 2021. (à paraître) « The Itinerant Beauty Brigade. Repairing Social Fractures through the Apapacho Estético », *Remaking the Human: Cosmetic Technologies of Body Repair, Reshaping and Replacement* (Sous la dir. de A. Jarrin et C. Pussetti). Berghahn Books, p. 99-129.

CARSTEN, Janet, 2011. « La vie sociale du sang », *Terrain*, n° 56 p. 58-73.

CASSELL, Joan, 1986. «Dismembering the Image of God: Surgeons, Wimps, Heroes and Miracles», *Anthropology Today*, 2, p. 13-16.

CASSELL, Joan, 1991. *Expected miracles, surgeons at work*, Temple University Press, U.S.

CASSELL, Joan, 1998. *The Woman in the Surgeon's Body*, Cambridge, Harvard University Press.

CASSELL, Joan, 2000. « Différences par corps : les chirurgiennes », Cahiers du genre, 29 , p. 53-82.

CÉLESTIN-LHOPITEAU, Isabelle, 2011. *Changer par la thérapie. Du chamane au psychothérapeute. Des médecines traditionnelles aux neurosciences,* Paris, Éditions Dunod.

CHARLIER, Philippe, 2015. *Zombis. Enquête sur les morts-vivants*. Paris, Éditions Tallandier.

COCHENNEC, Morgan, 2004. « Le soin des apparences. L'univers professionnel de l'esthétique-cosmétique », *Actes de la recherche en sciences sociales*. 4 n°154, p. 80-91.

COHEN, Stanley. [1972] 2002. *Folk Devils and Moral Panics. The creation of the Mods and Rockers.* London and New York, Routledge.

COHEN, Stanley. « Moral Panics and Folks Concepts», *Pedagogia Historica*, Volume 35, n.3, 1999.

COLLOT, Eduard & Bertrand HELL, 2011. *Soigner les âmes. L'invisible dans la psychothérapie et la cure chamanique,* Paris, Éditions Dunod.

COPERMAN, Jacob, 2011. « Excessifs dons de sang. Dévotion et ascétisme en Inde », *Terrain*, n°56, p. 106-119.

CSIKSZENTMIHÁLYI, Mihályi, 2000. « Enjoying work : Surgery » dans *Beyond Boredom and Anxiety: Experiencing Flow in Work and Play*. San Francisco, Jossey Bass Publisher.

CSORDAS, Thomas, 1994. *Embodiement and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press.

DARTIGUENAVE, Jean-Yves, 2012. « Rituel et liminarité *», Sociétés*, n°115, p. 81-93.

DAVIS, Kathy, 1995. *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery,* New York and London, Routledge.

DAVIS, Kathy, 2007. *El cuerpo à la carta. Estudios culturales sobre cirugía cosmética,* Mexico D.F., La Cifra editorial.

DE MARTINO, Ernesto, 2008. *Ricerca sui guaritori e la loro clientela*. Lecce, Argo Editrice.

DE MARTINO, Ernesto, [1961] 2009. *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud.* Milano, ll Saggiatore, tascabili.

DE MARTINO, Ernesto, [1973] 2017, *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo.* Torino, Bollati Boringhieri.

DE SARDAN, Jean-Pierre Olivier, 1995. « La politique du terrain », *Enquête* [En ligne] <http://journals.openedition.org/enquete/263> consulté le 02 février 2021.

DETIENNE, Marcel, 2000. *Comparer l'incomparable,* La librairie du XXè siècle, Seuil.

DIASIO, Nicoletta, 2009. « Liaisons tumultueuses des choses et des corps », *Le sujet contre les objets… tout contre : ethnographies de cultures matérielles*, (sous la dir. de M. P. Julien, C. Rosselin), Paris, CTHS, Collection Orientations et méthodes.

DOUGLAS, Mary, [1967] 2001. *Purity and Danger*, London, Routledge and Kegan Paul Ltd.

DUBOZ, Priscilla et Caroline BERLAND-BENHAIM, 2011. « Don(s) de sang : de quoi parle-t-on ? Approche anthropo-bio-culturelle du don de sang. », *Corps,* 9(1), p. 291-300. CNRS Éditions.

DUMET, Nathalie et Hugues ROUSSET, 2010. *Soigner ou guérir ?* Toulouse, Edition Erès, Collection « L'ailleurs du Corps ».

EDMONDS, Alexander, 2008. « Beauty and Health: Anthropological Perspectives », *Medische Anthropologie*, 20, 1. p. 151-162.

EDMONDS, Alexander, 2009. « Learning to love yourself: Esthetic, Health and Therapeutics in Brazilian Plastic Surgery », *Ethnos,* 74:4. p. 465-489.

EDMONDS, Alexander, 2010. *Pretty Modern: Beauty, Sex and Plastic Surgery in Brazil.* Durham, Duke University Press.

EDMONDS, Alexander, 2013. « Can Medicine Be Aesthetic? Disentangling Beauty and Health in Elective Surgeries », *Medical Anthropology Quarterly*, 27, 2. p. 233–252.

ELLIOTT, Anthony et Charles LEMERT, 2006. *Il nuovo individualismo. I costi emozionali della globalizzazione.* Torino, Piccola Biblioteca Einaudi, Scienze sociali.

ELIADE, Mircea, 1959. *Naissances mystiques. Essai sur quelques types d'initiation*. Paris, Gallimard.

ELIADE, Mircea, [1949] 1996. *Initiation, rites, sociétés secrètes*. La Flèche, Folio Essais.

ELIADE, Mircea, [1951] 2015. *Le chamanisme et les techniques archaïque de l'extase*. Paris, Bibliothèque historique Payot.

FABER, Alyda, 2002. « Saint Orlan: Ritual As Violent Spectacle and Cultural Criticism ». *The Drama Review,* Vol. 46, No. 1 (T173), p. 85-92.

FAINZANG, Sylvie, 2006. *La relation médecins/malades : information et mensonge*, Paris, PUF.

FAIVRE, Isabelle, 1976. « Autoplastie de l'apparence, ou enquête sur la chirurgie esthétique », *Ethnologie Française*, tome VI, nº3/4, p.233-249.

FAIVRE, Isabelle, 1985. *Chirurgie esthétique et psychologie*. Paris, Maloine.

FAIVRE, Isabelle,1989. « La chirurgie des apparences. Un rite corporel contemporain ». *Ethnologie française*, nouvelle série, T. 19, No. 2, *L'apparence* (Avril-Juin 1989), p. 107-110.

FOUÉRÉ, Marie-Aude, 2005. « Les métamorphoses des 'relations à plaisanteries'» , *Cahiers d'études africaines*, 178, pp. 389-430.

GACHUZ-FUENTES, Fernando, 2010. *El sentido de la verguenza en las cirugías estéticas experiencias de mujeres de la zona centro y sur de la ciudad de mexico de entre 25 y 35 años de edad que se sometieron a una operación quirurgica de tipo estético.* Thèse de Licence en anthropologie. Mexico, ENAH.

GEERTZ, Clifford, 1987. *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino.

GENEST, Serge, 1990. « Un, deux, trois…bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération ». *Culture et clinique*, Vol. 14 p. 9-24.

GHASARIAN, Christian, 2004. *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux.* Paris, Armand Colin.

GHIGI, Rossella, 2008. *Per Piacere. Storia culturale della chirurgia estetica.* Bologna, Il Mulino edizioni.

GILMAN, Sander, 1999. *Making the body beautiful : A cultural history of cosmetic surgery.* Princeton University Press.

GIMLIN, Debra, 2012. *Cosmetic surgery narratives. A cross-cultural analysis of Women's accounts.* Palgrave Macmillian.

GIRARD, René, 1972. *La violence et le sacré*. Paris, Éditions Grasset.

GODEAU, Emmanuelle, 2007. *L'esprit de corps. Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*. Paris, Edition de la Maison des sciences de l'homme. n° 29.

GODEAU, Emmanuelle, 2009. « Les fresques de la salle de garde », *Société &Représentations*, n°28, p. 13-30.

GODEAU, Emmanuelle, 2011. « Les manières de salle de garde, un patrimoine menacé ». *Situ*, n°. 17 p. 1-19.

GOFFETTE, Jérôme, 2013. « De l'humain réparé à l'humain augmenté : naissance de

l'anthropotechnie », *L'Humain augmenté* (sous la dir. de P. Klein). Paris, CNRS Editions, p. 85-106.

GOFFMAN, Erving, 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne, tome 2 : Les Relations en public*. Paris, Les éditions de minuit.

GORDILLO-HERNANDEZ, J. Alegre-Tamez, E. Torres-Baltazar, I. Mendieta-Espinoza, M. J. Sastré-Ortiz, N. , 2013. « Abordaje multidisciplinario de la enfermedad humana por infiltracion de substancias modelantes », *Cirugia palstica Ibero-Latinoamericana*, Vol. 39, pp. 269-277.

GOTMAN, Anne, 2016. *L'identité au scalpel. La chirurgie esthétique et l'individu moderne*, Montréal, Liber.

HAIKEN, Elizabeth, 1997. *Venus envy : a history of cosmetic surgery*. London, The Johns Hopkins University Press.

HELL, Bertrand, 1999. *Possession et chamanisme. Les maîtres du désordre*. Paris, Champs essais.

HÉRITIER, Françoise, 2003. « Une anthropologie symbolique du corps », *Journal des africanistes*, tome 73, fascicule 2. p. 9-26.

HOLLIDAY, Ruth, 2007. «Man Made Plastic: Investigating men's consumption of aesthetic surgery». *Journal of Consumer Culture*. Volume: 7 issue: 1, p. 57-78.

HOLLIDAY, Ruth et ELFVING-HWANG, Joanna, 2012. « Gender, Globalization and Aesthetic Surgery in South Korea », *Body & Society,* n° 18. p. 58-81.

HOLLIDAY Ruth, JONES M, BELL D., 2019. *Beautyscapes: Mapping Cosmetic Surgery Tourism.* Manchester, Manchester University Press.

JEFFREYS, Sheila, 2005. *Beauty and Misogyny: Harmful Cultural Practices in the West*, Routledge.

JONES, Meredith, 2008. *Skintight. An Anatomy of Cosmetic Surgery*, Berg Publishers.

JULIEN, Marie-Pierre et Céline ROSSELIN, 2009. « Les sujets contre les objets... tout contre. Ethnographies de cultures matérielles », *Communication & langages*, 4,N° 166, p. 181-182.

KARADIMAS, Dimitri, 2010. « Poils et sang », *Cahiers d'anthropologie sociale*, Paris, L'Herne.

KATZ, Pearl, 1981. « Ritual in the Operating Room». *Ethnology*, vol. 20, n. 4, p. 335-350.

KATZ, Pearl and Faris KIRKLAND, 1988. «Traditional Thought and modern Western Surgery». *Social Science and Medicine*, Vol. 26. n. 12 p. 1175-1181.

KATZ, Pearl, 1999. *The Scalpel's Edge. The culture of Surgeons*. Allyn and Bacon.

KLEIN, Alexandre, 2014. « Quelle médecine pour l'homme augmenté ? Étude des enjeux

philosophiques de l'anthropotechnie », *Les frontières de l'humain et du posthumain*. (sous la dir. de M. E. Tremblay-Cléroux et J. F. Chassay, p. 55-72.

KOLAKOWKI, Lesek, 2018. « L'école de Francfort et la "théorique critique" » *Commentaire SA* , 1 N°161, p. 139 -150.

LAPLANTINE, François, [1986] 1992. *Anthropologie de la maladie.* Paris, Éditions Payot.

LATOUR, Bruno, 1991. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*. Paris, Édition La Découverte.

LASH, Christopher, [1979] 1981. *La cultura del narcisismo. L'individuo in fuga dal sociale in un etá di disillusioni collettive,* Milano, Bompiani.

LE BRETON, David, 1999. *L'adieu au corps,* Paris, Éditions Métailié.

LE BRETON, David, 2002a. *Conduites à risque,* Paris, PUF Quadrige.

LE BRETON, David, 2002b. *Signes d'identité, tatouages, piercings et autres marques corporelles*, Paris, Éditions Métailié.

LE BRETON, David, 2003a. *Des Visages,* Collection Sciences humaines, Paris, Éditions Métailié.

LE BRETON, David, 2003b. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris, Edition Métailié.

LE BRETON, David, 2004. *De l'efficacité symbolique* <http://www.passereve.com/journal/HTM/efsy.html>.

LE BRETON, David, 2008. *La chair à vif. De la leçon d'anatomie aux greffes d'organes*. Paris, Éditions Metailié.

LE BRETON, David, [1990] 2011. *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF Quadrige.

LE HÉNAFF, Yannick, 2008. « La construction socio-historique d'une discipline médicale, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, entre corps et médecine », *Variation sur la peau,* T.2, Paris, L'Harmattan.

LE HÉNAFF, Yannick, 2010. *L'entreprise morale en chirurgie esthétique. Un mandat aux marges de la médecine.* (thèse de doctorat en sociologie. Université de Haute Bretagne, Rennes)

LE HÉNAFF, Yannick, 2013. « Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine ». *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 31, n° 3, p. 39-64.

LE HÉNAFF, Yannick, 2015. « Je ne vous opérerai pas. ». *Travail et emploi*, vol. 144, no. 4, 2015, p. 61-80.

LE HÉNAFF, Yannick, 2017. « Cosmetic Surgery on Trial: How the Dujarier Case Impacted

its practice and Structure in France during the Interwar period » *Social History of Medicine,* Vol. 0 No 0 p. 1-22.

