



HAL
open science

“Everybody did it, but no one talked about it”: The Disputed Cosmetic Work of the Plastic Surgeons

Yannick Le Hénaff

► **To cite this version:**

Yannick Le Hénaff. “Everybody did it, but no one talked about it”: The Disputed Cosmetic Work of the Plastic Surgeons. *Sociologie du Travail*, 2019, 61 (1), 10.4000/sdt.14555 . hal-02273859

HAL Id: hal-02273859

<https://hal.science/hal-02273859v1>

Submitted on 23 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



“Tout le monde le faisait, personne n’en parlait”. Le travail esthétique des chirurgiens plasticiens controversé

*“Everybody did it, but no one talked about it”: The Disputed Cosmetic Work of
the Plastic Surgeons*

Yannick Le Hénaff



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/sdt/14555>

DOI : 10.4000/sdt.14555

ISSN : 1777-5701

Éditeur

Association pour le développement de la sociologie du travail

Ce document vous est offert par Université de Rouen Normandie – Bibliothèque Universitaire



Référence électronique

Yannick Le Hénaff, « “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 | Janvier-Mars 2019, mis en ligne le 07 mars 2019, consulté le 23 mai 2024. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/14555> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sdt.14555>



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

« Tout le monde le faisait, personne n'en parlait ». Le travail esthétique des chirurgiens plasticiens controversé

*“Everybody did it, but no one talked about it”:
The Disputed Cosmetic Work of the Plastic Surgeons*

Yannick Le Hénaff

Résumé

Fort d'un corpus comptant près de 80 entretiens, des observations en situation et un travail d'archives, nous analysons l'évolution des conflits de légitimité chez les chirurgiens plasticiens, en nous intéressant particulièrement à la chirurgie et médecine esthétique. Ces deux activités, et la seconde en particulier, sont en effet déconsidérées dans le cadre de l'éthos professionnel des chirurgiens. Il s'agit ainsi de comprendre ces dynamiques de désignation et ces modalités de revalorisation au croisement des conflits inter- et intra-professionnels et des logiques de concurrence individuelle et professionnelle. Dans un premier temps, nous rendons compte des conditions ayant permis la revalorisation de la chirurgie esthétique, à l'intersection des logiques collectives (insertion sur le marché des chirurgiens nouvellement formés) et des carrières de ces professionnels. Si les plus réfractaires à la chirurgie esthétique exercent dans les services où celle-ci est minoritaire voire bannie, l'hypothèse d'une adéquation entre division morale et sociale du travail ne peut ici être retenue. Par la suite, nous nous intéressons à la médecine esthétique, largement dédaignée, et en apparence contradiction avec l'éthos chirurgical. Après avoir identifié ce qui disqualifie ces actes, nous réinscrivons la médecine esthétique et ses évolutions dans leur contexte historique. Puis nous tentons de comprendre comment cette disqualification est négociée à l'aune des changements que connaît actuellement le monde de la chirurgie plastique, qui tendent à donner un espace croissant à ces actes.

Mots clés : Chirurgie esthétique, Médecine esthétique, Travail de légitimation, Économie morale, Division morale du travail

Abstract

In this article, based on 80 interviews, together with observations and archives, we analyse the development of conflicts of legitimacy relating to plastic surgeons. We focus particularly on cosmetic medicine and cosmetic surgery, and the disrepute into which these two activities have fallen, particularly the latter, with respect to the surgeon's ethos. The aim is to understand these dynamics of finger-pointing and the conditions of rehabilitation in the light of inter- and intra-professional conflicts, but also in the light of individual and professional competition. First, we describe how cosmetic surgery has been rehabilitated in terms both of collective factors (the integration of new surgeons into the labour market) and of individual careers. The surgeons most resistant to cosmetic surgery often work in departments where this practice is quite restricted or even banned, though it would be an oversimplification to argue that there is a strict link here between the moral and social division of labour. We then look at the widespread disdain in which the practice of cosmetic surgery is held, and its apparent contradiction with the surgical ethos. Having identified what it is that discredits these practices, we resituate cosmetic medicine and its development in their historical context. Finally, we analyse how the disdain is negotiated within the framework of the changes taking place in the world of plastic surgery, changes that are increasing the space for cosmetic medicine.

Keywords: Cosmetic Surgery, Cosmetic Medicine, Legitimation Work, Moral Economy, Moral Division of Work

En France, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (CPRE) est l’une des spécialités les plus modestes avec 822 praticiens soit 0,28 % des médecins (Le Breton-Lerouillois, 2016) et une dizaine de nouveaux inscrits à l’Ordre des médecins chaque année. Elle est subdivisée en pôles dont les frontières administratives sont dessinées par l’Assurance Maladie. La chirurgie plastique reconstructrice est ainsi prise en charge, alors que la chirurgie esthétique reste aux frais du demandeur. La première s’étend de la chirurgie de la main à la chirurgie des brûlés et aux diverses reconstructions après accident ou chirurgie délabrante (mastectomie). Plus réduite, la chirurgie esthétique se focalise essentiellement sur quelques interventions, portant sur les seins (augmentation ou diminution), les amas graisseux (liposuction), les paupières (blépharoplastie), le visage (*lifting*) ou le nez (rhinoplastie). Les chirurgiens plasticiens — soit les praticiens disposant de la qualification en CPRE — peuvent ainsi effectuer tout ou partie de ces actes, contrairement aux autres spécialistes en chirurgie, qui ne sont autorisés à les exercer que sur les zones anatomiques circonscrites par leur diplôme : les chirurgiens de la face et du cou ou maxillo-faciaux pour le visage, par exemple. Les chirurgiens plasticiens sont par ailleurs de plus en plus nombreux à effectuer des actes dits de médecine esthétique, la frontière, parfois floue, entre médecine et chirurgie étant délimitée par l’ouverture cutanée (Zetka, 2008). Ces interventions, qui ne sont rattachées à aucune spécialité, sont constituées d’injections sous-cutanées et de traitements de peau par dermabrasion et *peeling*, mais comptent aussi, et plus globalement, nombre d’outils dans la lutte contre le vieillissement ou l’obésité (Dalgalarondo et Hauray, 2015), qui entrent parfois en concurrence avec certains actes de chirurgie esthétique. Cette activité est également et largement investie par des médecins généralistes ou des dermatologues — certains s’autoproclamant même « médecin esthétique » en dépit de la non-reconnaissance d’un tel titre par l’Ordre des médecins.

La chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, et notamment les faisceaux de tâches constituant la chirurgie et la médecine esthétique, offrent un cadre d’analyse stimulant pour questionner à la fois les légitimités professionnelles, et leurs variations et leurs évolutions au sein d’un même groupe professionnel. Ces deux faisceaux de tâches sont en effet dévalorisés dans le monde médical, en raison notamment de leur caractère moins évidemment thérapeutique (Haiken, 1997). Or, pour Everett C. Hughes (1996), la potentielle désignation de la manipulation des corps malades par le médecin comme un sale boulot est neutralisée par ses capacités à restaurer la santé. Peut-on alors considérer, dans le cadre d’une profession médicale fondant son prestige sur la « dignité thérapeutique » (Freidson, 1984), la chirurgie esthétique comme le sale boulot des chirurgiens plasticiens ? Comment, d’autre part, interpréter l’usage exponentiel de techniques médicales (médecine esthétique) longtemps dépréciées par ces chirurgiens plasticiens ? Il s’agira ici et plus avant de comprendre les dynamiques de légitimation, au croisement des conflits inter- et intra-professionnels et des logiques de concurrence individuelle. Nous nous inscrivons de la sorte dans le sillage d’E. C. Hughes (1996, p. 71), qui tentait de mettre en lumière l’« échelle de prestige » qu’un groupe professionnel élabore autour des tâches qui lui incombent et que, pour certaines, les acteurs s’escriment à déléguer, suppléer ou simplement dévaluer.

La chirurgie et dans une bien moindre mesure la médecine esthétique ont déjà fait l’objet de travaux, dont une partie — minoritaire — porte sur la construction historique de ces activités et de leur légitimité, aux États-Unis (Haiken, 1997), mais aussi en France (Barbot et Cailbaut, 2010). Dans un contexte plus contemporain, Alexander Edmonds (2009), au Brésil, met en évidence le travail de légitimation de ces praticiens, qui revendiquent en particulier l’effacement des frontières avec la chirurgie réparatrice, tandis que Deborah Sullivan (2004) découvre un éthos plus marchand chez les chirurgiens américains. Dans ces recherches, l’échelle de prestige est le plus souvent réduite à un travail invariable du groupe professionnel afin de donner une image positive de lui-même, ques-

tionnant peu ou pas la pluralité des logiques d'action, ou l'impact de certaines interventions, en particulier quand elles sont délégitimées, sur les frontières de l'activité. Dans un cadre différent, Robert Emmerson et Melvin Pollner (1976) invitent à s'intéresser aux tâches qui sont déconsidérées par les acteurs eux-mêmes, afin d'identifier les différents ordres moraux qui régissent les activités professionnelles. En s'intéressant à la perspective des acteurs, dans leur diversité, ces conflits de légitimité s'avèrent ainsi plus complexes, contradictoires et mouvants. Leurs conceptions dévoilent un ordre moral intégré dans une dynamique inter- et intra-professionnelle. Dans le même monde social, des tâches déconsidérées par un groupe peuvent ainsi constituer un levier de valorisation pour un autre (Arborio, 1996 ; Hughes, 1996). D'autre part, des tâches constitutives d'un groupe professionnel « prestigieux » peuvent être reprouvées par ces professionnels (Strong, 1980), et des individus impliqués dans une activité où le stigmate semble inéluctable peuvent au contraire dénoncer cette appréciation (Cahill, 1996). L'échelle de prestige ne peut alors se réduire à la nature des tâches dont elle rend compte, et doit plutôt conduire à mieux appréhender l'ensemble des cadres qui contribuent à la qualifier¹.

À la suite de cette série de remarques, deux logiques d'analyse seront couplées. Afin d'appréhender l'échelle de prestige dans ses dimensions dynamiques, nous considérerons la concurrence que se livrent les groupes professionnels pour le contrôle d'une juridiction (Abbott, 1988), et celle qu'engagent les professionnels entre eux, postulant ainsi une interrelation entre concurrences professionnelle et individuelle (Ollivier, 2012). D'autre part, l'échelle de prestige sera appréhendée comme une qualification morale, au sens de Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991), invitant à analyser les justifications, exercices de critique et catégories de classement attenants à cette désignation.

Après avoir esquissé l'essor de la chirurgie plastique reconstructrice et de la chirurgie esthétique, et clarifié les contours de ce groupe professionnel, notre article s'attachera à comprendre les conditions de revalorisation de la chirurgie esthétique parmi les chirurgiens plasticiens. Ces précisions effectuées, nous rendrons compte des divergences morales persistantes à l'intérieur de ce groupe professionnel à l'égard de cette activité, mais aussi des conditions d'évolution de cette hiérarchie morale au cours d'une carrière. Enfin, nous nous attacherons au cas particulier de la médecine esthétique, largement déconsidérée par ces chirurgiens plasticiens et qui, malgré tout, prend une place de plus en plus importante dans leur pratique. La question des dynamiques de légitimation sera alors utilisée comme un marqueur des évolutions professionnelles, dans l'organisation morale comme sociale du travail.

1. Chirurgie plastique, chirurgie esthétique : la difficile construction d'une discipline

1.1. La lente légitimation d'une activité

La chirurgie esthétique française émerge dans l'après-Première Guerre mondiale, qui s'avère être une période pleine de promesses, mais également de résistances. La pratique gagne en audience, des cliniques ouvrent, mais seuls quelques chirurgiens s'y adonnent ; une trentaine à Paris selon le guide Rosenwald, dont beaucoup ne l'exercent pas exclusivement. Nombre de ces chirurgiens se sont formés au contact des « gueules cassées », transposant leurs connaissances opératoires à la chirurgie esthétique, techniquement proche. Mais le sentiment de marginalisation, voire de dédain, est très présent, et ces praticiens se présentent fréquemment comme des pionniers incompris (Le Hénaff, 2017).

¹ Les cadres (*frames*) sont ici considérés comme un principe organisateur d'un ensemble d'idées auxquelles ils donnent du sens (Ferree *et al.*, 2002).

Encadré 1. Méthodologie

Notre démarche sociologique s’appuie sur un corpus d’entretiens menés auprès de 80 chirurgiens plasticiens français. Un échantillonnage, au sens strict du terme, n’a pas été réalisé, mais ces praticiens ont été sollicités selon un principe de diversification maximale entre les statuts, le sexe et la région d’installation. Sollicités par mail, ils se rapprochent des données démographiques recensées (Le Breton-Lerouillois, 2016), sans pour autant s’y conformer totalement. Âgé de 51 ans (contre 48 ans pour la recension nationale), l’enquêté type est un homme (à 75 % contre 85 % pour la recension nationale), libéral (à 85 % pour 88 %), exerçant en Île de France (31 % pour 30 %). Enfin, ces chirurgiens apparaissent largement comme des héritiers. Leurs origines sociales découvrent une forte prégnance des professions médicales et des cadres supérieurs pour le père (près de trois quarts des enquêtés sont regroupés sous ces deux catégories), alors que la mère est largement sans profession (dans près de deux cas sur trois), enseignante ou de profession paramédicale (près d’un tiers pour ces deux catégories). L’enquête dont est tiré cet article avait pour objectif de saisir la façon dont ces chirurgiens négocient leur posture de praticien à la marge de la médecine, et ainsi d’interroger mandat et licence (Hughes, 1996). Les thèmes retenus dans l’entretien permettaient de retracer les parcours biographiques tout en questionnant le quotidien professionnel.

Les revues savantes (*Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* et *Revue de Chirurgie Esthétique de Langue Française* consultées systématiquement) et des ouvrages francophones (identifiés plus aléatoirement) ont également été traités, associés à un travail sur archives (ministère des Solidarités et de la Santé et Archives Nationales). Ce corpus documentaire a permis de mieux saisir les dynamiques socio-historiques de ce groupe professionnel. Enfin, des observations en situation lors des congrès professionnels ont été effectuées, représentant une durée de trois semaines, puis, dans un second temps et de façon épisodique, en consultation, les chirurgiens, particulièrement lorsqu’ils exercent en libéral, étant très réticents à cette proposition.

À l’issue de la Seconde Guerre mondiale, la pratique reste très peu légitime dans le monde médical, et les différents scandales dont elle a pu faire l’objet avivent un parfum de soufre. La chirurgie esthétique se développe ainsi dans l’ombre, et ce contexte bénéficie aux « francs-tireurs » (Becker, 1988), éloignés des sociétés savantes et du monde hospitalier. Ces chirurgiens ne constituent d’ailleurs pas un groupe, mais ressemblent davantage à un agrégat d’individus mu par des desseins individuels plus que collectifs. Ils profitent du discrédit associé à la presse féminine dans le monde médical pour investir cet espace d’expression favorisant la captation de la clientèle. Ces tribunes se présentent ainsi comme des outils au service du travail de reconnaissance, de conviction et de conquête du public. Plus avant, la relégation de la chirurgie esthétique donne tout loisir à ces « francs-tireurs » de construire des canons d’exercice plus directement calqués sur ceux du modèle marchand, privilégiant l’accroissement de la clientèle et la rationalité économique au détriment des injonctions « déontologiques ». Ce marché se structure ainsi en grande partie hors de l’offre médicale orthodoxe, souvent dans des cliniques de petite taille.

Cette pratique esthétique s’impose, dans les années 1970, comme un enjeu pour un jeune groupe professionnel : les chirurgiens plasticiens. Pratiquant principalement la chirurgie plastique reconstructrice, ils sont à l’origine d’une société savante : la Société française de chirurgie plastique reconstructrice (SFCPR, créée en 1953, qui deviendra SOFCPRE). Proches du monde hospitalier et engagés dans un travail de légitimation et d’institutionnalisation, ils relèguent la chirurgie esthétique, perçue comme un obstacle dans cette entreprise — et cela malgré la proximité de leurs *core-skills*², et en particulier

² James Zetka (2008) s’attache à caractériser les *core-skills*, c’est-à-dire les compétences fondamentales d’un groupe professionnel, constitutives de leur identité. Ces *core-skills* façonnent des cadres, contraignant l’action et formant des arguments justifiant leur place dans la division du travail. Outre son attachement, comme E. C. Hughes, au sens que les professionnels donnent à leur activité, cette approche offre un pendant intéressant à l’échelle de prestige, en portant la focale non sur les tâches légitimées ou délégitimées, mais sur les compétences nécessaires pour réaliser le cœur de métier.

l'intérêt pour le visible et le morphologique, façonnant « une [même] façon de traiter les tissus » (Louis, quinquagénaire, libéral sans vacation hospitalière). La ligne politique de ce groupe exerce à l'égard de la chirurgie esthétique un travail d'invisibilisation favorisant le sentiment d'une pratique dégradante. Les opérations esthétiques sont par exemple peu visibles dans les colonnes de la revue savante, les *Annales de Chirurgie Plastique*, représentant moins de 4 % des articles à la fin des années 1960, et moins de 10 % vingt ans plus tard. Elle est ainsi reléguée alors même que de nombreux chirurgiens plasticiens — et de manière croissante — l'exercent, mais de manière discrète, comme le résumant plusieurs d'entre eux : « la chirurgie esthétique, tout le monde en faisait, personne n'en parlait ». Et pour cause : la demande en chirurgie esthétique augmente, attisée notamment par deux grandes avancées technologiques : le silicone mammaire dans les années 1960, et plus tardivement la lipoaspiration. Cette pratique s'impose également comme un marché important pour les jeunes chirurgiens plasticiens, sans cesse plus nombreux, formés dans les services de chirurgie plastique reconstructrice et sans débouché à l'hôpital.

Au niveau du groupe professionnel, la revendication de l'intégration de la chirurgie esthétique au sein de la chirurgie plastique reconstructrice est favorisée par la reconnaissance croissante de la seconde, découvrant des perspectives de juridiction. Les personnes souffrant de malformations congénitales et les brûlés, tout comme les défigurés de la route — dont les chirurgiens plasticiens assurent la prise en charge —, sont entrés dans l'agenda politique, comme en témoigne le discours de Simone Veil, alors ministre de la Santé, à l'occasion du congrès mondial de chirurgie plastique reconstructrice à Paris en 1975. Elle y affirme que « la chirurgie réparatrice est devenue aujourd'hui une véritable spécialité de système qui possède son originalité et ses techniques propres ». D'ailleurs, les premiers services hospitaliers strictement dédiés à cette activité ont été conquis — à l'hôpital Saint-Louis en 1961, puis à Boucicaut, Ivry, Mondor et Rothschild, et hors de la capitale à Tours, à Marseille et à Nancy. En outre, le développement de la microchirurgie dans les années 1970, propice notamment au traitement des brûlés, permet désormais de discerner un champ propre à la chirurgie plastique reconstructrice, qui de moins en moins s'exerce comme une pratique d'appoint. Ce repositionnement, et ce travail de mise sous juridiction, conduiront à l'avènement, en 1988, de la « chirurgie plastique reconstructrice et esthétique » en tant que discipline autonome, et donc à la mainmise des chirurgiens plasticiens sur l'ensemble de ces tâches.