LE HÉNAFF, Yannick, 2019. « "Tout le monde le faisait, personne n'en parlait". Le travail esthétique des chirurgiens plasticiens controversé », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 61 - n° 1. <http://journals.openedition.org/sdt/14555>

LEMERLE, Sébastien et Stanis PEREZ, 2016. « Maurice Godelier, Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie », *Corps*, 14(1), p.141-146.

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1949. « L'efficacité symbolique ». *Revue de l'histoire des religions*, tome 135, n°1. p. 5-27.

LESOEURS, Guy, 2002. « Surnaturel magique : plantes entrant dans la composition des talismans et amulettes utilisés pour conjurer les maladies en France » *Des sources du savoir aux médicaments du futur*. Marseille, IRD Éditions. p. 443-448.

LIONETTI, Roberto, 1988. « Van Gennep au bloc opératoire. », *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, 10. p. 110-127.

LIPOVETSKY, Gilles, 1997. *La troisième femme. Permanence et révolution du féminin*, Paris, Gallimard.

LORIOL, Marc, 2013. *L'humour au travail : dépasser les lectures fonctionnalistes et critiques.* Les mondes du travail, n° 13.

LOCK, Margareth & Vinh-Kim NGUYEN, 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Singapore, Wiley-Blackwell.

LÖW, Martina, 1995, *Sociologie de l'espace*, Paris, éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

LUPTON, Deborah, [1994] 2003, *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in The Western Societies*. London, Sage Publications.

MAISONNEUVE, Jean, 1989. « Remarques sur l'apparence et sur la ritualité aujourd'hui » *Ethnologie Française*, Tome 19.

MAKARIUS, Laura, 1969. « Le mythe du " Trickster " ». *Revue de l'histoire des religions*, tome 175, n°1, p. 17-46.

MARCUS, Georges E. 1995. « Ethnography in/of the world system: The Emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annu. Rev. Anthropol*. 24, p. 95-117.

MARTIN, Paula J., 2014. *Suzanne Noël. Cosmetic Surgery, Feminism and Beauty in Early Twentieth -Century France.* Farnham, Surrey, England, Ashgate Publishing.

MARTINEZ ESTRADA, Virginia, Myrna RODRIGUEZ ACAR, Alberto RAMOS GARIBAY, Alfonsina Maria DECAMPOS SOLANO, Monica Olivia RIVERA RAMIREZ et Rosa Liliana GONELL TORRES, «Enfermedad por modelantes. Presentacion de un caso», *Rev Cent Dermatol Pascua*, Vol. 22, Num 3, Sp-Dic

2013, p. 106-109.

MAUSS, Marcel, [1947] 1989. *Manuel d'ethnographie*. Paris, Petite Bibliothèque Payot.

MAUSS, Marcel, [1950] 2010. *Sociologie et Anthropologie*. Paris, Éditions PUF.

MEILLASSOUX, Claude, 2001. *Mythes et limites de l'anthropologie : le sang et les mots*. Lausanne, Éditions Pade deux.

MOÏSSEEFF, Marika, 2013, « La chair, le sacré et le culte de l'homme dans les sociétés occidentales contemporaines », *Revue du MAUSS*, 1, n° 41, p. 207-232.

MOLINIER, Pascale, 2012. « Chirurgie : Une mise à distance nécessaire des émotions ? » *Sciences sociales et santé.* 4 Vol. 30 | p. 99 -104.

MONDADA, Lorenza, 2003. « Working with video: how surgeons produce video records of their actions», *Visual Studies*, Vol. 18, N°1, p. 58-73.

MONDADA, Lorenza, 2004. « Téléchirurgie et nouvelles pratiques professionnelles : les enjeux interactionnels d'opérations chirurgicales réalisées par visioconférence ». *Sciences sociales et Santé*, Vol ; 22 n°1, p. 95-126.

MONGA, Luigi, 1992. « Odeporica e Medicina: i Viaggiatori Del Cinquecento e La Rinoplastica », *Italica*, vol. 69, no. 3. p. 378–393.

MONJARET, Anne, 2006. « La privatisation de l'espace de travail à l'épreuve des changements professionnels et sociaux à l'hôpital », *Sociologie du travail et activité* (sous la dir. de A. Bidet), Toulouse, Octarès éditions, p. 143-155.

MORGAN, Kathryn Pauly, 1991. «Women and The Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Body», *Hypatia*. Vol. 6, No. 3. p. 25-53.

MORIN, Edgar, 2005. *Introduction à la pensée complexe.* Paris, Seuil.

MOULINIÉ, Véronique, 2003. *La Chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, Édition de la Maison des Sciences de l'Homme.

MUÑIZ, Elsa, 2010. *Transformaciones corporales: la ethnocirugía,* Barcelona, Collección Textos del Cuerpo.

MUÑIZ, Elsa, 2011. *La cirugía cosmética ¿Un désafio a la naturaleza ? Belleza y perfección como norma.* México, Universidad Autónoma Metropolitána Unidad de Azcapotzalco, Division de Ciencias Sociales y Humanidades.

MUÑIZ, Elsa, 2012. «La cirugía cosmética: Productora de mundos posibles. Una mirada a la realidad Mexicana», *Estudios,* n° 27, p. 119-132.

MUÑIZ, Elsa, 2013. « Del mestizaje a la hibridación corporal : La etnocirugía como forma de racismo. » *Nómadas*, [En ligne]. n° 38, p.81-97. http://www.scielo.org.co/pdf/noma/n38/n38a06.pdf

NATHAN, Tobie, 2001. *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.

NATHAN, Tobie, [1995] (2012). *Médecin et sorciers*. Paris, Éditions la Découverte.

NEAGU, Alexandra, 2014. « Séduire et tromper en Grèce ancienne : performances masculines et féminines » *Corps et séduction*. (sous la dir. de C. Delporte et A. Hermel). Paris, Éditions et librairie Nicolas Malais. p. 13-23.

NGABA, Lucien Médard, 2009. *Chirurgie esthétique et reconstructrice. La responsabilité medicochirurgicale,* Condé-sur-Noireau, L'Harmattan.

NOTREDAME, C. E. , 2013. « L'étudiant en médecine, un apprenant en violence. » *Éthique et santé*. 10, p. 144-148.

OHANA, Sydney, 2008. *Histoire de la chirurgie esthétique de l'Antiquité à nos jours.* Karen Éditions.

PAGÈS-DELON, Michèle. 1989. *Le corps et ses apparences. L'envers du look.* Logiques sociales. Paris, L'Harmattan.

PARKER, Rhian, 2010. *Women, Doctors and Cosmetic surgery. Negotiating the 'Normal' Body,* Great Britain, Palgrave Macmillan.

PENEFF, Jean, 1997. « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert » *Sociologie du travail*, n°3. p. 256-296.

PEREZ, Stanis, 2015. *Histoire des médecins. Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours*. Paris, Perrin.

PINÇON-CHARLOT, Monique et Michel PINÇON-CHARLOT, 2010. *Les Ghettos du Gotha. Au cœur de la grand bourgeoisie*, Paris, Point.

PITTS-TAYLOR, Victoria, 2003. *In the Flesh: the Cultural Politics of Body Modification*, Palgrave Macmillan.

PITTS-TAYLOR, Victoria, 2007. *Surgery Junkies: Wellness and Pathology in Cosmetic Culture* , Rutgers University Press.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2001. « L'héroïsme comme valeur thérapeutique et professionnelle à l'hôpital », *Héros populaires (*sous la dir. de M.-C. Grohens), Paris, Éditions Seli Arslan, p. 130-133.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2003. *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière 1*. Paris, Éditions Seli Arslan.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2005. « Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs ? » *Ethnologie Française*, 4/Vol. 35, p.593-603.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2007a. « La robotique en chirurgie cardiaque : Avancées technologiques et vacillements socio-professionnels », *Communications*. Paris, Seuil, n° 81,« Corps et techniques », p.183-200.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2007b. « Quelque touches hospitalières ». *Terrain*, 49. p. 11-26.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2008. *L'hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière 2*. Paris, Éditions Seli Arslan.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2009. « Corps et chirurgie à l'heure de la robotique : une approche anthropologique ». Conférence à la Maison franco-japonaise, 19/5/2009 [En ligne] <https://www.mfj.gr.jp/web/wp/WP-C-08-IRMFJ-Pouchelle09-05.pdf>

POUCHELLE, Marie-Christine, 2010. « Rencontre. Situations ethnographiques à l'hôpital. "Elle vient voir si on a un os dans le nez..."», *Recherche en soins infirmiers*, 103. p. 4-19.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2013. « Avatars du pouvoir en pays de chirurgie ». *Anthropologie et sociétés*. Ethnographies hospitalières : l'hôpital et ses terrains, Volume 37, numéro 3. p. 63-81.

POUCHELLE, Marie-Christine, 2019. *Voyage en pays de chirurgie. Essais d'anthropologie hospitalière 3*. Paris, Éditions Seli Arslan.

PULCINI, Elena, 2001. *L'individuo senza passioni. Individualismo moderno e perdita del legame sociale*, Torino, Bollati Boringhieri.

QUINIOU, Yvon, 2006. « Pour une actualisation du concept d'aliénation ». *Actuel Marx*, 1 n° 39, p. 71-88.

RAMIREZ, Miguel Angel, 2007. « Turismo médico en Tijuana, México ». Tijuana, CESUN Universidad.

REMAURY, Bruno, 2000. *Le beau sexe faible. Les images du corps féminin entre cosmétique et santé* , Paris, Éditions Grasset & Fasquelle.

REMOTTI, Francesco, 2002. *Forme di umanità*, Milano, Bruno Mondadori.

REMOTTI, Francesco, 2003a. « De l'incomplétude » ». *Figures de l'humain. Les représentations de l'anthropologie* (sous la dir. de Afferagan et al.) Paris, Éditions de l'EHESS. p. 19-74.

REMOTTI, Francesco, 2003b. « Interventions esthétiques sur le corps ». *Figures de l'humain. Les représentations de l'anthropologie* (sous la dir. de Afferagan et al.) Paris, Éditions de l'EHESS. p. 279- 306.

REMOTTI, Francesco, [2000] 2006. *Prima lezione di antropologia*, Bari, Edizioni Laterza.

REMOTTI, Francesco, 2013. *Fare umanitá. I drammi dell'antropo-poiesi*, Bari, Editori Laterza.

REMOTTI, Francesco, 2018. « Intervenir sur les corps humains. La désorientation et la recherche de la beauté. » *Revue Des Sciences Sociales*, n°59 (sous la dir. d'E. Carpigo), Strasbourg, PUS.

RYNKIEWICH, Katharina (thèse de doctorat en voie de publication) « Superbugs and Magic Bullets: Doctor-Patient Relationships in an Era of Antibiotic-Resistant Infections », Washington University.

RICADAT, Elise et Lydia TAÏEB, 2008. *Après le cancer du sein. Un féminin à reconstruire*, Paris, Albin Michel.

RODRIGUEZ-CABRERA, Verónica, Elsa MUÑIZ et Mauricio LIST (sous la dir.), 2015. *Prácticas corporales en la búsqueda de la belleza.* Mexico, La Cifra editorial.

ROUX, Jean-Paul, 1988. *Le sang : mythes, symboles et réalités*. Paris, Fayard.

ROZIN, Philippe, 2006. « Le concept de culturalisme dans les sciences anthropologiques : de Tylor à Lowie », *Le philosophoire*. 2 n°27 p.151-176.

SACCO, Leonardo, 2009. *Il corpo e il sangue. Forme religiose di automortificazione e traiettorie simboliche nelle tradizioni popolari del Mezzogiorno d'Italia e delle isole Filippine. Un itinerario storico-antropologico.* Ariccia, Edizioni Aracne.

SANABRIA, Emilia, 2011a. « The body Inside Out. menstrual Management and Gynecological Practice in Brazil», *Social Analysis*, Volume 55, Issue 1, p. 94-112.

SANABRIA, Emilia, 2011b. « Pourquoi saigner? Menstruations, dons de sang et équilibre corporel (Salvador de Bahia, Brésil) », *Terrain* n° 56, p. 42-57.

SCHURMANS, Daniel, 2016. *La fonction guérisseuse. Essai comparatiste sur les pratiques de guérison. Qu'est-ce que guérir ? Qui guérit ? Comment ?* Paris, Éditions L'Harmattan.

SERANO, Jacques, 1955. *La guérison. Que sais-je ?* Paris, Presses Universitaires de France.

SIMMEL, Georg, [1905], 2013. *Philosophie de la mode*, Paris, Allia.

SIMMEL, Georg, 2013. *Les grandes villes et la vie de l'esprit et Sociologie des sens*, Paris, Petite Bibiothèque Payot.

SKULTANS, Vieda, 1970. «The symbolic significance of menstruation and the menopause», *Man,* New Series, Vol. 5, No. 4, p. 639-651.

SMADIA, Eric, 2007. *Le rire*, Que sais-je. Paris, PUF.

STARCK, Julien, 2016 (thèse de doctorat) *Le symbolisme en préhistoire. Histoire, archéologie, anthropologie. Mémoire de Master 1, mention Histoire, Arts et Archéologie Spécialité Arts et Cultures de la Préhistoire et de la Protohistoire : Europe, Afrique*. Université de Toulouse Le Mirail. <http://dante.univ-tlse2.fr/2409/1/starck_julien_M12016.pdf>

SULLIVAN, Deborah, 2001. *Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America.* Rutgers University Press.

TANTCHOU, Josiane et Marc-Éric GRUNENAIS, 2009. « Quand les frontières du stérile et du non-stérile s'évanouissent. De l'usage du bloc opératoire dans un contexte de crise du système de santé (Cameroun) » *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3 Vol. 3, n° 3. p. 458-484.

TAUSSIG, Michael, 2017. *La bellezza e la bestia il fascino perverso della chirurgia estetica*.

Milano, Meltemi.