1.2. Les chirurgiens plasticiens aujourd'hui

Outre ses faibles effectifs, la CPRE se caractérise aujourd'hui par la faible proportion de son activité hospitalière : 12 % de ces praticiens y exercent, contre par exemple 45 % pour la chirurgie viscérale ou 26 % pour la chirurgie orthopédique (Le Breton-Lerouillois, 2016). À ce titre, si la chirurgie plastique reconstructrice domine le travail des hospitaliers, chez les libéraux la tendance opératoire apparaît bien plus équilibrée, même si elle est marquée par une importante hétérogénéité. Dans notre corpus, deux libéraux se consacrent uniquement à la chirurgie plastique reconstructrice et, à l'inverse, un seul ne s'adonne qu'à la chirurgie/médecine esthétique. Entre ces deux extrêmes, une immense majorité de libéraux disposent d'une activité relativement équilibrée entre chirurgie plastique reconstructrice (CPR) et chirurgie esthétique, même si pour près d'un libéral sur quatre cette dernière occupe plus des trois quarts de leur emploi du temps. Tous ou presque effectuent ainsi et *a minima* ce qu'ils nomment de « petits actes » de CPR (cancers de la peau, cicatrices, etc.). Les hospitaliers de leur côté peuvent, dans le cadre de leur activité privée, s'adonner à des actes esthétiques, et dans une limite généralement fixée à 20 % de leur emploi du temps. Dans notre enquête, ils sont un peu moins de la moitié à le faire. Inversement, certains libéraux réalisent des vacations hospitalières, ce qui concerne près du quart des personnes rencontrées.

L’enquête de Patrick Knipper et Jean-Luc Jauffret (2003) précise l’activité des chirurgiens plasticiens. Dans leurs travaux, la chirurgie esthétique représente près de 30 % du total de leurs interventions, contre près de 50 % dans notre population, et ils sont plus de 90 % à s’y adonner, dans notre recherche comme dans les rares chiffres disponibles en France. La médecine esthétique est quant à elle proposée par près de deux tiers de nos enquêtés, de manière très limitée dans la majorité des cas.

Il faut enfin noter la place ambivalente que la CPRE occupe au sein du monde de la médecine, à la fois très convoitée par les internes et fortement décriée. Cette ambivalence est entre autres liée à l’image particulièrement rémunératrice qui est attachée à cette pratique, et aux interventions esthétiques en premier lieu. Si tous les enquêtés rencontrés s’accordent sur ce point, les données objectivables restent lacunaires, sujettes aux critiques, et surtout ne permettent pas de distinguer les chirurgiens plasticiens selon leurs orientations (plus ou moins de chirurgie esthétique, d’activité, etc.). Selon la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Bercot et Mathieu-Fritz, 2006), les plasticiens disposent toutefois des revenus annuels les plus élevés parmi les chirurgiens, ceux-ci atteignant 147 167 euros dans le secteur II, loin devant les chirurgiens orthopédiques (134 676 euros) et les chirurgiens généralistes (132 073 euros)³. Dans une autre étude, les revenus annuels en 2006 s’élevaient en moyenne pour les chirurgiens — toutes spécialités confondues — à 85 028 euros pour le secteur I et à 144 053 euros pour le secteur II, et respectivement pour les chirurgiens plasticiens à 106 282 euros et à 147 606 euros (Vallencien *et al.*, 2008). À ces salaires conséquents s’ajoutent des gardes moins fréquentes, la discipline étant, chirurgie de la main et quelques rares urgences mises à part, une chirurgie « froide » dont les interventions sont prévues plusieurs jours voire semaines à l’avance.

Si les évolutions de ce groupe professionnel sont notables dans le temps, en particulier à l’égard de la chirurgie esthétique, l’affectation de cette dernière dans le giron de ce groupe n’efface pas les hiérarchies morales en son sein.

2. Des divergences morales persistantes parmi les chirurgiens plasticiens

Pour rendre compte de la diversité de ces positions, un premier temps sera consacré aux logiques de disqualification de la chirurgie esthétique, et aux chirurgiens qui les portent, et un second temps, au contraire, au travail de valorisation et aux praticiens qui promouvent cette activité. Enfin, nous rendrons compte des processus permettant de comprendre l’évolution de ces postures au cours d’une carrière.

Schématiquement, trois positions se dégagent. Les réticents à l’égard de la chirurgie esthétique se retrouvent essentiellement dans les rangs des hospitaliers, et parmi ceux qui ne la pratiquent pas. Inscrits dès l’entame de leur carrière dans le monde hospitalier, ils ne se sont jamais ou presque confrontés à cette activité. Deux libéraux comptent également parmi ces réticents, qui ont construit leur carrière sur la chirurgie plastique reconstructrice. À l’inverse, les promoteurs, qui défendent la dimension thérapeutique de la chirurgie esthétique, exercent le plus souvent — mais pas exclusivement — en libéral, et sont majoritaires dans ce segment. Entre ces deux positions, des modérés, hospitaliers comme libéraux, tout en défendant l’intérêt de la chirurgie esthétique, reconnaissent sa moindre importance thérapeutique.

³ Le secteur I regroupe les professionnels de santé non autorisés à pratiquer des dépassements d’honoraires. En contrepartie, ils perçoivent des aides de l’Assurance Maladie, concernant la prise en charge partielle de leurs cotisations sociales. Le secteur II correspond aux médecins dits à « honoraires libres », qui peuvent appliquer un tarif différent de celui de la Convention.

2.1. Les réticents à la chirurgie esthétique : intervenir sur une « demande réelle »

Les trajectoires et les conceptions de ces chirurgiens apparaissent partiellement travaillées par les services dans lesquels ils ont été formés ainsi que par leur pratique actuelle. On ne s'étonnera donc pas de retrouver les *réticents* à la chirurgie esthétique dans les services où celle-ci est minoritaire voire bannie ; leur activité les préserve d'opérations trop éloignées du sens qu'ils confèrent à leur mission (Strauss, 1992), tout autant que cette orientation professionnelle construit le sens de cette mission. Si cette tendance corrobore l'hypothèse d'une adéquation entre division morale et sociale du travail, celle-ci ne peut être mécaniquement adoptée.

Les critiques que les plus réfractaires portent à l'égard de la chirurgie esthétique font écho aux dénonciations qui l'ont visée tout au long du XX^e siècle (Le Hénaff, 2017), et mettent ainsi au jour l'existence de permanences. Celles-ci pointent notamment l'écart à la normalité pour définir une action thérapeutique authentique (Strauss, 1992). Anthony, par exemple, présente sa trajectoire hospitalière comme une évidence⁴. Il met en avant les cadres de son activité pour justifier ses choix : possibilité de réaliser des interventions peu communes, et clientèle moins contraignante. Son intérêt est également, et vraisemblablement, maintenu par la succession d'opportunités qui parsème son itinéraire : un patron qui le soutient et l'adoube au poste de Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH), puis la possibilité de créer son propre service. Mais c'est avant tout un certain attachement à ce qu'il présente comme un « service public » qu'il revendique :

« La chirurgie esthétique, c'est une demande de patients qui sont mal dans leur peau parce qu'ils estiment que leur nez n'est pas très joli. Moi, ce qui m'intéresse, c'est les gens qui ont une demande réelle. Une malformation [...]. Pour les réintégrer dans une société. En ayant une forme qui est la plus proche possible de la normale ».

L'acte réparateur vise la réintégration sociale de l'individu exclu des interactions quotidiennes par son corps (Barbot, Cailbault, 2010). Magali, praticienne hospitalière sans activité privée, n'a jamais été confrontée à la chirurgie esthétique. La diversité des interventions qu'elle réalise et le sentiment d'être au plus près des techniques de pointe ont toujours été les principaux moteurs de son engagement. Et si elle ne considère pas la chirurgie des brûlés — qui monopolise la moitié de son activité — comme techniquement difficile, elle y trouve une autre gratification : « C'est le seul moment où un chirurgien plasticien sauve vraiment des vies. [...] On se dit, vraiment, j'ai fait un truc ». Et c'est d'ailleurs sa définition du soin qui définit l'espace de ses interventions : « Je n'ai pas fait médecine pour opérer des gens qui ont une ride en trop ou un sein de travers. Ça m'intéresse à partir du moment où c'est vraiment pathologique ».

La dénonciation porte également sur l'appétence financière de certains praticiens ; le bien public s'oppose alors irréductiblement aux intérêts privés.

« Il y en a qui sont tournés vers l'esthétique, le profit. Il y en a d'autres qui sont plus tournés vers la souffrance et la nécessité d'un service public. Non rentable [...]. Les chirurgiens esthéticiens ne sont là que pour faire du fric » (Pierre-Guillaume, praticien hospitalier quadragénaire, sans clientèle privée).

Cette capacité de se dégager des tentations financières est parfois présentée par ces *réticents* comme un sacrifice individuel à la cause commune, témoignage de leur grandeur. En revendiquant ce désintéressement, c'est un idéal de service public qu'ils revendiquent, caractéristique classiquement affirmée par ceux qui aspirent à être reconnus en tant que profession établie. En d'autres termes, ces chirurgiens défendent un modèle où sont va-

⁴ Afin de conserver l'anonymat des enquêtés les plus reconnaissables, des cas fictifs ont été reconstitués à partir de plusieurs chirurgiens (Béliard et Eideliman, 2008). C'est le cas des praticiens hospitaliers et de ceux que nous nommons passeurs, analysés plus loin.

lorisés des rapports non marchands, des pathologies variées traitées par des techniques de pointe et un travail en équipe. Il s'agit d'une hiérarchie de valeurs largement véhiculée pendant les études de médecine (Hardy-Dubernet et Gadéa, 2005), mais que seule une partie du groupe professionnel peut réellement s'approprier dans son quotidien.

2.2. *La chirurgie esthétique chez les promoteurs et les modérés, une approche thérapeutique revendiquée*

Les promoteurs de la chirurgie esthétique font également preuve de traits distinctifs, et en premier lieu dans leur ambition d'accroître la part de cette activité dans leur agenda opératoire. Ce qui les distingue est donc autant ce qu'ils font que ce qu'ils souhaitent faire. Pour cela, ils sont nombreux à faire preuve d'une culture de la présentation marquée. L'installation du cabinet s'inscrit ainsi dans une géographie symbolique et sociale au voisinage des quartiers les plus cossus, ambitionnant une clientèle aisée. « Ça fait mieux, un cabinet d'esthétique dans le XVI^e [arrondissement de Paris], c'est plus facile d'avoir une patiente dans le XVI^e que dans le XX^e », précise ainsi Alexandre (libéral trentenaire). L'image véhiculée fait ainsi l'objet d'une attention constante, à laquelle œuvre également l'aménagement intérieur des cabinets, qui donne à voir une manière d'être et d'exercer. Les éléments trop évidemment médicaux sont fréquemment bannis, tout comme la chirurgie plastique reconstructrice, de la grille des prix par exemple lorsqu'elle est affichée dans les salles d'attente ou sur les sites Internet.

Dans ce cadre, ces promoteurs effectuent un travail de redéfinition du soin, en s'appuyant sur le vécu individuel de la souffrance : ils ne visent pas en premier lieu l'amélioration morphologique (et donc la réparation d'une anomalie clinique), mais l'éradication d'un mal-être (Edmonds, 2009). Ainsi, ce réajustement des critères thérapeutiques n'induit pas un déplacement des valeurs professionnelles mais, au contraire, la démonstration de leur allégeance à l'économie morale du monde médical. La définition du soin conditionne ici encore l'espace d'action légitime du médecin, et écarte de la sorte la perspective du sale boulot.

En guise d'illustration, ces chirurgiens disposent, tous ou presque, de récits idéal-typiques, à la structure narrative proche, mettant en scène des « guérisons ». Dans ces récits, une cliente — il s'agit presque exclusivement de femmes — se trouve inhibée dans sa vie sociale et personnelle en raison d'une disgrâce esthétique. L'opération se profile alors comme l'ultime solution. La transformation corporelle précède la transformation sociale et psychologique, comme en témoigne cet extrait, tiré de l'ouvrage d'un chirurgien plasticien :

« Elle [la cliente] maudit chaque jour un peu plus son ventre. Il est devenu sa hantise [...]. De nature spontanée et enjouée, elle a réduit à peu de chagrin son activité sociale [...]. La poésie et la peinture ne sont plus que des souvenirs, deux vieilles passions remises au fond d'un placard. L'amour une idée lointaine et inaccessible depuis sa dernière rupture il y a deux ans [...]. Le bistouri est son ultime solution [...]. Deux mois après l'opération [...], le miracle avait opéré. La vie avait maintenant un autre goût, une autre dimension et elle découvrait enfin le plaisir d'être bien dans son corps ».

En consultation post-opératoire, cette patiente glisse au chirurgien : « Tout a changé depuis mon opération, je ne suis plus la même femme, je vais très bien dans ma tête, je travaille, je sors pas mal et depuis peu j'ai un fiancé » (Aknin, 2006, p. 62-63).

En soulignant l'aspect psychique de cette affliction, son invisibilité et sa singularité, ces praticiens renvoient à une lecture particulière de la dignité thérapeutique où la parole du client et ses capacités à évaluer son problème sont premières.

« Je connais des gens qui ont été brûlés dans la petite enfance, qui ont des séquelles importantes, mais qui n'en souffrent pas autant que des gens qui ont eu des brûlures beaucoup

moins importantes mais à l'âge adulte [...]. Vous avez des gens qui souffrent d'une disgrâce modérée, mais qui leur gâche la vie complètement [...]. Cette échelle de mesure de la souffrance personnelle est en fait le seul critère décisionnel » (Alban, libéral quinquagénaire sans vacation hospitalière).

La relativité de la souffrance répond à la relativité de la disgrâce. L'espace entre le normal et le pathologique n'est alors plus la propriété exclusive du diagnostic médical, mais se partage avec le client qui juge l'importance de son besoin. C'est le rapport intime que l'individu entretient avec son corps qui prime.

Contrairement à ces promoteurs, les *modérés* reconnaissent l'intérêt de la chirurgie esthétique tout en pointant sa moindre dimension thérapeutique, et donc sa moindre authenticité. Ceux-ci sont plus nombreux à s'être installés dans les zones moins concurrentielles, réservant une place conséquente à la chirurgie plastique reconstructrice. Ces modérés se présentent généralement à l'aune d'une « vocation hospitalière » (Xavier, sexagénaire libéral sans vacation hospitalière), brisée pour certains faute de place dans l'institution, ou de pouvoir à terme accéder à la fonction convoitée de PU-PH. Ces hospitaliers « refoulés » organisent généralement leur activité de façon à conserver une pratique conséquente en chirurgie plastique reconstructrice. C'est le cas par exemple de Nicolas, quadragénaire qui exerce principalement en libéral, avec des vacations hospitalières. À la fin de son clinicat — où il pratique très peu la chirurgie esthétique — il s'engage, six ans durant, dans la voie hospitalière, dans la perspective de décrocher un poste de PU-PH qu'il n'obtiendra jamais. Il rejoint finalement le libéral, autant, précise-t-il, pour les conditions de travail devenues difficiles qu'en raison de tensions interpersonnelles. Nicolas continue néanmoins aujourd'hui de consacrer un temps conséquent à ses vacations hospitalières, dans un centre anti-cancéreux notamment, qu'il articule à sa pratique libérale où la chirurgie esthétique prend une place croissante. Et s'il reconnaît à cette dernière une plus-value pour les patients — « ça augmente l'estime de soi » —, il témoigne néanmoins d'une certaine hiérarchie :

« Je n'ai pas complètement abandonné l'activité de soin. Je ne vais quand même pas renier mes engagements de départ ».

« Il faut remettre les choses en place. Oui, c'est une chirurgie futile ».

Face au manque à gagner qu'induirait une forte proportion de chirurgie conventionnée, certains aménagent un système de compensations, comme Vincent (sexagénaire libéral sans vacation hospitalière). Les opérations esthétiques, qu'il juge moins fondamentales, sont en quelque sorte surtaxées afin de pouvoir limiter les dépassements d'honoraires pour des interventions qu'il estime prioritaires. « Je l'ai toujours dit. Le *lifting* de l'après-midi paie pour la reconstruction mammaire du matin. Si je ne fais que des reconstructions mammaires au tarif de la sécu, je plie ». Ces postures, et donc l'échelle de prestige attribuée à ces différents actes, ne sont toutefois pas gravées dans le marbre ; elles peuvent évoluer au cours d'une carrière.

2.3. Une activité « strass et paillettes » ? La reconsidération de la chirurgie esthétique au cours d'une carrière

La chirurgie esthétique — et par extension la CPRE qui lui est parfois assimilée — s'oppose *a priori* aux valeurs véhiculées dans les études de médecine, et dont on peut supposer qu'elles sont réappropriées, de façon plus ou moins stricte et durable, par les étudiants⁵. Ainsi, la grande majorité des enquêtés, à leur entrée « en médecine » et au cours de leurs

⁵ Anne-Chantal Hardy-Dubernet et Yann Faure nous en offrent un exemple saisissant lors du choix, en amphithéâtre, de leur spécialité par les futurs internes : « Les suivants sont aussi applaudis, jusqu'à ce que le quatrième annonce son choix de sous-spécialité : chirurgie plastique. Ce sont alors les sifflements qui prennent la place des applaudissements [...], la salle qui "le condamne" » (Hardy-Dubernet et Yann Faure, 2006, p. 26). Ces manifestations rendent clairement compte des hiérarchies entre disciplines.

premières années d’étude, ne s’engagent pas dans l’objectif de faire carrière en CPRE — qu’ils connaissent peu ou mal —, et encore moins de pratiquer la chirurgie esthétique. Ils sont même nombreux à reconnaître qu’ils disposaient d’une image négative de cette activité, qui n’est pas enseignée et peu présentée. Réévaluer l’intérêt de cette spécialité se fait dans sa confrontation en acte, par un stage d’externat le plus souvent.

Le parcours de Dorothée est en ce sens éclairant, et permet de comprendre dans quelles conditions la chirurgie esthétique peut être reconsidérée. Au cours de ses premières années d’étude, Dorothée néglige la CPRE, qu’elle associe à la chirurgie esthétique. Quand l’un de ses camarades lui soumet son intérêt pour cette discipline, elle affiche son ironie. N’identifiant pas d’apport sanitaire significatif, et estimant la clientèle « strass et paillettes », elle accorde davantage d’intérêt à des spécialités qu’elle considère comme plus prestigieuses, comme la chirurgie pédiatrique. Un stage d’externat dans un service de CPRE engage toutefois Dorothée, attirée par ce travail « sur la forme », à réexaminer radicalement ses positions. Se confronter à la souffrance de grands brûlés ou rendre de la mobilité à une main handicapée lui permet en outre de reconsidérer l’aspect thérapeutique de cette activité et donc son authenticité (Strauss, 1992). D’autre part, en accord avec celui qui deviendra son mari — chirurgien alors en exercice —, elle envisage déjà, dans le choix de sa spécialité, l’articulation des conditions de travail avec le temps familial. Or, la CPRE permet sans difficulté une pratique libérale, propice à l’aménagement de son emploi du temps, et compte parmi les spécialités les plus rémunératrices tout en impliquant peu d’urgences, donc peu de gardes. Lors de son internat, et même lors de ses premières années de pratique, elle reste toutefois très circonspecte à l’égard de la chirurgie esthétique. Et si elle a poursuivi une carrière hospitalière, c’est aussi, affirme-t-elle, pour éviter d’avoir à effectuer de tels actes. Dans son service, la chirurgie esthétique représente presque 20 % des interventions, réalisées pour l’essentiel par son chef de service. Elle y est donc confrontée, s’y adonne même parfois, mais n’y consent qu’en raison de son caractère sporadique : « Il ne faudrait pas que j’en fasse tous les jours [...], ce n’est pas ma motivation dans la spécialité ». Pourtant, ces postures sont en partie remises en cause aujourd’hui. Dorothée reconnaît réfléchir à l’ouverture d’une consultation privée, admettant apporter un « confort » à défaut d’un soin — soit un acte qu’elle peut intégrer dans sa définition de l’authenticité médicale, car le public est globalement conforme à l’image qu’elle se fait d’un « bon » client, et car les retours des patients lui laissent à penser qu’elle offre un réel mieux-être. L’activité privée, menée parallèlement à son activité principale et avec un coût financier supplémentaire à supporter pour le client, lui apparaît alors comme un juste compromis.