TOCQUEVILLE (de), Alexis, [1835] 1963. *De la démocratie en Amérique*, Paris, Union générale d'éditions.

TORRES GOMEZ, Bertha (Dra), Dr. Gabriel Medrano RAMIREZ, Dr. Raymundo Benjamin PRIEGO BLANCAS, Ingrid PELAEZ BALLESTAS, Dr. Ruben BURGOS VARGAS, 2010, « Enfermedad por la infiltración de sustancias modelantes con fines estéticos ». *Cirugía Plástica*, Vol. 20, n°. 3 p. 124-132.

TURNER, Victor, 1974. *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual*. London, Cornell University Press.

VAN GENNEP, Arnold, [1909] (2011). *Les rites de passage*, Paris, Broché.

VIGARELLO, Georges, 2004. *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*. Paris, Édition du Seuil.

VIGARELLO, Georges, 2010. *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité. Du Moyen Age au XXe siècle*. Paris, Broché.

VINEL, Virginie, 2008. « Mémoires de sang : transmission et silences autour des menstrues (France urbaine) », paru sous le titre : "Ricordi di sangue : trasmissione e silenzio sulle mestruazioni nella Francia urbana", *La Ricerca Folklorica*, *Linee di sangue,* vol. 58, p. 79-90.

WACQUANT, Loïc, 2002. *Corps et âme: carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*, L'Ordre Des Choses.

WINTER, Browyn, Denise THOMPSON & Sheila JEFFREYS, 2010. «The UN Approach to Harmful Traditional Practices». *Taylor & Francis Online*, p. 72-94.

ZETKA, James R., 2003, *Surgeons and the Scope*. Collection on Technology and Work, New York, Cornell University Press.

ZOLESIO, Emmanuelle, 2009a. « Chirurchiennes de garde et humour chiruchical. Posture féminine de surenchère dans l'humour sexuel et scatologique ». *¿ Interrogations ? Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, n°8, Interrogations, juin 2009, p.159-177.

ZOLESIO, Emmanuelle, 2009b. « Des femmes dans un métier d'hommes : L'apprentissage de la chirurgie ». *Travail, genre et société.* N. 22, p.117-133.

ZOLESIO, Emmanuelle, 2012a. « La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle » *Presses Universitaires de France*, Vol. 3 p. 377-394.

ZOLESIO, Emmanuelle, 2012b. « La relation chirurgien-patient. J'ai pas fait parleuse ». *Sciences Sociales et Santé*. Vol 30, n°4, John Libbey, p. 75-98.

ZOLESIO, Emmanuelle, 2012c. *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

ZOLESIO, Emmanuelle, 2013. « La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques » *Revue française de pédagogie*. N° 184, p. 95-104.

ZOLESIO, Emmanuelle, 2015. « Des modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie », *Travail et Emploi*. N. 141, p. 25-35.

PUBLICATIONS NON ACADÉMIQUES

ABONNEAU, Josseline et BARON Marie-Guy, 2010. *Les As de la chirurgie esthétique. Bistouri, seringue et business,* Monaco, Éditions Alphée.

AMRI, Mahrez, 2009. *Rajeunir sans chirurgie*. *Guide de médecine esthétique,* Paris, Éditions Glyphe.

ARVISO ALVORD, Lori et Elizabeth COHEN VAN PELT, 2003. Le scalpel et l'ours d'argent. La première femme Navajo à allier chirurgie et médecine traditionnelle. Bouzigues, Éditions Indigène.

BASSOT, Jacques, 1998. *L'essentiel sur la médecine et la chirurgie esthétique*. Meolans-Revel, Edition DésIris.

BARAF, Patrick, 2008. *Chirurgie esthétique : ce que je dois vous dire*. Saint-Amand-Montrond, Éditions Plon.

BAUDELAIRE, Charles, « Éloge du maquillage » *Le peintre de la vie moderne*. <https://www.gildasbernier.fr/wp-content/uploads/2011/09/Charles-Baudelaire_Eloge-du-maquillage.pdf>

BENADIBA, Laurent, 2006. *Médecine et chirurgie esthétiques,* Paris, Éditions Solar.

BENATAR, Daniel, 2002. *La chirurgie esthétique au masculin*. Boucherville, Éditions Isabelle Quentin.

BENHAMOU, Franck, 1992. *La chirurgie esthétique est-elle la solution ?* Paris, Edition Grego.

BRACCINI, Frédéric et Ondine ROMAN, 2013. *La rhinoplastie. Une Re-nez-ssance. De l'histoire de l'art à la chirurgie moderne.* Nice, les Éditions Ovadia.

CAMIRAND, André, 1999. *La chirurgie esthétique*. Québec, Les éditions de l'homme.

COLL, Nadine et Alexandre FAVRE, 2012. *Bref J'ai fait de la médecine esthétique ! Acide hyaluronique, Botox et choix existentiels,* Paris, Éditions la Martinière.

CUMMING, Heather et LEFFLER, Karen, 2007. *Jean de Dieu. Le guérisseur brésilien qui a bouleversé la vie de milliers de gens*, Éditions exergue.

DALLÉE, Marie, 2003. *To lift or not to lift. Mes déboires au pays de la chirurgie esthétique,* Paris, Albin Michel.

DARDOUR, Jean-Claude, 1981. Le *droit à la beauté. La chirurgie esthétique*. Évreux, Hachette.

DARDOUR, Jean-Claude, 1999. *Les tabous du corps. La chirurgie au secours de l'esthétique.* Paris, Éditions Grancher.

DE LAVAL, Rose, 2000. *La chirurgie esthétique*. Toulouse, Éditions Milan.

DEL VECCHYO, Carlos, 1993. *La cirugía plástica en México : Una historia colectiva.* Primera Edición. México DF. Edición privada.

DEL VECCHYO, Carlos, 2015. *La cirugía plástica en México : Una historia colectiva*. Segunda edición, revisada y actualizada. México DF. Edición privada.

DELAY, Emmanuel, 2009. *Chirurgie plastique et esthétique*. Collonges au Mont d'or. Éditions Michel Servet.

DESSAPT, Bernard, 1998. *La chirurgie esthétique*. Paris, Edition Simep.

DIVARIS, Marc, 2008. *Rendez-vous avec mon chirurgien esthétique*. Paris, Édition L'archipel.

GALAND, André, 1959. *Le tour du monde d'un chirurgien esthétique*. Éditions de la pensée moderne.

GLICENSTEIN, Julien, 1993. *La chirurgie esthétique*. Paris, Éditeur des sciences et des arts.

GLICENSTEIN, Julien, 2003. « Chirurgie esthétique et histoire », *Annales de chirurgie plastique esthétique*. 48, p. 257-272.

GLICENSTEIN, Julien, 2005. « Histoire de l'augmentation mammaire » *Annales de chirurgie plastique esthétique,* 50. p. 337–349.

GLICENSTEIN, Julien, 2007a. « Histoire de la chirurgie plastique ». *Techniques chirurgicales, Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, Paris, EMC Elsevier Masson SAS. 45-002, p. 1-15.

GLICENSTEIN, Julien, 2007b. « Allotransplantation, littérature et cinéma » *Annales de chirurgie plastique esthétique,* 52. p. 509-512.

GLICENSTEIN, Julien, 2009. « Pionniers et martyrs : Delpech, Guinard, Pozzi », *Annales de chirurgie plastique esthétique,* 54, p. 171-175.

GLICENSTEIN, Julien, 2010. « Un livre d'or de la chirurgie plastique française » Elsevier Masson, *Annales de chirurgie plastique esthétique,* 55, p. 338-353.

GLICENSTEIN, Julien, 2011. « L'image du chirurgien plasticien entre crainte et fascination » *Chirurgiens dans un monde qui opère l'image*, (sous la dir. de R. Selinger et C. Barruyer). Éditions SOFCEP (Société française des chirurgiens esthétiques plasticiens). p. 57-63.

GLICENSTEIN, Julien, 2015. « Histoire de la paralyse faciale », *Annales de chirurgie*

plastique esthétique. 60, p. 347-362.

GRIGAUT, Pierre-François, 1962. *La chirurgie esthétique et plastique*. Que-sais-je. PUF.

GRINBERG-ZYLBERBAUM, Jacobo, 1994. *Pachita*, Colofon S.A. INPEC, Mexico DF.

HADDAD, Guy, 2004. *La chirurgie esthétique*. Paris, Éditions Josette Lyon.

HAGÈGE, Jean-Claude, 1989. *Séduire ! Chimères et réalités de la chirurgie esthétique*. Paris, Albin Michel.

HUGENTOBLER, Jean-Pierre et Xavier L. C. TASSIN, 2002. *La liposuccion. Pour quoi ? Pour quoi ? Comment ?* Paris, Platypus Press.

ILLOUZ, Ives-Gérard, 1988. *La sculpture chirurgicale par lipoplastie*. Singapore, Churchill Livingstone.

JONQUET, Thierry,[1984] 2015. *Mygale*. Paris, Folio.

KAFKA, Franz, [1915] 2015. *La métamorphose*. Paris, Folio.

KNIPPER, Patrick, 2007. *Peau de chagrin, la chirurgie plastique au service de l'humanité*, Paris, Michel Lafon.

KNIPPER, Patrick, 2011. *Ethnochirurgie ou réflexions sur le regard de l'autre, en mission.* Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Volume 112, numéro 6, p. 385-387.

KUCZYNSKI, Alex, 2009. *La bella & la bestia. Che cosa si nasconde dietro la promessa della bellezza eterna,* Roma*,* Elliot Edizioni.

LANTIERI, Laurent (Pr), 2011. *Chaque visage a une histoire*. Paris, Flammarion.

LATOUCHE, Xavier et Chantal HIGY-LANG, 2010. *Le guide Hachette de la chirurgie esthétique.* Paris, Hachette.

LE PESTEUR, Jacques, 1986. *La chirurgie esthétique au quotidien.* Conseils pratiques. Paris, Albin Michel.

LE ROUGE, Gustave, [1912], 2006. Le mystérieux docteur Cornélius. Éditions Kindle.

LELOUP, Jean-Yves, 1993. *Prendre soin de l'être*. Paris, Albin Michel.

LINTHILAC, Jean-Paul, 1980. *Del sueño a la realidad con la cirugía estética*. Mexico, Edicion Diana.

MALINIAK, Jacques W. 1935, « The plastic surgeon and the crime », *Journal of Criminal Law and Criminology*, p. 594-600.

MATTÉOLI, Bertrand, 2006. *Confidences d'un chirurgien esthétique*. Paris, Éditions Plon.

MATTÉOLI, Bertrand, 2008. *Le droit de se plaire. Psychologie, bienfaits, et risques de la chirurgie esthétique. Un guide indispensable.* Paris, Edition Alcina.

MICHEL, Jean-Dominique, 2012. *Chamans, guérisseurs, médiums. Au-delà de la science, le pouvoir de guérison.* Favre éditions.

MIMOUN, Maurice, 1996. *L'impossible limite. Carnets d'un chirurgien*, Paris, Albin Michel.

MIRALLÈS, Laurent, 2007. *Je ne veux pas que ça se voie*. Paris, Éditions Anne Carrière.

MITROFANOFF, Marc, 2005. *La chirurgie esthétique. Réponses à 100 idées toutes faites sur la chirurgie plastique, de l'embellissement, du rajeunissement,* Paris, Flammarion Éditions.

MITZ, Vladimir, 1995. *La chirurgie esthétique.* Évreux, Edition Flammarion.

MITZ, Vladimir, 2002. *Le vadémécum de Chirurgie esthétique. 45 indications à conseiller à vos patients.* Paris, Mimi Éditions.

MITZ, Vladimir, 2006. *Chirurgie esthétique les conseils d'un chirurgien " À la main, la chance de guérir ".* Bonchamps-Les-Laval, Éditions du Cygne.

MORINI, Simona, 1974. *Vivre mieux grâce à la chirurgie esthétique. Comment sculpter votre corps de la tête aux pieds.* Paris, Edition Solar.

MORSELLI, Paolo et SPINETTA, Jean, 2004. *Mieux dans sa peau. Les métamorphoses en chirurgie esthétique causes et effets morpho-psychologiques.* Éditions Quintessence, Aubagne.

NAHON, Pierre, 2001. *La vérité en chirurgie esthétique*. Paris, L. C. C. I.

NAHON, Pierre, 2007. *La chirurgie esthétique*. Paris, Le cavalier Bleu.

NOËL, Suzanne, 1926. *La chirurgie esthétique, son rôle social*. Masson C. Éditeurs, Librairies de l'Academie de Medecine [En ligne] <https://archive.org/details/McGillLibrary-osl_chirurgie-esthetique_WO600N765c1926-19843/page/n11/mode/2up>

OHANA, Sydney, 1999. *La chirurgie esthétique. Un désir de beauté*. Paris, Éditions 1.

OHANA, Sydney, 2008. *Histoire de la chirurgie esthétique de l'Antiquité à nos jours*. Paris, Éditions de la beauté.

ORTIZ MONASTERIO, Fernando, 2000. *Dolor y belleza. Pain and beauty*. Milan, Landucci.

PAQUET, Dominique, 1997. *Une histoire de la beauté : miroir mon beau miroir.* Paris, Gallimard.

PAQUET, Dominique, 2013. *La Beauté*. Paris, Gallimard.

PERROGON, François, 2005. *Guide de l'esthétique. Médecine & Chirurgie.* Saint-Jean-de-Braye, Éditions Dangles.

PETIT, François et Antoine PARASKEVAS, 2009. *La chirurgie esthétique. Visage et corps. Toutes les solutions et les conseils pour : S'épanouir dans son corps, maîtriser son budget, préserver le naturel.* Monaco, Edition Alpen.

PITANGUY, Ivo, 1983. *Les chemins de la beauté. Un maître de la chirurgie plastique témoigne.* Paris, J. C. Lattès.

POIGNONEC, Sylvie, 2013. *La chirurgie esthétique. Les solutions et les conseils de mon chirurgien*. Genève, Éditions Ambre.

REDON, Jean, [1959] 1989. *Les yeux sans visage*. Paris, Fleuve Noir.

RIVERS, Joan et Valerie FRANKEL, 2009. *Men are stupid... and they like big boobs*, New York, Simon and Schuster.

SARFATI, Isabelle, 2018. *Histoires plastiques*. Paris, Éditions Stock.

SCHAPIRO, Alain,1984. *La nouvelle chirurgie esthétique*. Evreux, Hachette.

SCHLOGEL, Gilbert, 1994. *Les princes du sang*. Paris, Fayard.

SELINGER, Rami et BARRUYER, Cendrine, 2011. (sous la dir.) Chirurgiens dans un monde qui opère l'image. Rapport 2011 du XXIVè congrès de la société française des chirurgiens esthétiques et plasticiens.

SHELLEY, Mary, [1818] 1821. *Frankestein. Ou le Prométhée moderne.* [En ligne] https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1143204.texteImage

SHELTON, Ron, 2004. *Liposuction. A question-and-Answer Guide to Today's Popular Cosmetic Procedures.* New York, Berkley Books.

SOUBIRAN, Jean-Marc, 1979. *La chirurgie esthétique. Pourquoi ? Comment ? Pour vous ?* Paris, Kent-Segep.

STEELS, Emmanuelle, 2020. « La enfermedad por modelantes: una nueva amenaza a la salud pública », *Gatopardo* (en ligne) <https://gatopardo.com/reportajes/enfermedad-por-modelantes-en-mexico-cirugias-esteticas/>.

THACKRAY, Gail, 2015. *The gift. Psychic Surgery in the Philippines. Blood, Guts & Spiritual Healing. Secret of the Psychic Surgeons*. La Cañada, Indian Springs Publishing.

VILAIN, Raymond, 1987. *Jeux de mains*. Paris, Arthaud.

VOLTE, Ray, 2003. « Les chirurgiens esthétiques et les médias ». *Annales de chirurgie plastique esthétique.* 48, p. 282-284.

WOLF, Naomi, 1991. *Quand la beauté fait mal*. Editor First.

ÉMISSIONS RADIOPHONIQUES

INA, 20/4/1985, *Le billard de la dignité* <https://www.ina.fr/video/CAB8501339201/le-billard-de-la-dignite-video.html>

INA, 21/3/1988. *La beauté au scalpel* <https://www.ina.fr/video/CPB88004663/la-beaute-au-scalpel-video.html>

INA, 16/1/1999. *Débat sur la femme idéale de l'An 2000* <https://www.ina.fr/video/I07297734/debat-sur-la-femme-ideale-de-l-an-2000-video.html>

Radio France Culture, 2012. *Modifier son corps par nécessité ou pas goût ?* <https://www.franceculture.fr/emissions/revolutions-medicales/modifier-son-corps-par-necessite-ou-par-gout>

Radio France Culture, 2013. *Chirurgie esthétique dans l'atelier des apprentis pygmalion*. <https://www.franceculture.fr/emissions/grantanfi-13-14/chirurgie-esthetique-dans-latelier-des-apprentis-pygmalion>

France Inter, 2016. *La chirurgie esthétique,* avec Anne GOTMAN et Bernard ANDRIEU <https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-18-avril-2016>

FILMOGRAPHIE ET ÉMISSIONS TÉLÉVISÉES

ALMODOVAR, Pedro, 2011. *La piel que habito*. Pathé.

ANDRE, Raoul,[1963] 2017. *Des frissons partout.* LCJ Editions & Production.

DAE-BONG, Man, [2006] 2008. *Cinderella la malédiction du scalpel*. Elephant Films.

DE CRÉCY, Hélène, 2006. *La consultation*. Production Arturo Mio.

DUBROW Terry et Paul NASSIF, [Téléréalité] 2014-2016. *Botched*.

FRANJU, Georges, [1960] 2010. *Les yeux sans visage*. Studio Gaumont.

GILLIAM, Terry, 1985. *Brazil.* Universal Studios.

HAYERS, Sydney, [1960] 2007. *Le cirque des horreurs*. Optimum Home Releasing.

KI-DUK, Kim, [2006] 2008. *Time*. TF1 Studio.

MURPHY, Ryan, (2003-2010). *Nip/Tuck*. Warner Bros Entertainment.

SALLE, Jérôme, 2005. *Anthony Zimmer.* Studiocanal.

SERIR, Roman, 2018. *La fille aux deux visages.* Romain Serir, Gautier Cazenave.

SIX, Tom, 2009-2011-2016. *Human Centipede*. Condor Entertainment.

WHALE, James, [1931] 1959. *Frankestein. A man who made a monster.* Universal Studios.

ZIDI, Claude, [1980] 2017. *Inspecteur la bavure*. Studio Pathé.

Annexe 1
Tableau des praticiens

NOM DU PRATICIEN ANONYMISÉ	DESCRITPTIF PERSONNE ET SPECIALISATION, LIEU D'EXERCICE	CONTACT, DATE ET LIEU DU PREMIER ENTRETIEN
Dr GRUBERS	Homme, 60 ans, Français. Spécialisé en chirurgie vasculaire, traumatologue, orthopédique. Pratique la liposuccion et la circoncision. Exerce depuis 30 ans à Strasbourg en pratique privée.	Contact trouvé sur les pages jaunes. Rencontré pour la première fois le 1/3/2012 Cabinet privé, Strasbourg, France.
Dr BALASKO	Femme, 35 ans, Roumaine. Chirurgie plastique esthétique. Chirurgie plastique du visage et du corps. Exerce depuis 1 ans en libéral, à Strasbourg, en studio associé.	Contact trouvé sur les pages jaunes. Rencontrée pour la première fois le 22/3/2012 Cabinet privé, Strasbourg, France.
Dr TESADOR	Homme, 35 ans, Roumain. Chirurgie plastique reconstructive. Exerce depuis 1 an en Alsace en tant que chef de clinique à l'hôpital.	Il m'a été présenté par le Dr Weibel, son collègue de l'hôpital. Première rencontre le 17/4/2012. Hôpital, Alsace, France.
Dr WEIBEL	Femme, 65 ans, Française. Chirurgie plastique reconstructive et esthétique, maxillo-faciale et stomatologie. Spécialisée en chirurgie esthétique du visage, lifting. Exerce depuis 35 ans en Alsace en hôpital public.	Contact reçu par un collègue ethnologue. Première rencontre le 30/5/2012. Hôpital, Alsace, France.
Dr BRUDER	Femme, 35 ans, Française. Chirurgie générale, orthopédique, plastique et esthétique. Chirurgie du visage et du corps, médecine esthétiques, spécialisée en seins et lifting. Exerce depuis 3 ans à Strasbourg dans un studio privé associé.	Contact trouvé sur les pages jaunes. Première rencontre le : 30/5/2012 Cabinet privé, Strasbourg, France.
Dr PEREZ	Homme, 45 ans, Mexicain. Chirurgie plastique, et chirurgie orthopédique. Exerce depuis 18 ans à Mexico en cabinet privé.	Contact trouvé par le biais d'un ami en commun, qui s'était fait opérer par lui. Première rencontre le : 8/3/2013. Cabinet privé, Mexico, Mexique.
Dr GARCIA	Homme 60 ans, Mexicain. Chirurgie plastique et esthétique. Chirurgie du visage et du corps, médecine esthétique et injection de PRP. Exerce depuis 22 ans à Mexico en cabinet privé. Patron d'un bâtiment clinique avec un SPA géré par sa fille.	Contact trouvé sur internet. Première rencontre le : 9/4/2013 Bâtiment-clinique, Mexico, Mexique.
Dr MARTINEZ	Femme, 40 ans, Mexicaine. Diplôme de chirurgie plastique (patito ?) Chirurgie du visage et du corps, médecine	Contact trouvé sur internet. Première rencontre le : 12/4/2013 Cabinet privé, Mexico, Mexique.

	esthétique, thérapie cellulaire. Exerce depuis 6 ans en cabinet privé à Mexico, associée avec un médecin esthétique.	
Dr ROSSI	Femme, 55 ans, Italienne. Chirurgie générale digestive, reconvertie à la chirurgie plastique esthétique. Chirurgie du corps et du visage, micronutrition, équilibrage hormonal. Exerce depuis 10 ans en pratique privée à Paris.	Contact trouvé sur internet. Première rencontre le : 16/5 2013 Cabinet privé, Paris,France.
Dr SINGER	Homme, 52 ans, Français. Chirurgie plastique esthétique, médecine esthétique. Exerce depuis 16 ans à Paris en cabinet privé.	Contact trouvé grâce à une conférence Première rencontre le :21/6/2013 Cabinet privé, Paris, France.
Dr VILLIERS	Homme, 75 ans, Algérien naturalisé Français Formation en chirurgie générale, reconverti à la chirurgie plastique. Spécialiste de la Liposuccion. Exerce depuis 45 ans à Paris, France.	Contact trouvé sur LinkedIn Première rencontre le :1/12/2014 Par Skype.
Dr AYED	Femme, 32 ans, Française. Chirurgie plastique, réparatrice et esthétiques. Exerce depuis 1 an en hôpital public en Alsace, en tant que chef de service.	Contact trouvé grâce à une conférence, recommandée par le Dr Singer Première rencontre le :26/01/2015 Hôpital public, Alsace, France.
Dr COURNET	Homme, 55 ans, Français. Chirurgie plastique, gynécologie, cancerologie. Exerce depuis 30 ans dans un cabinet privé et à l'hôpital, à Lyon, France.	Contact trouvé par le conseil du Dr Ayed. Première rencontre le : 2/3/2015 Skype
Dr NOGUES	Homme, 36 ans, Français. Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Spécialisé en otoplastie. Exerce depuis 1 an à Paris, en cabinet privé et hôpital.	Contact trouvé par le biais du Dr Ayed. Première rencontre le : 31/3/2015 Cabinet privé, Paris, France.
Dr TARBES	Homme, 60 ans, Français. Chirurgie plastique et esthétique. Spécialisé en chirurgie post bariatrique et réduction mammaire. Exerce depuis 20 ans à Paris en cabinet privé et à l'hôpital.	Contact trouvé par le biais du Dr Singer Première rencontre le : 1/4/2015 Cabinet privé, Paris, France.
Dr GASSIOT	Homme, 80 ans, Français. Chirurgie plastique et pédiatrique. Retraité.	Contact fourni par le Dr Singer. Première rencontre le : 1/4/2015 Cabinet privé, Paris, France.
Dr LEVALLOIS	Homme, 52 ans, Français. Chirurgie plastique, reconstructive, esthétique. Exerce depuis 16 ans à Paris, dans un hôpital privé catholique.	Contact fourni par Francesco, interne du Dr Ayed. Première rencontre le : 4/4/2015 Bureau à l'hôpital public, Paris, France.
Dr CUSTRI	Homme, 55 ans, Italien. Chirurgie plastique, spécialisation en maxillo faciale, chirurgie de l'obésité. Exerce depuis 25 ans à Paris, dans un hôpital public.	Contact trouvé sur internet. Première rencontre le : 9/6/2015 Bureau à l'hôpital public, Paris, France.
Dr REIBEL	Homme, 65 ans, Français. Chirurgie reconstructive, spécialiste en greffe de face. Exerce depuis 35 ans dans un hôpital public à Amiens, France.	Connu dans une conférence. Première rencontre le : 13/7/2015 Téléphone.
Dr HIGOS	Homme 70 ans, Mexicain. Chirurgie reconstructrice et esthétique, a été spécialiste en réassignation de sexe pour les	Contact fourni par un professeur en histoire de la médecine Première rencontre le : 26/10/2016

	personnes transgenre et intersexuées. Exerce depuis 40 ans à Mexico dans un cabinet privé.	Cabinet privé, Mexico, Mexique.
Dr BARRANCA	Homme, 60 ans, Mexicain. Chirurgie plastique, esthétique, thérapies cellulaires, dans un cabinet partagé avec une esthéticienne. Exerce depuis 27 ans dans un cabinet privé à Mexico, Mexique.	Contact fourni par le biais d'une étudiante en médecine que j'ai rencontré dans une conférence à la UNAM Première rencontre le : 11/11/2016
Dr LUNA	Homme 60 ans, Mexicain. Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Exerce depuis 40 ans à Mexico dans un hôpital public et en consulte privée en ville.	Contact fourni par un professeur en histoire de la médecine Première rencontre le :24/11/2016 Service de chirurgie plastique, Hôpital, Mexico, Mexique.
Dr CHAVEZ	Homme 43 ans, Colombien. Chirurgie plastique et esthétique et médecine esthétique. Exerce depuis 10 ans en Baja California et Colombie Mexique. Cabinet privé.	Contact établi dans un congrès de la AMCPER, à Mexico, Mexique. Première rencontre le: 2/12/2016
Dr BUENAVENTURA	Homme, 62 ans, Mexicain. Chirurgie plastique esthétique. Spécialiste en liposuccion, liposculture, médecine esthétique. Exerce depuis 28 ans à Tijuana en cabinet privé. Il est chef d'un bâtiment-clinique.	Contact établi dans un congrès de la AMCPER, à Mexico, Mexique. Première rencontre le : 2/12/2016 Démarrage du terrain d'observation dans son bâtiment-clinique à Tijuana : 30/01/2017
Dr CABALLOS	Homme, 70 ans, Mexicain. Formation de chirurgie générale, il a été apprenti et associé du Dr Buenaventura qui lui a appris la chirurgie plastique. Retraité.	Contact fourni par le Dr Buenaventura. Première rencontre le : 13/2/2017. Dans la clinique Buenaventura, à Tijuana, Mexique.
Dr CAMES	Homme 80 ans, Mexicain. Chirurgie générale spécialisé avec le temps en chirurgie plastique . Exerce depuis 50 ans.	Contact fourni par le Dr Caballos Première rencontre le : Février 2017. Dans son cabinet privé, à Tijuana, Mexique.
Dr LOZA	Homme, 45 ans, Mexicain. Chirurgie générale, s'est formé en France en médecine esthétique et chirurgie plastique. Il est spécialiste en rhinoplastie et paupières. Il exerce depuis 10 ans à Merida, et Puebla, il est itinérant.	Contact trouvé grâce à une collègue Mexicaine du centre de recherche où je travaillais à Mexico. Première rencontre le :18/6/2017 Dans un café à Mexico, Mexique.
Dr LIMON	Homme, 33 ans, Mexicain. Chirurgie plastique reconstructive et esthétique Exerce depuis 5 ans à l'hôpital public et en consultation privée.	Contact fourni par le Dr Luna, collègue dans le même hôpital. Première rencontre le :7/7/2017 À l'hôpital public, Mexico, Mexique.
Dr MANNEAU	Homme, 66 ans, Français. Chirurgie plastique esthétique. Exerce depuis 30 ans dans un cabinet privé d'associés à Montpellier, France.	Contact trouvé grâce à une conférence. Première rencontre le : 10/4/2019. Téléphone.