Pour ceux qui pratiquent la chirurgie esthétique, et en particulier ceux qui la pratiquent conséquemment, cette réévaluation s’est effectuée par la confrontation aux demandes et surtout aux difficultés des clients. Les situations de travail apparaissent ici comme une condition indispensable à cette conversion, et surtout à cette redéfinition du soin. Ainsi en est-il de Pierre (quinquagénaire libéral, sans vacation hospitalière), face à une jeune femme empêchée par son corps, annihilée dans sa sexualité et plus largement dans son épanouissement et qui, suite à une opération d’augmentation mammaire, se trouve « libérée ». Cette « transformation » lui apparaît alors comme une révélation, à la fin de son internat : « Je ne savais pas. Je ne percevais pas cette souffrance. Je ne voyais pas que ce type d’opérations pouvait tant apporter ».

Ici, il ne s’agit toutefois pas d’affirmer que la seule confrontation à l’activité suffit à la conversion, ni de se laisser bercer par l’illusion biographique. Ces chirurgiens mettent en avant, si ce n’est la vocation, au moins l’évidence d’une pratique qui s’est imposée sur le modèle de la rupture. Cette évidence occulte vraisemblablement certains des processus ayant présidé à ce choix. L’éveil d’une vocation s’oppose *a priori* aux intérêts matériels. Or, cette position se nuance quand affleure dans les entretiens l’importance

de l'articulation des temps sociaux (familiaux, de loisirs, etc.) ou le confort matériel qu'autorise la chirurgie esthétique, pour laquelle tous les enquêtés s'accordent à dire qu'elle est plus rémunératrice que la chirurgie plastique reconstructrice. À un niveau plus macrosociologique, il faut considérer l'évolution de l'éthos médical : les jeunes générations de médecins revendiquent de meilleures conditions de vie (revenu, articulation des différents temps sociaux, etc.), au point de choisir parfois davantage un mode de vie qu'une discipline (Lapeyre et Lefeuvre, 2005 ; Hardy-Dubernet et Faure, 2006). L'évolution de cet éthos pourrait dès lors rendre plus légitime l'investissement dans des activités plus rémunératrices ou moins contraignantes. À ce titre, l'activité libérale peut s'avérer un atout dans le cadre de « couples double carrière » (Pochic, 2005). Deux enquêtées sont ainsi mariées à des confrères, et leurs parcours convergent, au moins à l'entame de la carrière. Toutes deux se sont ainsi saisies de la difficulté, dans l'exercice libéral, de se constituer une clientèle, pour s'occuper davantage de leurs enfants en bas âge, transformant un obstacle professionnel en un avantage pour concilier des logiques *a priori* antinomiques. Sans jamais être explicitement évoqué de la sorte, tout indique que ce faisant, elles ont permis à leur compagnon de s'engager plus intensément dans leur propre fonction professionnelle. Si l'articulation des logiques familiales et professionnelles s'exprime davantage chez les femmes chirurgiennes, elle ne leur est toutefois pas exclusive, bien que les hommes mettent davantage l'accent sur leur temps libre (Bloy, 2011).

Si la chirurgie esthétique est, pour certains, moins valorisante que la chirurgie plastique reconstructrice, elle n'est jamais décriée par celles et ceux qui la pratiquent, contrairement à la médecine esthétique, qui permet de questionner une activité à la légitimité particulièrement conflictuelle.

3. L'évolution d'une disqualification révélatrice des transformations professionnelles

Les actes de médecine esthétique prennent une place croissante dans la palette interventionnelle de nombreux chirurgiens plasticiens. En raison de l'opacité qui entoure ces pratiques et de la discrétion des professionnels de santé et des laboratoires, peu d'indicateurs chiffrés sont disponibles en France. Le marché est néanmoins en augmentation constante, et les rares estimations évaluent cette croissance à 10 % par an ces dernières années (Postel, 2011). Nos observations convergent pour souligner que de plus en plus de chirurgiens la pratiquent, et le font de plus en plus, même si, pour la majorité des enquêtés, ces actes ne dépassent pas 10 % de leur activité totale. Cette croissance est en lien direct avec la découverte au début des années 1990 de deux techniques majeures : l'acide hyaluronique et la toxine botulique. Ces deux produits injectables ont vocation à lutter contre les rides du visage ; le premier en les comblant, la seconde en neutralisant les muscles qui en sont responsables. Ces techniques vont notamment concurrencer le *lifting* frontal, qui apparaîtra *a posteriori* comme une intervention lourde et complexe, et plus globalement vont faire preuve de leur efficacité dans la lutte contre le vieillissement de l'apparence.

Pour comprendre ce qui la disqualifie, il est nécessaire, dans un premier temps, de réinscrire la médecine esthétique dans sa dynamique historique. La négociation de sa disqualification peut alors être analysée, par la suite, à l'aune des changements que traverse actuellement le monde de la chirurgie plastique.

3.1. « Je n'ai pas fait 16 ans d'études pour ça » : le difficile compromis de la médecine esthétique

Au niveau collectif, la dépréciation de la médecine esthétique s'est longtemps traduite chez les chirurgiens plasticiens par la faible visibilité de ces techniques qui, jusque récemment, étaient même confidentielles au sein de la revue savante ou des congrès. Ces actes

cumulent en effet les facteurs dévalorisants au regard des idéaux portés par ce groupe professionnel : ils associent technicité limitée et interventions peu spectaculaires. Se réapproprier ces actes médicaux enjoindrait ces chirurgiens à ce que J. Zetka (2008) nomme une *core-skills disruption*, rompant avec le cœur de métier, et impliquant des manières de voir et de faire opposées aux logiques professionnelles et à leur identité.

« Le Botox [...], je ne fais pas ça. Moi, je suis chirurgien, pas médecin esthétique [...]. J'ai appris l'anatomie, je suis issu d'une époque où on apprenait... je suis capable de rentrer dans un ventre, dans un thorax, sans demander au digestif, à l'orthopédiste. Donc injecter des produits, non » (Xavier, libéral sexagénaire sans vacation hospitalière).

Parmi les *core-skills* chirurgicaux, aspects techniques, maîtrise des émotions et prise de risque sont centraux (Cassell, 1998). Cette déconsidération du geste sans effraction de la barrière dermique souligne en outre une distinction anthropologique très significative dans le monde de la chirurgie entre le dehors et le dedans, que ces praticiens investissent comme un signe distinctif : « on est fait pour être chirurgien ou pas » (Tina, libérale quinquagénaire sans vacation).

Ces actes médicaux apparaissent aux yeux de nombreux chirurgiens plasticiens comme standardisés et répétitifs. Dans ce cadre, la « simple » injection relève d'une pratique dégradante eu égard à leur bagage technique. « Je n'ai pas fait 16 ans d'études pour ça », avertit Aurélien (libéral quadragénaire sans vacation). Le caractère éphémère de ces gestes renforce cette dépréciation — les injections doivent par exemple être renouvelées tous les six mois — par comparaison avec un acte chirurgical qu'ils garantissent comme définitif ou presque. Les cadres de la relation avec le demandeur se distinguent également, et même radicalement, impliquant des interactions plus régulières et la nécessité de fidéliser la clientèle, ce qui, une fois encore, s'oppose à l'éthos chirurgical qui privilégie l'acte opératoire par rapport aux dimensions interactionnelles (Zolesio, 2012).

Malgré ces contrastes, et depuis l'avènement de l'acide hyaluronique et de la toxine botulique, la médecine esthétique s'est néanmoins et progressivement imposée comme un marché pour de nombreux praticiens, au point d'entraîner des dilemmes. Cette évolution, non sans heurts, doit être rapprochée de l'activité des passeurs et de l'industrie pharmaceutique.

3.2. Des vecteurs d'évolution : passeurs et industrie pharmaceutique

Les significations attribuées à la médecine esthétique ont évolué par le biais de deux vecteurs ces trente dernières années. Au près du grand public, l'industrie pharmaceutique, en proie à une concurrence féroce dans ce domaine, a œuvré à revaloriser ces actes de médecine esthétique en les rapprochant du monde de la cosmétique, par opposition à « l'agressivité » de l'intervention chirurgicale. Ces industriels ont ainsi façonné l'image d'une pratique accessible et faiblement invasive (Hurd *et al.*, 2007 ; Mello, 2012). Plus avant, ces firmes ont su nouer des liens privilégiés avec quelques chirurgiens plasticiens pionniers (Ravelli, 2015), parmi ceux qui s'intéressaient dès le début des années 1980 aux injections. Certains de ces pionniers, une demi-douzaine tout au plus, deviendront même des passeurs, c'est-à-dire des professionnels à même de faciliter la circulation d'objets et de pratiques d'un monde à un autre, sans les modifier (Bergeron *et al.*, 2013).

Ces passeurs ont comme caractéristique première leur appartenance à l'aristocratie « plastique ». Issus du cursus de l'internat parisien, formés dans les services les plus prestigieux, leur parcours les autorise, dans une certaine mesure, ces écarts (investir la médecine esthétique), qui s'effectuent à l'origine sous couvert d'expérimentation scientifique.

« J'étais chirurgien des hôpitaux, j'étais déjà reconnu. Donc évidemment, d'une part les gens savaient qui j'étais, et puis je faisais un vrai travail scientifique. J'étais à la page des résultats

des ingénieurs. J'étais d'un laboratoire cautionné » (René, libéral sexagénaire, sans vacation hospitalière).