Annexe 2
Tableau des patients

NOM DES PATIENTS ANONYMISÉ[291]	SEXE, ÂGE, ORIGINE ET RÉSIDENCE, PROFESSION, TRAITEMENTS SUBIS, DATE DE LA PREMIERE INTERVENTION	DATE ET LIEU DE LA PREMIÈRE RENCONTRE
FRANCESCA	Femme, 43 ans, Italienne, habitant en Italie (Trento), Enseignante de musique. Opérations subies : Augmentation mammaire, micro pigmentation du contour des lèvres.	29/9/2009 à Trento (Italie), présentée par ma cousine esthéticienne.
ANA LAURA	Femme, 26 ans, Brésilienne, étudiante en marketing international, habitant à Paris (France). Opérations subies : Liposuccion.	18/5/2012 par Skype, présentée par une amie.
CHRISTINE	Femme 20 ans, Française habitant à Paris (France). Graphiste, designer. Opérations subies : Otoplastie.	5/11/2012 à Strasbourg (France), rencontrée dans un covoiturage.
JENNY	Femme, 52 ans, Mexicaine habitant à Mexico (Mexique). Enseignante. Opérations subies : Liposuccion, lipectomie, blepharoplastie, médecine esthétique.	20/4/2013 à Mexico (Mexique) patiente du Dr Martinez.
AMANDA	Femme, 44 ans, Mexicaine habitant à Mexico (Mexique). Personal trainer, Danseuse. Opérations subies : Liposuccion, rhinoplastie, augmentation mammaire.	26/3/2013 à Mexico (Mexique), patiente du Dr Perez.

[291] Je présente ici uniquement les données des patients qui ont été cités dans le présent travail, qui relèvent de ma précedente recherche de master 2.

Annexe 3
Glossaire des interventions[292]

Greffe de cheveux	Greffe des bulbes capillaires d'un même patient dans les zones présentant une calvitie.
Ritidoplastie ou Lifting	Étirement de la peau du visage et/ou du cou pour la rendre plus lisse et atténuer les rides. La peau en excès est retirée.
Otoplastie	Correction de la forme des oreilles ou réduction de leur proéminence.
Blépharoplastie	Retrait de l'excédent de peau ou de graisse des paupières supérieures et inférieures.
Génioplastie	Augmentation du menton à l'aide d'une prothèse de silicone.
Profiloplastie	Intervention sur le nez et sur le menton pour rendre le profil du visage plus harmonieux.
Plastie maxillo-faciale	Correction chirugicale du prognathisme (proéminence de la mâchoire) ou de l'ipognathisme (mâchoire trop fuyante).
Rhinoplastie	Correction de la proéminence du nez, pour la réduire ou l'augmenter et/ou de la pointe du nez ou des narines.
Enlèvement des bourses de Bichat	Retrait de la graisse à l'intérieur des joues afin de marquer le visage et donner un aspect de « joues creuses ».
Plastie du cou	Retrait de la graisse et de la peau excédentaire pour donner au cou un aspect lisse et juvénil.
Pose de fils tenseurs	Pose de fils sous la peau, avec des crochets, afin de redraper le visage de l'intérieur, donner un aspect plus lisse et estomper les rides et la peau flasque.
Brachioplastie	Aspiration de la graisse et enlèvement de la peau excédentaire, ou la pose d'implants en silicone pour imiter le volume des muscles.
Augmentation mammaire	Augmentation du volume des seins par la pose d'implants mammaires ou par des injections de graisse.
Réduction mammaire	Retrait de graisse et de glande mammaire pour réduire le volume des seins et les redresser. Le téton est repositionné et parfois réduit de taille.
Lifting de l'ensemble du corps	Redrapage de la peau flasque du ventre, du dos, des bras,

[292] Ce sont des définitions que j'ai extrapolées par l'observation de terrain auprès des chirurgiens esthétiques.

	des cuisses et des fessiers suite à un amaigrissement important (souvent après une chirurgie bariatrique).
Liposuccion	Aspiration de la graisse par l'insertion d'une canule à moteur.
Abdominoplastie / Lipectomie / Plastie du ventre	Au niveau du ventre inférieur, retrait de la peau excédentaire abîmée suite à des grossesses ou une perte de poids, souvent le nombril est enlevé et reconstruit.
Ombilicoplastie	Reconstruction d'un nombril, suite à une abdominoplastie.
« Abdominal etching »	Création, par liposuccion, d'un effet d'abdominaux proéminents, style « six pack », notamment chez les hommes.
Augmentation des mollets	Augmentation des mollets par prothèse de silicone.
Labioplastie	Ajustement des grandes et petites lèvres génitales.
Injection de graisse génitale	Augmentation du diamètre de la verge ou des grandes lèvres, par injection autologue de graisse.
Injections de produits volumateurs ou de toxine botulique	Augmentation du volume d'une partie du visage à l'aide d'acide hyaluronique ou paralysie des rides grâce à de la toxine botulique. Ces pratiques relèvent de la médecine esthétique.

Annexe 4
Descriptions ethnographiques de cabinets et bâtiments-clinique

LE BÂTIMENT-CLINIQUE DU Dr GARCIA

Le Dr Garcia a créé cette petite clinique en 1991, rénovant entièrement une maison à Mexico. Elle se situe vers le sud du centre historique, dans une rue verdoyante, parallèle à une grande artère qui relie le Sud au centre-ville. Le quartier est de classe moyenne, à caractère administratif. Néanmoins, cette rue est calme, ici sont installés des cafeterias des restaurants et des salons d'esthétique.

Extérieur. Vue de l'extérieur, la clinique est une petite maison d'aspect modeste. Sur la façade un grand panneau bleu aux lettres blanches indique « *Centro de Cirugía plástica* » avec le site internet et le numéro de téléphone. D'autres grandes affiches avec des visages et des corps féminins sont affichés sur la façade. L'entrée se fait directement par la rue, une vitrine sépare la salle d'attente de la rue, des rideaux longs dissimulent la vue.

Intérieur. À l'intérieur nous trouvons des cabinets de consultation, une salle d'examen, un bloc opératoire et des chambres de convalescence. Sur l'arrière il y a aussi un centre de bien-être (géré par la fille du chirurgien).[293] Cette clinique se structure se développe en hauteur (rez-de-chaussée et premier étage).

Entrée. Ici on est accueillis par une secrétaire, en attendant d'être reçus par les chirurgiens. Juste en face de la porte d'entrée nous sommes surpris par une statue de presque deux mètres de haut, taillée dans le marbre, qui représente une main sur laquelle grimpent des femmes nues[294]. L'espace n'est pas très ample. Il n'est pas du tout médicalisé. Les fauteuils sont en cuir noir avec un design particulier (il les a conçus lui-même). Dans une porte revue, les magazines : « Dermatology times »[295], « Personae », « Expansion », « Shopping Df ». Au rez-de-chaussée il y a deux salles de consultation (du docteur Garcia et de son associé) et une salle d'examen. La décoration de la clinique est années 90, avec des influences « *new age* ».

Couloirs. Le couloir extérieur qui amène au centre de bien-être est décoré avec des bambous, des statues de buddhas, des statues de corps de femmes en métal et en pierre, des figurines chinoises. Dans les couloirs intérieurs des statues d'anges sont omniprésentes, des bougies, des croix et des images religieuses aussi. Des représentations de mains (sculptées, dessinées) aussi accrochées aux murs (salle de consultation, escaliers).[296] Aux murs il y a des carrelages colorés qui uniformisent l'ambiance dans les étages.

Salle de consultation. La salle de consultation est assez obscure. Posées dans l'environnement il y a différentes statues en fer et en bois (représentant une femme et un homme accroupis qui paraissent souffrants). Il y a aussi différents bibelots : un récipient rempli d'eau et des pierres de couleurs, des photographies du chirurgien avec sa famille et sa fille. Des piles de documents entreposés les uns sur les autres. Sur le mur derrière le praticien central il y a le dessin de la statue de la main qui était à l'entrée (avec les femmes nues qui grimpent dessus) entouré d'un cadre rouge épais, sur le côté (marginaux) sont accrochés les diplômes, à coté une série de mains sculptées en bois.

Salle d'examen. La salle d'examen (où le chirurgien examine le corps du patient), est littéralement tapissée de diplômes aux murs. Il y a un fauteuil (de type dentiste) où s'assoit le patient, avec des lumières chirurgicales. Des documents sont posés dans un coin. Il y a une balance médicale, un petit miroir rond. Les médicaments liquides sont mis dans des flacons coloriés à forme d'alambiques ou de contenants de parfums (qui me rappellent des potions magiques). Les étagères sont soutenues par des statuettes d'anges et soutiennent des statues en bois (représentant un homme recroquevillé, un bouddha) et des bougies. Sur le lavabo il y a aussi

[293] Ce chirurgien est également formé en cosmétologie (cosmiatría) et à l'utilisation des lasers dermatologiques et des thérapies cellulaires.

[294] La statue, inspirée par un dessin du docteur Garcia, s'intitule « El rehacerdor de cuerpos » (Le refaiseurs de corps).

[295] Dans cette revue je trouve des articles sur la beauté mais aussi sur le bien-être et l'homéopathie.

[296] Le symbole des mains a très probablement des fonctions apotropaïques. Ce point sera développé plus loin.

des bougies. Deux anges en bois qui soutiennent une étagère sont plus grands que les autres et attirent mon attention. Le docteur Garcia me fait noter que les visages des anges rappellent son visage et celui de son anesthésiste,[297] il les a lui-même taillés. On rejoint l'étage par un ample escalier en colimaçon. Comme décoration il y a une main qui se tend vers le ciel (de type religieux), des bougies et encore des bibelots d'anges.

Bloc opératoire. À l'étage, nous trouvons d'un côté le bloc opératoire. La porte est blanche. L'espace intérieur et extérieur communiquent visuellement par un carré de verre. J'ai l'impression que tout est plus « simplifié » qu'à l'hôpital (réduit en dimensions), mais la machine d'anesthésie est similaire. Le chirurgien me raconte qu'auparavant la table d'opération était « très exotique », elle descendait directement du plafond et elle était de couleurs rose et noir. Il y avait des enceintes de musique dans le bloc. « Maintenant — il poursuit — à cause de l'influence des médias et des autorités, les choses ont changé, nous avons dû nous actualiser aux critères actuels, et remodeler la structure sur la base de quelque chose que se voie plus normal et ainsi ressembler plus à une institution, quelque chose plus pareille qu'à l'hôpital ». Depuis, le bloc opératoire a des murs bleu clair « totalement recouverts d'une solution antibactérienne transparente », spécifie. Au bloc la lumière est artificielle, avec des spots blancs. En face du bloc il y a une « salle des médicaments », où le personnel médical trouve les produits nécessaires à l'intervention. Au mur trône une image de Jésus Christ[298]. La pharmacie est au grenier (il faut monter des escaliers).

Chambres de convalescence. Sur le même étage nous trouvons des chambres de convalescence. Les lits sont des civières mais « déguisées » avec des couvertures de couleurs. L'ambiance est détendue, familière, avec de la lumière naturelle. Derrière la tête du patient, sont accrochés au mur les instruments d'auscultation (stéthoscope, instrument pour mensurer la pression). Sur les parois latérales des chambres (visibles au patient) des peintures illuminées par des spots de couleurs fluorescents représentant de paysages abstraits, des planètes dans l'espace.

Autres salles. Le local de stérilisation et le local poubelles sont à l'étage en dessous, derrière le centre de bien-être. Ce dernier se situe sur l'arrière, dans une dépendance du bâtiment, ici les salles sont illuminées avec la lumière naturelle. »

[Description de la clinique du Dr Garcia, Mexico, Mexique, 2013-2016]

LE BÂTIMENT-CLINIQUE DU Dr BUENAVENTURA

Dans les années 80, la première clinique du Dr Buenaventura se situait dans le centre-ville de Tijuana. Peu après, au vu des trafiques de drogue et prostitution qui avaient lieu dans ce quartier, il a déménagé dans la zone financière, en pleine expansion début des années 90.

Quartier: Les alentour de la clinique sont un peu désolés. On se situe dans une zone commerciale et financière, sans habitations apparentes. Des avenues très amples avec beaucoup de trafique qui emmène vers les États Unis, des parkings, des hangars, des grands supermarchés, des banques, un centre commercial plutôt bas de gamme. Un marché couvert et un cirque sont à proximité. On aperçoit le caractère dégradé de Tijuana. Devant la clinique on trouve des panneaux publicitaires des services du centre de bien-être de la clinique Buenaventura, qui est un service additionnel à la chirurgie esthétique.

Le bâtiment. Le bâtiment est une tour qui héberge des services administratifs et des cabinets médicaux, mais le Dr Buenaventura est le seul chirurgien dans le bâtiment qui possède plusieurs étages et un bloc opératoire. Il a créé la clinique dans les années 90[299] achetant progressivement les étages sans réussir pour autant à les acheter tous. Ainsi, la clinique est « éclatée » sur plusieurs niveaux de l'immeuble (entre les locaux d'une agence d'assurance et d'un cabinet d'avocat, un cabinet dentaire, un cabinet de gastroentérologie et un médecin interniste). Les quatre étages concernent : le rez-de-chaussée (avec accueil, salles de consultation et d'examen, centre de bien-être), le deuxième niveau (avec bloc opératoire, salle de réveil, chambres

[297] Ces figures d'anges rappellent les anges chérubins (*querubines*), masques traditionnelles mexicaines, représentantes des visages d'anges avec des très grosses joues, avec des ailes sur les côtés. Le fait qu'ils rappellent son visage et celui de son anesthésiste peut signifier une fonction propitiatoire de ces statues vis-à-vis du déroulement opératoire.

[298] Au Mexique les chrétiens sont une religion différente que les catholiques. Ils s'appellent *cristianos*, et leur divinité principale est Jésus Christ. Le chirurgien Garcia fait partie de cette religion.

[299] Ce praticien gère maintenant entre 25 et 35 salariés, entre administrateurs, comptables, secrétaires, conseillères, infirmières, experts, responsable de relations publiques, esthéticiennes et masseuses, pharmaciens et femmes de ménage.

hiperbariques), le troisième niveau (avec les bureaux administratifs et les salles de réception téléphonique) et le quatrième niveau est le *penthouse*[300] — PH — (avec les chambres de convalescence, un *living room* et une terrasse panoramique). Un ascenseur et des escaliers relient les six étages de l'immeuble. Toute la clinique a été conçue par deux architectes. Ces derniers ont choisi un style « chaleureux »[301].

Entrée et accueil : À l'entrée on se trouve directement à l'accueil qui fait fonction de salle d'attente. Il y a des canapés rouges, des chaises en bois, des fleurs posées sur la table. Le style est familial et chaleureux. La lumière naturelle rentre par des grandes baies vitrées, une musique apaisante résonne dans l'air. Les couleurs prédominants sont le marron et le blanc. Le banc d'accueil est large, une partie est en marbre. Deux secrétaires accueillent derrière ce bureau. Une s'occupe des rendez-vous avec le Dr B. pour la chirurgie esthétique, l'autre pour le SPA. Ici les patients paient les services à l'avance (en liquide, dollars américains). Derrière le bureau d'accueil sont accrochées des images évocatrices, telles les trois grâces de *la Primavera* de Botticelli. Sur le comptoir une image du Saint Michel (apotropaïque ?), un porte stylo personnalisé avec une phrase conçue par le Dr B. (« face aux mauvais temps, Buenaventura »), ses cartes de visite (représentant le Dr Buenaventura et les chambres hiperbariques).

Salle de consultation : Ici il n'y a pas de lumière naturelle, car on est au cœur de l'étage. Le style de la salle est en lien avec celui de l'accueil. Le bureau est en marbre, arrondi. Par-dessus le bureau un petit miroir, des prothèses mammaires (pour montrer aux candidats). Du côté du docteur nous trouvons un grand fauteuil noir à roulettes. Les patients peuvent s'installer sur deux chaises en métal et cuir noir. Derrière le docteur il y a des étagères en bois clair et par-dessus quelque bibelot, un en forme de cheval arrondi. Des peintures de fleurs sont accrochées aux murs, tandis que de fleurs sèches font fonction de décoration dans un coin. Des classeurs noirs avec des photographies avant-après des patients sont posés derrière le docteur. La conseillère qui mène également des consultations, se sert d'une tablette pour montrer les photographies d'avant et après des patients. Derrière les candidats, un petit autel personnel où le docteur expose les photographies de famille et ses passions, telles une gravure d'un homme en parapente et une motocyclette. Un mannequin est présent, et il porte des pansements transparents. Cet exemple sert à montrer aux patients les emplacements des pansements, lesquels doivent être appliqués dans le post-opératoire afin d'accélérer le processus de cicatrisation.

Salles d'examen pré et post-opératoire et injections : La clinique prévoit trois salles d'examen. Ici l'on mène la visite physique que ce soit lors du moment pré-opératoire (consultation) que post opératoire (changement des pansements). Dans la salle d'examen on fait aussi les injections au visage (botox, Juverderm). Le patient s'assoit sur un grand fauteuil noir, médicalisé mais confortable (qui peut changer d'inclinaison car électrique). Ici la lumière est artificielle, mais la musique calme résonne comme dans la salle d'attente. Un miroir long est présent. La décoration est minimaliste, mais chaleureuse, avec des étagères en bois, une petite plante, à l'instar de la salle de consultation. Les médicaments sont rangés dans les tiroirs.

L'étage médicalisé (bloc opératoire et chambre hiperbarique) : Ici se déroulent les opérations et les traitements de chambre hiperbarique à l'oxygène pressurisé. À l'entrée de l'étage est gravé dans la porte vitrée le symbole de la clinique, un corps de femme dans le cercle de l'homme de Vitruve, inspiré par un dessin de Leonardo da Vinci. L'ambiance est « médicalisée », très éclairée à la fois par la lumière artificielle que par des grandes baies vitrées. Il y a des plantes vertes. À gauche est le bloc opératoire (actif uniquement le matin tôt, de 5 à 9 heures). Le bloc est réduit, les fenêtres donnent sur l'extérieur, avec un rideau gris à peine transparent. Les portes du bloc son automatiques, elles séparent la zone « grise » (moyennement stérile) de celle « blanche » (la plus stérile). Ici l'ambiance est aseptisée, les couleurs sont froids, tel l'hôpital. Il y a une zone de stérilisation appelée « *ceye* ». Hors de la zone du bloc, il y a deux « salles de réveil »[302]. Dans chacune il y a un lit avec des couvertures de couleurs. Les murs de ces salles sont jaunes, avec une peinture accrochée au mur, avec de fleurs orange très vivante.

Le centre hiperbarique se trouve au même étage. Ici l'ambiance est très lumineuse, les chambres hiperbariques sont imposantes, très volumineuses. Elles consistent dans des cylindres de verre extrêmement monitorés où le patient s'allonge pour bénéficier des traitements. La chambre hiperbarique rappelle les incubatrices de l'hôpital pour les nouveaux nés prématurés en version adulte. Ici, règne le calme. Le patient récemment opéré peut regarder la télévision dans la chambre hiperbarique pendant que les techniciens continuent de vérifier les valeurs. Le design des chambres hiperbariques est assez futuriste, arrondi, transparent. Des techniciens et des infirmières spécialisées surveillent ces apparats car extrêmement dangereux (l'oxygène

[300] Par *penthouse* on entend un appartement ou une suite d'hôtel haut de gamme situé au dernier étage d'un immeuble ou d'une grande terrasse et d'un jardin de toiture aménagée, avec une vue panoramique urbaine privilégiée.

[301] Le Dr Buenaventura a choisi les mêmes architectes qui ont conçu sa maison à San Diego, Californie.

[302] On parle de salle de réveil post-opératoire, les salles où le patient attend de se réveiller de l'anesthésie.

est une matière hautement inflammable). Leurs diplômes sont accrochés aux murs. Sur une étagère nous pouvons voir un remerciement officiel des pompiers de Tijuana au Dr Buenaventura pour le service rendu à leur corporation, sous forme de diplôme et d'un gant incisé du nom du chirurgien. aussi mises au service du club de football féminin de Tijuana « *Las Xoloisquintlas* ».

Le cabinet administratif. Les bureaux administratifs hébergent l'administratrice générale et l'experte-comptable de la clinique. Vu que ces bureaux hébergent uniquement les administratrices, il n'y a pas nécessité qu'ils soient conçus avec la même esthétique de la clinique, ni qu'ils soient médicalisés. Cela me laisse présager que l'investissement sur l'espace esthétique est principalement fonctionnel à la suggestivité qui vise le patient et les espaces qu'il fréquente.

Le cabinet des conseillères téléphoniques : Ce sont des bureaux lambda, néanmoins personnalisés et décorés avec certaines références spirituelles. Une secrétaire est proche du bouddhisme. Elle a affiché des images du Buddha et des guirlandes de couleurs. Les meubles sont en bois. Les bureaux sont arrondis. Les ordinateurs sont marque Apple. Au mur il y a un grand tableau blanc avec les rendez-vous chirurgicaux à noter dans l'agenda de la clinique (date, nom de la personne, type d'intervention, son numéro de téléphone). Un schéma affiché en guise de rappel pour les conseillères, pour communiquer aux patients *l'iter* qu'ils doivent suivre en cas de chirurgie bariatrique.

La salle à manger du personnel (femmes de ménage, infirmières, conseillères, administration, secrétaire, personnel du centre de bien-être), se situe sur le même étage. À l'entrée il y a une machine à pointer pour les entrées et les sorties du personnel (début et fin de service). Il y a aussi un appareil pour la même fonction mais avec la reconnaissance de la rétine. Il y a une table blanche simple avec une télévision suspendue au mur. L'ambiance est assez épurée, rangée, propre fonctionnelle. Rien de chaleureux ne dégage de cet espace, qui est conçu pour le repas, sans plus. Des cadres sont affichés et beaucoup de mots motivationnels sont épinglés sur un tableau. Ici on trouve aussi des mots signés par le Dr Buenaventura demandant ponctualité et bonne humeur. Il rappelle par écrit les objectifs à atteindre en tant qu'équipe.

Le penthouse : Au tout dernier étage de la clinique se trouvent les chambres de convalescence des patients et le studio où dort le Dr Buenaventura « Cet étage il était déjà fait [était un studio d'avocats] nous lui avons donné une petite rénovation, nous l'avons conditionné pour qu'il fonctionne comme un petit hôtel », affirme l'architecte de la clinque. Le penthouse s'ouvre avec une décoration en accord avec l'accueil et les salles de consultation (cet étage est projeté par les mêmes architectes que le rez-de-chaussée). On peut décrire l'ambiance comme étant hybride entre celle d'un hôtel et celle d'un chalet de montagne, avec quelques éléments qui rappellent qu'il s'agit d'une clinique. Nous trouvons un mini *living room* juste à l'entrée, avec un canapé, des chaises et des fleurs sur la table. Il y a le poste de l'infirmière qui est censée veiller sur les patients en convalescence (où elle range les médicaments, remplit les dossiers, note les évolutions des pansements). On poursuit tout au long d'un couloir. Les murs sont peints en blanc, il y a du parquet en bois. Sur les côtes s'ouvrent les chambres, les portes sont en bois clair. En guise de décoration il y a des plantes séchées, des peintures de fleurs aux murs. Toujours à l'étage du penthouse y a une petite cuisine, uniquement accessible pour le personnel. Ici il y a un four microonde, de la vaisselle, des petites bouteilles d'eau à donner aux patients. Cette salle sert aussi de lieu de stockage de certains médicaments. Les chambres donnent une impression très chaleureuse. Les murs sont en bois, certaines avec des fenêtres, d'autres avec des mosaïques de couleurs. Chaque chambre héberge un lit individuel avec un mini frigo et une télévision.[303] Certains éléments rappellent qu'il s'agit de chambres médicales. Dans les chambres il y a un porte perfusion, le lit est une civière médicalisée, mais avec des matelas très confortables et les couvertures très douces. La température des chambres est contrôlée grâce à un thermostat.

Il y a trois salles de bain pour quatre chambres en tout. Le carrelage est noir, il y a des plantes en plastique, des savons désinfectants (spéciaux pour prendre la douche préopératoire). Dans la douche il y a un escabeau pour s'asseoir quand c'est impossible de se tenir débout (dans le post-opératoire de lipo-lipe,[304] par exemple). Le seul miroir est celui de la salle de bain, mais il ne permet pas de regarder tout le corps. Il n'y a pas de miroirs dans les chambres de convalescence.

Le salon se trouve au fond du penthouse. Ici ont lieu des réunions entre l'équipe de la clinique mais aussi des cours avec les étudiants de l'université (gynécologie, chirurgie générale) donnés par des collègues du Dr Buenaventura, avec lesquels il opère. Le salon est un lieu très agréable, dans le même style que le cabinet de consultation. Le sol et les étagères sont en bois clair, il y a des bibelots comme dans la salle de consultation.

[303] La clinique ne propose pas le service de cuisine, mais fournit des adresses téléphoniques pour que le patient puisse commander son repas par livraison.

[304] Par « lipo-lipe » on entend une liposuccion associée avec une lipectomie (enlèvement de la peau flasque du ventre). C'est une des spécialisations du Dr Buenaventura.

Plusieurs fauteuils et canapés sont disposés dans l'espace. Il y a un grand écran télé et un écran de présentation. La porte-fenêtre du salon s'ouvre sur une terrasse. Celle-ci donne sur une vue sur la place et la ville. Elle est très grande avec le sol en carrelage, il y a une table et deux chaises, des nombreux pots de plantes de palmier. Des chambres donnent directement sur la terrasse.