S'il faut démontrer la scientificité de sa démarche, il faut également pratiquer cette activité avec une certaine mesure, sans publicité excessive. À la question de savoir s'il a connu des résistances, David (libéral quinquagénaire, sans vacation hospitalière) estime qu'elles ont été limitées, du fait de ses postures :

« Parce que je ne l'ai jamais mis vraiment en avant. Moi, à part ces communications historiques sur le collagène, je n'ai pas fait de communication sur la médecine esthétique. J'ai dû faire quelques papiers sans suite, je n'en ai jamais beaucoup parlé ».

Ces praticiens sont alors aux premières loges pour jauger l'intérêt de ces techniques, dont ils perçoivent rapidement la plus-value, et qu'ils intègrent à leur activité. Outre leur efficacité, ces interventions encouragent l'élargissement de la clientèle, leur champ d'action s'étendant à des disgrâces moindres et prises en charge bien en amont de la chirurgie. L'opportunisme dont font preuve ces praticiens est lié à une autre de leurs caractéristiques : leur éthique entrepreneuriale, d'ailleurs largement encouragée par l'industrie pharmaceutique, forte pourvoyeuse de formations et d'outils de marketing. David, pour revenir à lui, a par exemple créé sa propre clinique, dédiée à la chirurgie esthétique, qu'il a revendue quelques années plus tard. Issu d'une famille de médecins, se présentant comme « destiné » à cette activité, il pense un temps poursuivre dans le monde hospitalier, dans lequel il conserve longtemps des vacations. C'est d'ailleurs à l'hôpital qu'il rencontre le collagène et la médecine esthétique, quand son chef de service lui en demande une expertise :

« Vraiment par hasard. [...] On nous propose une expertise clinique sur le collagène qu'on utilise en réduction de rides. Mon patron dit : "vous en avez entendu parler ?" Je dis "Non, Monsieur". Il est alors en contact avec le laboratoire qui le commercialise ».

Et c'est de cette manière, concrètement, que David jauge la plus-value de ces techniques, pour finalement « trouv[er] que c'était un complément intéressant à ce que je faisais ». Il gardera longtemps le contact avec cette firme, qui le sollicitera à plusieurs reprises pour diriger des formations.

Leur multipositionnalité, au croisement des sphères scientifiques, industrielles et libérales, fait dès lors de ces chirurgiens des passeurs pleins de promesses pour les industriels. Si ces derniers les encouragent à communiquer sur ces actes — avec un succès mitigé, les chirurgiens étant prudents à cet égard —, c'est en fait plus discrètement, en les engageant pour participer aux enseignements de ces techniques, que leur positionnement est utilisé. À la différence des entrepreneurs (de cause, de morale, etc. : Bergeron *et al.*, 2013), ces praticiens n'ont pas œuvré à promouvoir cette activité, volontairement et dans un premier temps au moins, ni à jeter des ponts entre la médecine esthétique et les chirurgiens. En s'appropriant certains actes médico-esthétiques, ces passeurs sont portés par la volonté d'accroître leur propre clientèle, bien davantage que de disputer — au niveau collectif — une quelconque juridiction.

3.3. « Ce n'est pas ce qui me passionne le plus, mais bon, c'est obligé » : vers une réévaluation de la médecine esthétique ?

Malgré ces passeurs, les postures des chirurgiens plasticiens à l'égard de la médecine esthétique restent très largement hétérogènes, et bien plus encore que pour la chirurgie esthétique. Parmi eux aujourd'hui, et y compris chez ceux — nombreux — qui les désignent comme dévalorisants, ces actes ne sont le plus souvent pas dépêchés aux médecins esthétiques selon une configuration classique de délégation des tâches dépréciées (Hughes, 1996), et ce en partie parce que ces derniers sont déconsidérés, mais aussi parce qu'ils s'imposent désormais comme des candidats gênants sur le marché de l'esthétique.

Un nombre conséquent de chirurgiens plasticiens est réservé à l’égard de ces actes, bien que les positions soient à la fois variées et variables dans le temps, découvrant un ensemble de négociations pour ceux, de plus en plus nombreux, qui s’adonnent à cette activité. Trois postures, en plus de celle consistant à s’y refuser catégoriquement, peuvent être distinguées : la négociation par la sélection et la subordination des actes de médecine esthétique (1), le pragmatisme lorsque cette activité est davantage subie (2) et la conversion (3).

Parmi ceux qui la pratiquent, beaucoup ne se l’autorisent que dans des cas présentés comme circonscrits. Jonathan (sexagénaire libéral sans vacation hospitalière) n’admet ainsi cette tâche qu’en complément d’un geste chirurgical (posture 1).

« Je ne fais pas de médecine esthétique, je suis chirurgien... enfin si, je fais des infiltrations de Botox, mais à des patientes que j’ai opérées. Mais je ne suis pas, comme je dis, un “injecteur”. Je suis chirurgien. Si après il y a besoin de faire une injection, je la ferai, en complément de mon geste ».

Couvert par le fait qu’il n’intervienne que ponctuellement, Jonathan s’autorise certaines dérogations. La subordination de ces actes médicaux à une opération chirurgicale lui offre par ailleurs un compromis solide écartant le soupçon d’être un « injecteur ». La médecine esthétique est ainsi présentée comme un complément de la chirurgie. L’engagement des plasticiens dans cette pratique est d’ailleurs fréquemment sélectif : les lasers ou les *peelings*, pour ne citer que ces deux ensembles d’actes, sont ainsi écartés par beaucoup. Ces chirurgiens se rencontrent, de façon prédominante, parmi les hospitaliers ou les plus âgés bénéficiant d’une clientèle établie — caractéristiques que l’on retrouve chez celles et ceux qui s’y refusent. Une clientèle fournie, comme c’est le cas pour Jonathan, offre en effet « le luxe » (*dixit*) d’écarter certains actes délégitimés.

L’importance prise par ces actes médico-esthétiques contraint d’autres praticiens, initialement réticents, à revoir leur position. D’âge moyen, ces chirurgiens sont plus difficilement identifiables à partir d’indicateurs stables. Ainsi Cédric (libéral quinquagénaire sans vacation hospitalière) qui, n’ayant pas effectué de médecine esthétique dans la première partie de sa carrière, finit par s’y adonner (posture 2).

« Au départ, je leur ai dit : “Je ne fais pas ça. Allez voir vos médecins esthétiques”. Et puis au bout d’un moment, premièrement on a une baisse d’activité, tous [...]. Et puis, il faut reconnaître, les injections ça rapporte gros. Ce n’est pas ce qui me passionne, mais bon, c’est une obligation ».

S’ils constatent que cela « marche », ceux qui tenaient en haute estime le geste chirurgical accueillent difficilement cette simplification. Face à ce compromis, c’est le réalisme qui s’impose : « il faut casser la croûte » (Antoine, libéral quinquagénaire sans vacation). Ils sont ainsi de plus en plus nombreux à s’y engager par « obligation », selon leurs propres termes. Les perspectives financières attisent les intérêts — ce que reconnaissent sans fard ces praticiens —, ces interventions étant très rémunératrices. À titre d’exemple, une séance de toxine botulique est facturée entre 350 et 500 euros pour quelques minutes de travail. Cet intérêt économique, s’il constitue un élément important, doit également être associé à la vulnérabilité du marché dans lequel ils œuvrent depuis l’avènement de ces techniques injectives (Zetka, 2008). La concurrence est d’ailleurs largement intégrée, ce qui porte la plupart des chirurgiens libéraux à considérer l’importance de la captation du client, dès sa première demande de correction esthétique. On peut même retrouver cette préoccupation sous la forme d’une recommandation dans la revue suivante, comme dans l’extrait suivant :

« Pour le chirurgien plasticien, la pratique de la toxine botulique pourrait lui faire craindre une diminution de son activité chirurgicale. Or, le fait de proposer toutes les alternatives possibles crédibilise aux yeux des patients ses indications. Ainsi, la patiente venue pour une

intervention des paupières à qui l'on propose l'alternative d'une injection de toxine pour élever les sourcils sera tout à fait contente si l'effet est concluant. Elle sera donc en confiance lorsqu'elle demandera un avis pour un *lifting* cervico-facial justifié » (Le Louarn, 2003, p. 347).

D'autre part, si la concurrence accrue et les gains substantiels permis par ces actes sont des motifs pour s'engager dans cette activité, ils apparaissent évoluer sur le long terme, surtout si la place de la médecine esthétique s'accroît dans l'agenda professionnel. On observe alors, parmi ceux qui l'exercent depuis longtemps, et en premier lieu parmi les pionniers, une redéfinition sensible de ces interventions. Celles-ci ne se présentent plus comme une contrainte, mais comme des tâches d'une haute technicité associées aux savoirs anatomiques censément propres au chirurgien :

« [Il faut] utiliser [les injections] en se basant non pas sur des schémas préétablis mais sur l'anatomie fonctionnelle de la personne qui est en face de nous, parce que l'expressivité est spécifique de chaque individu [...]. Les chirurgiens sont toujours *leaders* parce que l'anatomie, on la vit tous les jours en opérant, alors que les médecins, les dermatos, n'opèrent pas, n'ouvrent pas pour voir ce qu'il y a dessous » (Patrice, libéral sexagénaire, sans vacation hospitalière).

En dramatisant leur action et en donnant de la visibilité aux échecs, ces chirurgiens travaillent à revaloriser ces actes par référence à leurs *core-skills* (posture 3). Certains aspirent même à une finalité thérapeutique de ces interventions, appliquant ainsi une définition élargie — mais largement contredite par la plupart des chirurgiens plasticiens — du soin. Ce travail de revalorisation morale est proche de celui réalisé pour la chirurgie esthétique. Ces convertis pointent par exemple le « mal-être » qui résulterait du « divorce, entre le visage vieillissant et le sentiment de jeunesse globale, ressenti par la personne » (Delay, 2017, p. 346). Aujourd'hui, de tels praticiens ne peuvent plus être considérés comme des passeurs, mais bien davantage comme des opérateurs de la traduction. Certains sont en effet devenus de véritables promoteurs de ces techniques, dont ils travaillent le sens, revendiquant de nouvelles logiques et même de nouvelles pratiques⁶. Outre ces pionniers, cette posture est particulièrement visible parmi les plus jeunes spécialistes à l'éthique entrepreneuriale la plus développée.