La chambre du docteur Buenaventura : A côté du penthouse il y a le studio du Dr B. où il dort, il se repose et il étudie le droit et l'éthique médicale.[305]- La fenêtre est une baie vitrée qui donne sur la partie arrière de la clinique. Il y a un grand lit, au-dessus du lit une grande croix latine. En face du lit une télévision géante à écran plat. Un meuble avec le haut de marbre à tiroirs, des tiroirs médicaux. Un four microondes. Au-dessus de son bureau sont affichées des photographies et des notes prises pendant son cours de droit[306]. Une armoire. Dans un coin de son bureau il y a son autel propitiatoire. C'est un grand œil turc[307] et sur cet œil sont posés différents objets : une médaille des alcooliques anonymes, une pierre pour l'argent, une pierre pour la santé, au milieu un cône d'encense[308].

Le centre de bien-être (appelé SPA) : Ici on propose tous les types de traitements classiques, des massages à l'huile mais aussi des traitements avec des apparats médicaux (dermabrasion, radiofrequence ou liposuccion ultrasonique). Ces traitements sont proposés comme des compléments pour aider une bonne cicatrisation et l'évacuation de liquides et sérosités qui peuvent stagner après une intervention.[309] Le centre de bien-être est un espace annexe à la salle de consultation et d'examen, le propriétaire est toujours le Dr Buenaventura qui se fait assister dans la gestion du SPA par une responsable, Maria, qui travaillé à l'accueil.

Sur le comptoir du SPA sont exposées des photographies que Maria a prises avec les VIP qui ont fait des traitements ici tout au long des derniers années, notamment la chanteuse Jenni Rivera[310]. Dans le SPA nous rentrons de suite dans une atmosphère extrêmement suggestive. Des parfums d'huiles essentiels sont diffusés dans l'air. La lumière est extrêmement tamisée, nous sommes presque dans l'obscurité. Des fausses bougies électriques illuminent l'ambiance, de type lanternes orientalisant. Aux murs sont affichées des images de plantes. La musique douce est diffusée dans tout l'espace du SPA.[311] Le sentiment de dépaysement est total. Le plafond à pavés donne l'impression d'être dans une maison de campagne. Le SPA se développe en longeant un couloir à partir duquel s'ouvrent sur les côtés des salles où se trouvent des lits de massage et les appareils. Sur les lits sont posées des serviettes blanches propres.

CABINET PRIVÉ DU Dr GRUBERS

« Mon rendez-vous avec le Dr Grubers a eu lieu le 1-3-2012 à 10 heures. Son studio se situe dans une grande allée de la ville de Strasbourg, dans un bâtiment historique et ancien. En rentrant son studio paraît structuré selon le style de l'art nouveau, à la fois les espaces que la décoration. Cet espace donne une impression classique, et simple, épurée. Les murs de l'entrée et de la salle d'attente du studio sont bleu clair, par terre il y a du parquet.

L'entrée est un couloir, la salle d'attente se situe à gauche de l'entrée. Poursuivant on rencontre le bureau de la secrétaire du médecin (en ce jour absente), ce bureau noir avec posé dessus un téléphone, une lampe, des clefs et des feuilles.

---

[305] Il fait de sa chambre son mini-appartement après son divorce. Sa résidence est à San Diego, de « l'autre côté » de la frontière mais, les dernières années, il est devenu tellement compliqué de faire des allers-retours, qu'il préfère vivre au cœur de sa clinique. Une femme de ménage de la clinique cuisine pour lui des petits plats (tartines au thon).

[306]Le Dr Buenaventura suit un cours de droit médical à distance.

[307] Cet objet est connu pour être un objet qui repousse le mauvais-œil, d'origine moyen orientale il est désormais diffusé dans le monde entier.

[308] Le Dr Buenaventura m'a dit que, chaque jour, il prend les pierres dont il sent le besoin et il les met dans la poche de sa blouse blanche, les portant avec lui toute la journée.

[309] Il y a différentes options de « paquets » pour les traitements SPA, qui ne sont pas inclus dans le forfait de la chirurgie. Le plus cher coûte 53.000 pesos (2.046 euros). Ici tous les travailleurs sont formés à traiter avec un corps en convalescence. En complément des traitements ils offrent à la vente de produits cosmétiques faits par une entreprise locale.

[310] L'image publique du Dr Buenaventura a bénéficié beaucoup de l'influence médiatique de la star de la chanson de *banda* Jenni Rivera. Elle est apparue plusieurs fois à la télévision avec le Dr Buenaventura. affirmant publiquement qu'il était son chirurgien esthétique. Jenni Rivera était étasunienne mais née de migrants mexicains ; elle est devenue emblématique de la population migrante latine aux USA et des mères célibataires. Elle meurt tragiquement en 2012.

[311] Les patients sont invités à se déshabiller dans un vestiaire, dresser des pantoufles, et s'entourer dans une serviette. Attendant d'être prises en charge se posent dans une salle d'attente, où la responsable de SPA leur sert un verre de vin rouge de la région.

La salle d'attente présente des murs bleu clair, avec du parquet, deux grandes fenêtres avec des rideaux bleu et blancs et deux statues de silhouettes féminines. Les revues présentes en salle d'attente sont «Femina» , «Team» , «Point Éco» , «Naturactive» , «Science et Avenir» , «Le Figaro Magazine » , «L'Express styles emprintes» . Il y a un poster de la société des chirurgiens-plasticiens qui dit « avant de toucher à mon capital beauté je me suis renseignée... www.ma-beauté.info» Les papiers affichés en salle d'attente, disaient : «Les honoraires de votre médecin le Docteur Grubers. Médecin conventionné autorisé à pratiquer des honoraires supérieures à ceux fixés par la convention (…) »
La décoration est composée par des statues orientales, une déesse hindoue. J'ai noté également des fossiles, des pierre lumineuses qui rappellent une ambiance «new age» , un mortier, un grand coquillage, un pot de verre de médecin, un petit mappemonde, des fleurs blanches de corail, une toile hindoue avec une représentation d'un éléphant qui porte un homme au-dessus et des personnes qui dansent au-dessous.
Plus loin à gauche il y a l'entrée de la salle de consultation du médecin, par laquelle on accède à la salle d'examen où le médecin fait des opérations en anesthésie locale ou contrôle les pansements etc. À droite du couloir on trouve un petit espace avec des meubles à tiroirs où le docteur organise ses papiers.
L'ambiance dans le studio est donnée par une musique classique qui se propage dans l'air. Le Dr Grubers vient m'accueillir avec une chemise verte de chirurgien, il me tend la main et il me fait rentrer dans la salle de consultation. Derrière son bureau, au fond sur le mur, sont accrochés ses certificats. L'ambiance est art nouveau, minimaliste, avec des peintures de Klimt. La musique classique résonne dans la salle. Les murs sont blancs et le sol est bleu. Dans la salle des pansements on trouve un petit lit et une simple armoire. »

[Extrait du cahier de terrain, auprès du Dr Grubers, Strasbourg, France 2012]

CABINET PRIVÉ DU Dr BALASKO

« Dans la **salle d'attente** il y a huit chaises en cuir noir et fer, positionnées sur les côtés des murs. Un pot de lierre est posé en bas de deux grandes fenêtres avec des rideaux orange clair. Au milieu de la salle il y a une table baisse noire en bois et sur la table sont posées des revues à consulter (Marie Claire, Art&Décoration, Elle, Beaux Arts, Figaro).
Au-dessous de la table un tapis oriental marron et bleu.
Au coin de la salle est posé un buste de statue classique, sans bras, représentant une jeune femme avec les seins mi- couverts par une toile, elle se regarde le corps qui apporte des cicatrices sanglantes.
Sur un mur sont affichées des peintures. L'une représente des bustes acéphales et sans bras de différents couleurs en style pop. Une autre représente différentes portes (4) desquelles on entre-voit deux hommes habillés, une femme nue, une femme habillée et enfin des yeux qui entourent la scène). Dans la salle il y a un système de climatisation (pas encore active, il ne fait pas encore chaud). Le sol est un parquet lustré à la cire.
Sur les murs ils sont affichés des feuilles (3, tapées à la machine à écrire) expliquant les limites de la chirurgie esthétique, des certifications par rapport à la compagnie qui contrôle la sécurité des opérations, les tarifs. »
[Extrait du cahier de terrain, auprès du Dr Balasko, Strasbourg, France, 2012]

UNE CLINIQUE PRIVÉE DANS LE CENTRE-VILLE de PARIS

« Voici le descriptif de la clinique où opère le Dr Singer, dans le centre-ville de Paris. Ici le praticien vient uniquement pour opérer et visiter les patients juste avant qu'ils ne repartent à la maison. Cette clinique loue des blocs opératoires et des chambres de convalescence à plusieurs types de chirurgiens.
Le quartier est élégant, aisé. Des femmes promènent les chiens en laisse, les enfants bougent

seuls dans les rues, il y a des hommes en costard cravate. Les rues sont propres, il n'y a pas beaucoup de commerces. Les immeubles sont en pierre, historiques. Nous sommes près des endroits touristiques (tour Eiffel, musées). Il y a un magasin d'antiquité, un dépôt-vente de luxe, des pharmacies (qui vendent cosmétiques), des salons d'esthétique. Hors la clinique circulent des camionnettes de « mission vigipirate », elles font le tour du quartier. Un groupe de trois militaires se promènent avec une mitraille à la main et un bonnet vert.

Le bâtiment de la clinique est ancien, ressemble à un petit château, la façade est en pierre claire, situé dans une cour à l'abris du bruit des avenues, dans une ambiance paisible. Sur la façade nous trouvons des statues de femmes de type caryatides. L'entrée dans le bâtiment se fait par une cour intérieure. L'intérieur est chauffé et on est à l'aise.

À l'accueil de la clinique, deux secrétaires sont assises derrière un comptoir (l'une de 25-30 ans, l'autre plus jeune, je suppose être une jeune stagiaire). Celle plus grande est assez soignée, avec lunettes et cheveux ondulées. Elles s'occupent de faire le dossier des patients. L'une est habillée en blouse blanche et l'autre non.

Sur la droite nous trouvons l'espace d' « **Admission** ». Ici les secrétaires conviennent avec le chirurgien et les familles les détails autour de l'hébergement post-opératoire de la patiente. À gauche il y a deux **salles d'attente**, avec des fenêtres et des plantes. Je m'assois dans la première salle d'attente. 15 chaises disposés tout au long des murs, en bois, unies les unes aux autres. Les personnes ainsi sont disposés les unes en face des autres. L'ambiance me rappelle celui d'une clinique médicale, un hôpital. Cette clinique n'est pas luxueuse, malgré le quartier dans lequel elle se trouve. Le sol est en pierre. Les murs sont de couleur beige clair. Il y a des grandes fenêtres qui donnent sur le dehors, incluant l'espace vert du jardin. On est au rez-de-chaussée surélevé. La lumière est au néon. Un écran de télévision est accroché au mur, mais éteint. Une horloge simple est accrochée au mur. Il y a des peintures représentant des pots de couleur marron et gris clair pleins de riz et d'eau, une femme avec un chapeau asiatique avec une longue tresse et une robe blanche. D'autres peintures représentent des personnes qui jouent des instruments d'orchestre, violon et violoncelle, mais ils ont le visage noir. L'effet est de mouvement. Comme dans un hôpital, nous trouvons des affiches accrochées au mur qui se réfèrent à des enjeux médicaux, techniques : « Bien vous identifier pour mieux vous soigner » ; « Mission main propres » ; Une feuille de rappel pour compléter le feuillet de l'anesthésie ; un flyer autour de la « Commission de relation avec les usagers ». Un message de l'admission :« Nous vous souhaitons un agréable séjour, le service d'admission ». Il y a aussi une borne pour mettre à jour la carte vitale.

Au centre de la salle d'attente il y a une table de verre et de fer noir pour les magazines. « La Gazette Drouot », « Paris observatoire », « le Nouvel Observateur », « Femme actuelle », « Gala » ; « Vanity Fair », « Obsession », « Elle », « Vogue » (dossier «Le bel âge » sur la médecine esthétique)/ Des flyers de CEW.[312]

On entend un enfant qui pleure.

A côté il y a une étagère transparente de plexiglas avec des info médicales. Affiche « Semaine de la sécurité des patients », « Composition de la CRUQ, Commission de la Relation Qualité de la prise en charge (…) La liste des responsables de cette commission. Pour toute contestation ou réclamations s'adresser aux contacts : Directeur de l'établissement clinique X, Référent interne sur les relations avec les usagers ».

Les **chambres de « repos »** se trouvent à l'étage. On peut visualiser les espaces sur le site internet aussi. Le service de location de chambres est présenté comme un service d'hôtellerie. Ici les patients peuvent choisir les différentes formules, en chambre avec lit simple ou partagé avec un autre patient ou un accompagnant. La clinique présente cet espace comme « agréable, confortable et nous y apportons le plus grand soin. Une équipe hôtelière est à votre disposition tout au long de votre séjour ». Les chambres médicalisées, les murs sont blancs, le sol est en linoléum, la lumière est blanche, le lit est une civière avec les draps blancs. Au-dessus du lit il y a une lumière au néon et une tringle pour se lever. Les éléments médicaux ne sont pas « déguisés » ou « cachés ». Il y a une petite commode blanche. Les seules touches de couleur ce sont un rideau rouge et une petite plante d'orchidée. Un écran de télévision est accroché au mur.

Cette clinique propose des services « spéciales » pour les patients de l'esthétique, comme la

[312] www.cew.asso.fr Cosmetic Executive Women. Le CEW est le 1er réseau international des professionnels de la beauté. Il rassemble aujourd'hui 10 500 membres regroupés dans 3 associations : CEW US, CEW UK et CEW France.

clinique « Classe privilège » pour les « Actes non conventionnés, esthétique ». Cela se traduit en une chambre individuelle avec fauteuil, coffre-fort, télévision, téléphone, wifi et coupon presse, salle de bain et toilettes privatives avec la mise à disposition de linge de toilette, (peignoir, serviettes, draps et tapis de bain) un set de toilettes (chaussons, bonnet de douche, verre à dents etc.), des produits cosmétiques de la marque Algotherm, un plateau de courtoisie comprenant une machine à café Nespresso, avec dosettes et une bouilloire avec sachets de thé.»

[Extraits du cahier de terrain, descriptif de la clinique privée où opère le Dr Singer, Paris, XVIe arrondissement, France, 2014]

Annexe 5
Prothèses PIP : chronique d'un scandale

Voici le descriptif chronologique du scandale sanitaire des prothèses PIP qui a eu un rétentissement mondial. Cette chronologie est issue d'un article du journal Le Monde : « Prothèses mammaires PIP : chronologie d'un scandale » (18/1/2012)

« Les principales étapes de l'affaire, de l'interdiction de la vente des implants de la société française PIP, prononcée en mars 2010 par l'Afssaps, jusqu'aux recommandations faites par plusieurs pays de retirer ces prothèses.

2010

30 mars : l'Agence de sécurité sanitaire (Afssaps) annonce le retrait du marché des implants mammaires PIP, en raison d'un taux anormal de ruptures et de l'utilisation d'un gel "différent de celui déclaré lors de la mise sur le marché". Les porteuses sont appelées à consulter leur chirurgien. Le même jour, l'entreprise PIP, qui fut le 3e exportateur mondial de prothèses, est placée en liquidation judiciaire.

Avril-juillet : le parquet de Marseille ouvre une enquête préliminaire pour "tromperie aggravée et mise en danger de la vie d'autrui". Premières plaintes au civil, dont celles, déposée à Marseille, de plus de 500 membres de l'association des Porteuses de prothèses PIP (PPP). L'assureur de PIP, Allianz, dépose lui aussi un recours en justice (lire notre article en édition Abonnés).

28-29 septembre : l'Afssaps recommande un renforcement de la surveillance et le retrait des prothèses en cas de suspicion de rupture. Le ministère de la santé annonce la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux, ainsi que le remplacement des implants s'il s'agit de reconstruction mammaire après un cancer.

19 novembre : plainte de l'association PPP contre l'organisme de certification allemand TÜV Rheinland, qui avait certifié le gel utilisé par PIP. Un peu plus tard, des distributeurs des prothèses lanceront à leur tour une action en justice contre TÜV.

2011 : DÉCÈS SUSPECTS ET INTERNATIONALISATION DU SCANDALE

21 novembre : premier signalement, à Marseille, du décès d'une femme ayant développé un lymphome (cancer) après la rupture de ses prothèses PIP.

8 décembre : ouverture à Marseille de la première information judiciaire contre X pour blessures et homicide involontaires. Celle-ci fait suite au dépôt de plainte de la mère d'une porteuse de prothèses PIP, décédée d'un cancer, en 2010, dans le Gers. Le même jour est mis en place un comité de suivi, réunissant autorités sanitaires, professionnels de santé, sociétés savantes, associations de patients.

23 décembre : les autorités françaises recommandent aux porteuses de se faire retirer leurs prothèses à titre préventif, après que huit cas de cancers ont été signalés. Elles invoquent des "risques bien établis "de "ruptures" et de "réactions inflammatoires". Le Brésil invite les 25 000 porteuses de prothèses PIP du pays à consulter leurs médecins. La Finlande et l'Italie préconisent également une surveillance.

24 décembre : la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) annonce qu'elle va porter plainte au pénal "pour tromperie aggravée et escroquerie".

27 décembre : les autorités sanitaires américaines (FDA) font état de "graves violations" dans le processus de fabrication constatées dès 2000, à la suite d'une inspection de ses enquêteurs dans l'usine de PIP. Le Venezuela propose le retrait gratuit des implants défectueux.

28 décembre : l'avocat de quatre porteuses de prothèses PIP annonce qu'il va engager un recours au civil contre l'organisme allemand TÜV, mais aussi contre les chirurgiens esthétiques de ces femmes pour "manquement à leur devoir d'information".

30 décembre : l'Afssaps annonce avoir enregistré vingt cas de cancer chez des femmes porteuses de prothèses PIP, mais qu'aucun lien de cause à effet n'a été pour l'instant établi. Le Brésil interdit la commercialisation des implants de la marque. La justice italienne, puis le Royaume-Uni, où 42 000 femmes sont concernées, lancent des enquêtes sur ces prothèses.

2012 : À LA RECHERCHE DES RESPONSABLES

2 janvier : le plus grand distributeur de produits chimiques au monde, l'Allemand Brenntag, admet avoir fourni du silicone industriel à PIP. L'avocat de PIP affirmait lui que les implants défectueux contenaient un gel alimentaire.

3 janvier : le ministre de la santé, Xavier Bertrand, indique avoir "demandé des enquêtes" à la Direction générale de la santé et à l'Afssaps pour déterminer si des défaillances dans les systèmes de contrôle avaient permis à PIP de commercialiser ses prothèses. Il se dit également favorable à l'enquête parlementaire demandée par une députée.

6 janvier : l'AFP révèle que le fondateur de PIP, Jean-Claude Mas, a reconnu en octobre lors d'un interrogatoire avoir produit et utilisé pour ses prothèses un gel non homologué, "moins cher [...] et de bien meilleure qualité". D'anciens salariés de la société varoise indiquent avoir aussi produit des prothèses pour hommes non conformes, essentiellement destinées à l'exportation.

10 janvier : des centaines de Sud-Américaines annoncent se porter partie civile dans l'information judiciaire ouverte à Marseille. Le lendemain, les Pays-Bas recommandent le retrait des implants, suivant l'exemple de la France et de l'Allemagne.

27 janvier : Jean-Claude Mas, le fondateur de la société PIP, est mis en examen pour "blessures involontaires". L'ancien dirigeant de l'entreprise varoise est laissé libre sous contrôle judiciaire avec l'obligation de verser une caution de 100 000 euros dans un délai d'un an. Le 9 février, le parquet de Marseille ouvre une enquête préliminaire pour banqueroute frauduleuse, abus de biens sociaux et organisation frauduleuse d'insolvabilité.

5 juillet : Jean-Claude Mas est de nouveau mis en examen, cette fois dans le volet financier de l'affaire, pour abus de biens sociaux, blanchiment et blanchiment de fraude fiscale. Claude Couty, ancien président du directoire de PIP, a été mis en examen deux jours plus tôt pour blanchiment de fraude fiscale, d'abus de bien sociaux et de tromperie ainsi que pour banqueroute.

2013 : VERS LE PROCÈS

22 mars : Le certificateur allemand TÜV Rheinland est assigné devant le tribunal de commerce de Toulon pour "manquement à ses obligations de certification et de contrôle" par plusieurs milliers de victimes et six distributeurs étrangers de PIP qui lui réclament au total plus de 50 millions d'euros de dédommagements. Le jugement est mis en délibéré au 7 octobre.

11 avril : La chambre d'instruction de la cour d'appel d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) infirme les ordonnances rendues fin janvier par la juge Annaïck Le Goff, chargée du volet ouvert pour "blessures involontaires" en décembre 2011 par le parquet de Marseille, qui écartaient de la procédure les femmes dont les prothèses enlevées ne présentaient pas de rupture. Cette décision ouvre la voie à l'indemnisation de plusieurs milliers de femmes s'étant fait retirer leurs prothèses PIP à titre préventif.

17 avril : ouverture du procès devant la 6e chambre du tribunal correctionnel de Marseille.

Retrouvez, en édition Abonnés, notre sélection d'articles sur cette affaire, dans notre dossier spécial "Implants PIP, un scandale mondial". »[313]

313 Voir : « Prothèses PIP chronologie d'un scandale » <https://www.lemonde.fr/societe/article/2012/01/18/les-grandes-dates-du-scandale-des-implants-pip_1625045_3224.html>, consulté le 20/10/2020.

Annexe 6
Prothèses macrotexturées : un énième scandale sanitaire

« L'ANSM décide, par mesure de précaution, de retirer du marché des implants mammaires macrotexturés et des implants mammaires à surface recouverte de polyuréthane - L'ANSM ne recommande pas d'explantation préventive pour les femmes porteuses de ces implants – Communiqué 04/04/2019

(…) Depuis 2011, 59 cas de lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés aux implants mammaires (LAGC-AIM) ont été déclarés en France. En 2017, le nombre de femmes portant des implants mammaires en France est estimé à 400 000.(…)

Cette mesure de précaution vise à interdire la mise sur le marché, la distribution et l'utilisation de ce type d'implants mammaires ainsi que leur retrait du marché en France. La décision de l'ANSM prend effet le 5 avril 2019.

L'ANSM rappelle sa recommandation d'utiliser de préférence des implants mammaires lisses en chirurgie esthétique ou reconstructrice.

Compte tenu de la rareté du risque de survenue de LAGC-AIM et de l'avis du CSST, l'ANSM ne recommande pas d'explantation préventive des implants macrotexturés et des implants à surface recouverte de polyuréthane.

Par ailleurs, comme recommandé par le CSST, l'ANSM tient à rappeler l'importance d'une information rigoureuse et complète auprès des femmes souhaitant la pose d'implants mammaires. La patiente et le chirurgien doivent discuter ensemble des avantages et inconvénients des différents implants disponibles et des techniques alternatives en chirurgie esthétique ou en reconstruction après un cancer du sein.

Un document mentionnant notamment l'identification de la surface de l'implant (lisse, micro texturée…), sa durée de vie limitée et l'éventuelle nécessité d'une ré-intervention qui en découle ainsi que le suivi médical, doit être remis à toutes les femmes avant la pose d'implants mammaires. (…)

L'ANSM maintient sa surveillance renforcée sur les implants mammaires et poursuit ses investigations. L'ANSM demande, comme le groupe d'experts du CSST, que le registre national des implants mammaires dont la création vient d'être approuvée soit mis en place rapidement. »[314]

314 Voir l'article : « L'ANSM décide, par mesure de précaution, de retirer du marché des implants mammaires macrotexturés et des implants mammaires à surface recouverte de polyuréthane - L'ANSM ne recommande pas d'explantation préventive pour les femmes porteuses de ces implants – Communiqué » : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/L-ANSM-decide-par-mesure-de-precaution-de-retirer-du-marche-des-implants-mammaires-macrotextures-et-des-implants-mammaires-a-surface-recouverte-de-polyurethane-L-ANSM-ne-recommande-pas-d-explantation-preventive-pour-les-femmes-porteuses-de-ces-implants-Communique> consulté le 3/2/2021.

Annexe 7
Photographies de terrain

Les illustrations figurent dans un volume annexe au manuscrit.

Eva CARPIGO

LES MAÎTRES DU PARAÎTRE

Anthropologie des chirurgiens esthétiques entre France et Mexique

Résumé

Ce travail d'anthropologie médicale et culturelle est issu d'une recherche qualitative sur les chirurgiens esthétiques qui a été réalisée en France et au Mexique de 2012 à 2019. Souvent, ces praticiens sont dépeints dans les médias comme des personnages malveillants. Dans cette thèse, nous étudions comment ces médecins répondent à leurs détracteurs et défendent la valeur sociale et thérapeutique de la chirurgie esthétique. L'anthropologie médicale nous fournit un outil théorique, celui de l'efficacité symbolique (Lévi-Strauss), qui nous permet de mieux saisir les logiques propres à cette pratique. Dans le cadre de ce travail, nous suivons ces spécialistes depuis leur parcours de formation jusqu'à leur installation « en ville ». L'ambiance de leurs cabinets, ces « temples de la beauté », est hautement particularisée, cet espace favorise une rencontre propice à la suggestion entre le chirurgien et le candidat à une opération. Néanmoins, le pouvoir de ces praticiens reste ambivalent, car si leur objectif est le façonnement d'humanité ou l'*anthropopoiésis* (Remotti), le spectre de l'insatisfaction et de l'abus de pouvoir peut faire basculer leur activité dans une destruction d'humanité ou *anthropokhatairesis*.

Discipline(s) / mots-clés : ethnographie, anthropologie médicale, anthropologie sociale et culturelle, anthropologie des soins esthétiques, chirurgie esthétique, médecine esthétique, chirurgiens esthétiques, opérateurs de beauté, efficacité symbolique, rituel, thérapeutique.

Résumé en anglais

This work in medical and cultural anthropology is the result of qualitative research on cosmetic surgeons that was carried out in France and Mexico from 2012 to 2019. Often, these practitioners are portrayed in the media as malicious characters. In this thesis, we study how these doctors respond to their detractors and defend the social and therapeutic value of cosmetic surgery. Medical Anthropology provides us with a theoretical tool, that of symbolic efficacy -efficacité symbolique- (Lévi-Strauss), which allows us to better understand the logics specific to this practice. As part of this work, we follow these specialists from their training course until they settle "in town". The atmosphere of their cabinets, these "temples of beauty", is highly distinctive. It is developed according to the tastes of the surgeon, but also as opposed to the hospital environment. These spaces promote a meeting conducive to suggestion between the surgeon and the candidate for an operation. Nonetheless, the power of these practitioners remains ambivalent, for if their goal is the shaping of humanity or *anthropopoiesis* (Remotti), the specter of dissatisfaction and abuse of power can tip their activity into destruction of humanity or *anthropokhatairesis*.

Discipline (s) / keywords: ethnography, medical anthropology, social and cultural anthropology, anthropology of aesthetic care, aesthetic surgery, aesthetic medicine, aesthetic surgeons, beauty operators, symbolic efficacy, ritual, therapy.