Si elles restent contrastées, ces postures individuelles n'en ont pas moins un impact sur le groupe professionnel — initialement réticent —, sur ses positionnements et sur ses mobilisations. Cette transformation n'est pas sans lien avec les fortes évolutions du contexte professionnel et politique.

3.4. Une mobilisation professionnelle ambiguë

C'est donc d'abord à titre individuel que les chirurgiens plasticiens investissent la médecine esthétique, avant que le groupe, par la voix de sa société savante, dans le courant des années 2000, ne se positionne plus favorablement à son égard, et dans un contexte qui lui est propice.

Dans les années 1980 et 1990, la chirurgie esthétique fait face à une crise sans précédent. Les affaires se multiplient, mettant en cause les produits (Jacobson, 1999 ; Greco, 2015) ou les pratiques de certains. Ces coups de projecteur attirent l'œil des instances régulatrices, ministères comme Conseil de l'Ordre⁷. Les chirurgiens plasticiens vont alors s'ap-

⁶ Si ces chirurgiens réalisent bien un travail de traduction, ils ne peuvent toutefois pas être considérés comme des traducteurs au sens de Michel Callon (1986). En effet, le processus n'est pas achevé, et sa réussite est donc incertaine. D'autre part, leur démarche ne peut être systématiquement lue comme une tentative de ralliement aux logiques qu'ils élaborent ; ils apparaissent en ce sens moins stratèges que les traducteurs décrits par M. Callon (Bergeron *et al.*, 2013).

⁷ Dans les archives du ministère de la Santé, les premiers comptes rendus d'affaires en lien avec la chirurgie esthétique — et pas encore avec la médecine esthétique — datent du milieu des années 1990, tandis que l'intensification de ces affaires en tant qu'objets médiatiques date de la fin des années 1970.

puyer sur ce contexte pour exiger de ces instances une intervention visant un renforcement de leur juridiction, comme en témoigne, parmi d'autres, la lettre du 30 novembre 1993 du « club des professeurs et professionnels de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique » au garde des Sceaux. Ces PU-PH dénoncent pêle-mêle le manque de contrôle sur les implants à visée esthétique, sur la publicité, sur la qualification des praticiens, et en particulier de ceux qui exercent « des techniques dites de médecine esthétique ». Ils s'appuient pour cela sur le soutien de l'Académie de Médecine, dont deux rapports (en 1994 et 1997) préconisent que ces interventions soient définies comme des actes purement chirurgicaux. Cette conjoncture permet, pour la première fois dans l'histoire de la chirurgie esthétique, son inscription dans l'agenda politique. Plusieurs groupes de réflexion sont mis en place, et des enquêtes et rapports sont diligentés par les ministères de la Santé et de l'Économie⁸. Ces différents mouvements sont à l'origine de tout un chapitre de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins. Cette législation, en encadrant plus strictement les interventions de chirurgie esthétique (et non encore spécifiquement la médecine esthétique), constitue un signal encourageant pour les chirurgiens plasticiens, dont la juridiction est confortée⁹.

C'est dans ce contexte que, au tournant des années 2000, l'intérêt des chirurgiens plasticiens pour la médecine esthétique s'expose plus collectivement, coïncidant avec l'arrivée des passeurs aux postes de pouvoir de la SOFCPRE. Signe tangible de ce virage, un module d'enseignement de ces actes est intégré au Diplôme d'études spécialisé en CPRE. Au centre de ce repositionnement se trouve Laurent Lantiéri, véritable entrepreneur de cause (Cobb et Elder, 1972). À l'époque chef du service de « chirurgie plastique reconstructrice » à l'hôpital Henri Mondor (Créteil), il est un des pionniers mondialement connus des greffes du visage, et bénéficie donc d'une aura importante. Le 8 novembre 2007 il envoie à Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, une première lettre qui donne l'alerte en pointant l'« augmentation exponentielle des complications [en] médecine esthétique » à laquelle fait face son service, et dénonce des enseignements privés, dispensés hors du contrôle de l'Université. Un travail de spectacularisation des problèmes liés à la médecine esthétique se met alors en place. Ces « stratégies de scandalisation » (Offerlé, 1998, p. 123) sont orchestrées par une partie des plasticiens, et visent à mobiliser l'opinion publique et à bousculer l'agenda politique. En mettant l'accent sur des problématiques de santé publique, ce processus de mise en visibilité va opérer dans deux arènes : les cabinets ministériels et l'espace médiatique. En avril 2008, c'est au groupe tout entier, par la voix de la SOFCPRE, d'interpeller le cabinet de la Ministre. Ces mises en garde s'ajoutent à des campagnes de sensibilisation auprès du grand public (comme dans l'exemple repris en encadré 2), qui sont l'occasion de se réaffirmer en tant qu'élite garante d'un ordre moral.

Longtemps considérée comme un dossier non prioritaire par le Ministère — malgré l'intérêt de certains de ses services en particulier au sein de la Direction de l'Hospitalisation et de l'offre de soins et de la Direction Générale de la Santé (DGS) —, la médecine esthétique s'inscrit progressivement dans son agenda politique. Outre les protestations des chirurgiens plasticiens, les incidents relevés par le département des urgences sanitaires de la DGS et par la DDASS, ainsi que toute une série d'affaires, conduisent en décembre 2008 à un rapport de la DGS, puis à l'insertion d'un volet concernant cette activité dans

⁸ Plusieurs enquêtes sont mises en œuvre par la Direction générale de la Concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) en 1993 et 1994. Elles débouchent sur une commission ministérielle en 1995, et sur plusieurs rapports du Conseil national de la Consommation (1996, 2000 et 2001). D'autres sont initiées par la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) en 1995.

⁹ En outre, un décret d'application leur attribue, exclusivement, en 2005, deux interventions aux frontières des mondes médical et chirurgical : la liposuction et la greffe de cheveux, qui faisaient l'objet d'âpres luttes de territoires (les dermatologues ayant obtenu dérogation pour la seconde).

la loi Hôpital-patients-santé-territoire de juillet 2009, exigeant la formation des médecins esthétiques (les plasticiens étant considérés comme déjà compétents) et facilitant l'interdiction de certains actes jugés dangereux¹⁰.

Néanmoins cette mobilisation ne suffit pas, loin de là, à gagner l'ensemble des chirurgiens plasticiens à la médecine esthétique. Ces actes demeurent dans une position ambivalente. Cette mobilisation est d'ailleurs elle-même empreinte de tensions, puisqu'il s'agit d'écarter les médecins esthétiques sans pour autant se positionner trop évidemment sur ce marché sulfureux au parfum de logiques marchandes. Ainsi, si la SOFCPRE, en tant que représentante de ce groupe professionnel, dénonce les problèmes que ces pratiques engendrent, elle n'en revendique pas clairement la fermeture à son profit.

Encadré 2. « Être belle et bien dans sa peau grâce à un bistouri et sans risque »

Ce dossier de presse de la Société française des chirurgiens esthétiques plasticiens (affiliée à la SOFCPRE), en date du 5 décembre 2006, met particulièrement l'accent sur le manque de connaissances en anatomie des médecins. À propos de la toxine botulique, il est précisé qu'« il est possible d'injecter selon un schéma pré-établi, mais le résultat ne sera pas aussi bon que si l'on a su analyser la mimique et la demande de la personne pour faire une injection adaptée et spécifique. C'est là qu'intervient tout le savoir-faire du chirurgien qui doit bien doser le produit et piquer aux endroits stratégiques. D'où l'importance de s'adresser à des spécialistes bien formés et expérimentés » — c'est-à-dire à des chirurgiens plasticiens.

4. Conclusion

Tout au long de cet article, nous nous sommes attaché à mettre en relief les différentes modalités de hiérarchisation morale des tâches, et leur évolution au cours du temps. Interroger ce qui se présente comme légitime ou non offre ainsi un marqueur des évolutions, dans les tâches quotidiennes comme dans l'organisation de ce groupe professionnel.

La revalorisation de la chirurgie esthétique a été facilitée par la proximité de ses *core-skills* avec ceux de la chirurgie plastique reconstructrice, mais aussi par la revendication d'un soin, attestant l'importance de la dignité thérapeutique (Freidson, 1984). Dans ce cadre, les possibilités de revalorisation de la médecine esthétique apparaissent plus incertaines. En raison de l'importance prise par cette activité, dont le développement est à lire au croisement d'évolutions technologiques et d'un marché devenu instable, les chirurgiens plasticiens font aujourd'hui face à une période charnière, et leurs postures apparaissent variées à cet égard, allant du refus à la conversion. La réévaluation des actes médico-esthétiques, à terme, n'apparaît envisageable que par le biais d'un travail de traduction vers davantage de technicité, voire par une redéfinition de l'objectif thérapeutique. La médecine esthétique est toutefois sur un terrain favorable chez les plasticiens, pour trois raisons au moins. Premièrement, parmi les spécialités chirurgicales, la CPRE dispose de l'approche la plus médicale : la consultation est globalement valorisée, tout comme l'échange avec le client. D'autre part, l'éthique entrepreneuriale est très présente dans ce groupe professionnel (Le Hénaff, 2013), facilitant l'appropriation des techniques les plus à même de satisfaire la clientèle. Enfin, ces praticiens ont déjà intégré des interventions au croisement du médical et du chirurgical comme la liposuction, premier pas vers une évolution des *core-skills*.

Les postures de ces chirurgiens plasticiens, et leur évolution, ne peuvent en outre être déconnectées des mouvements de fond qui traversent aujourd'hui la médecine, et notamment la féminisation et la mise à distance de l'éthos de la disponibilité totale (Lapeyre et Le Feuvre, 2005). L'articulation entre les différents temps sociaux et professionnels est

¹⁰ Quelques mois plus tard, en avril 2011, ce texte permet par exemple l'interdiction de la lyse adipocytaire, suite à une lettre de L. Lantiéri, encore, provoquant l'ire des médecins esthétiques.

ainsi pour beaucoup pensée dans le choix même du domaine de spécialisation. La CPRE offre en cela un cadre de vie potentiellement confortable, et cela s’accroît encore à mesure que la place de la chirurgie et de la médecine esthétique augmente. Parallèlement, la féminisation de ce monde laisse apparaître la multiplication des « doubles carrières », le plus souvent des carrières médicales (Pochic, 2005). On pourrait alors supposer un investissement stratégique plus conséquent des femmes vers la chirurgie ou la médecine esthétique, ce qui n’est pas spécifiquement le cas. Dans ce groupe professionnel, les lignes de tension ne se dessinent pas selon les dynamiques de genre. Elles s’esquissent, très partiellement, en fonction du statut (hospitalier ou libéral), et plus encore en fonction de la trajectoire des praticiens. L’âge est également un facteur discriminant : les plus jeunes, en particulier celles et ceux qui s’engagent dans un exercice libéral, ont davantage assimilé la médecine esthétique comme une partie intégrante de leur activité.

Le développement de cette activité médico-esthétique n’est enfin pas sans effet sur les frontières de l’activité des praticiens, et par extension sur leur identité. De surcroît, c’est l’évolution même de leur quotidien professionnel qui se pose ici. Cette évolution implique une redéfinition du geste du chirurgien plasticien, l’engageant à un changement profond de son rapport au travail, à la technique et au corps. Moins invasif, l’acte se fait également plus préventif — les injections repoussent la survenue d’une opération plus importante comme un *lifting* — tout en redéfinissant l’espace des interventions souhaitables. La médecine esthétique génère en ce sens de nouvelles indications, construit de nouveaux problèmes mais également un nouveau regard, en particulier sur le visage. Il ne faut enfin pas négliger l’évolution que ces nouvelles pratiques autorisent dans l’aménagement des temps professionnels. Intégrer la médecine esthétique permet désormais à ces chirurgiens d’envisager leurs rythmes de travail comme une alternance de temps forts, stressants et énergivores (les opérations chirurgicales) et de temps faibles, plus reposants (les actes médicaux). Pour quelques-uns — minoritaires il est vrai —, l’introduction de ces techniques est même l’occasion de se détacher des stress afférents à la chirurgie, en diminuant cette activité, et de s’autoriser un cadre de vie et d’activité plus confortable, attestant d’une prise de distance avec l’éthos chirurgical. Comme si, après une période où il avait fallu faire ses preuves, certains, en s’éloignant du monde hospitalier, s’étaient également éloignés de cet éthos.

Annexe

Table des sigles

CNC	Conseil national de la Consommation
CPR	Chirurgie plastique reconstructrice
CPRE	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
DDASS	Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
DGCCRF	Direction générale de la Concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGS	Direction générale de la Santé <i>Institution administrative française, les directions générales correspondent à des subdivisions des ministères, en charge de l’administration centrale dans leur domaine.</i>
PU-PH	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
SFCPR	Société française de chirurgie plastique reconstructrice (devenue SOFCPR)
SOFCPR	Société française de chirurgie plastique reconstructrice (anciennement SFCPR)

Références

- Abbott, A.D., 1988, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, Chicago (IL).
- Aknin, J., 2006, *Mon nez, mes seins... et autres histoires d'esthétique (ou de chirurgie esthétique)*, La Bruyère Éditions, Paris.
- Arborio, A.M., 1996, *Les aides soignantes à travers l'hôpital : trajectoires sociales et ajustements institutionnels*, Thèse de sociologie, EHESS.
- Barbot, J., Cailbault, I., 2010, « Figures des victimes et réparation des violences faites aux corps. Quand la chirurgie esthétique se donne à voir », *Politix*, vol. 23, n° 90, p. 91-113.
- Becker, H., 1988, *Les mondes de l'art*, Flammarion, Paris.
- Béliard, A., Eideliman, J.S., 2008, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in Bensa, A., Fassin, D. (dir.), *Les Politiques de l'enquête*, La Découverte, Paris, p. 123-141.
- Bercot, R., Mathieu-Fritz, A., 2006, « Les chirurgiens. Éléments pour une analyse sociologique d'une crise de recrutement professionnel », Rapport de recherche, LATTs et GTM.
- Bergeron, H., Castel, P., Noguez, E., 2013, « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 2, p. 263-302.
- Bloy G., 2011, « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 9-28.
- Boltanski, L., Thévenot, L., 1991, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Gallimard, Paris.
- Cahill, S.E., 1996, « The Boundaries of Professionalization: The Case of North American Funeral Direction », *Symbolic Interaction*, vol. 22, n° 2, p. 105-119.
- Callon, M., 1986, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, vol. 36, p. 169-208
- Cassell, J., 1998, *The Woman in The Surgeon's Body*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- Cobb, R.W., Elder, C.D., 1972, *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building*, Allyn and Bacon, Baltimore (MA).
- Dalgarrondo, S., Hauray, B., 2015, « Les économies de la promesse anti-âge. Le cas de la DHEA », *Sciences sociales et santé*, n° 33, p. 5-30.
- Delay, E., 2017, « Introduction : le renouveau des liftings cervicofaciaux ? », *Annales de chirurgie plastique et esthétique*, vol. 62, n° 5, p. 345-346.
- Edmonds, A., 2009, « Learning to Love Yourself: Esthetics, Health, and Therapeutics in Brazilian Plastic Surgery », *Ethnos*, vol. 74, n° 4, p. 465-489.
- Emerson, R.M., Pollner, M., 1976, « Dirty Work Designations: Their Features and Consequences, in a Psychiatric Setting », *Social Problems*, vol. 23, n° 3, p. 243-254.
- Ferree, M., Gamson, W., Marx Gerhards, J., Rucht, D., 2002, *Shaping Abortion Discourse: Democracy and the Public Sphere in Germany and the United States*, Cambridge University Press, New York.
- Freidson, E., 1984, *La profession médicale*, Payot, Paris.
- Greco, C., 2015, « The Poly Implant Prothèse Breast Prostheses Scandal: Embodied Risk and Social Suffering », *Social Science and Medicine*, n° 147, p. 150-157.
- Haiken, E., 1997, *Venus Envy, a History of Cosmetic Surgery*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Hardy-Dubernet, A.C., Faure, Y., 2006, « Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », Série Études, DREES, document de travail n° 66.

- Y. Le Hénaff, « “Tout le monde le faisait, personne n’en parlait”. Le controversé travail esthétique des chirurgiens plasticiens »
- Hardy-Dubernet, A.-C., Gadéa, C. (dir.), 2005, « De faire médecine à faire de la médecine », Série Études, DREES, document de travail n° 53.
- Hughes, E.C., 1996, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Éditions de l’EHESS, Paris.
- Hurd, C., Repta, R., Griffin, M., 2007, « Non-Surgical Cosmetic Procedures: Older Women’s Perceptions and Experiences », *Journal of Women & Aging*, vol. 19, n° 3-4, p. 69–87.
- Jacobson, N., 2000, *Cleavage: Technology, Controversy and the Ironies of the Man-made Breast*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- Knipper, P., Jauffret, J.-L., 2003, « Instantané esthétique : le questionnaire sur les interventions et leurs complications », *Annales de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, vol. 48, p. 299-306.
- Lapeyre, N., Le Feuvre, N., 2005, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, vol. 59, n° 1, p. 59-81.
- Le Breton-Lerouillois, G., 2016, « L’atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016 », Conseil National de l’Ordre des médecins, Étude.
- Le Hénaff, Y., 2013, « Catégorisations professionnelles des demandes masculines d’esthétique et transformations politiques de la médecine », *Sciences sociales et santé*, vol. 31, n° 3, p. 39-64.
- Le Hénaff, Y., 2017, « Cosmetic surgery on trial: How the Dujarier case impacted the practice and its structure in France in the interwar period », *Social History of Medicine*, vol. 32, n° 1, doi.org/10.1093/shm/hkx054 – version papier à paraître.
- Le Louarn, C., 2003, « Le chirurgien plasticien dans la prévention du vieillissement facial », *Annales de chirurgie plastique esthétique*, vol. 48, n° 5, p. 346-349.
- Mello, S., 2012, « Selling a Super Cosmeceutical: Contextualising Risk in Direct-To-Consumer Advertising of Botox Cosmetic », *Health, Risk and Society*, vol. 14, n° 4, p. 385-398.
- Offerlé, M., 1998, *Sociologie des groupes d’intérêt*, Montchrestien, Paris.
- Pochic, S., 2005, « Faire carrière : l’apport d’une approche en termes de genre », *Formation Emploi*, n° 91, p. 75-93.
- Postel, B., 2011, « Médecine esthétique : une bouffée d’oxygène pour la pharma », *Pharmaceutiques*, n° 185, p. 22-27.
- Rapport du Sénat, 2012, « Les dispositifs médicaux implantables et les interventions esthétiques », enregistré à la présidence du Sénat le 10 juillet 2012, 653.
- Ravelli, Q., 2015, *La stratégie de la bactérie. Une enquête au cœur de l’industrie pharmaceutique*, Le Seuil, Paris.
- Strauss, A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L’Harmattan, Paris.
- Strong, P.M., 1980, « Doctors and Dirty Work: The Case of Alcoholism », *Sociology of Health and Illness*, vol. 2, n° 1, p. 24-47.
- Sullivan, D., 2004, *Cosmetic surgery: The cutting edge of commercial medicine in America*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- Vallencien, G., Aubart, F., Cuq, P., 2008, « Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ? Situation actuelle et perspectives », Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités.
- Zetka J., 2008, « Radical Logics and their Carriers in Medicine: The Case of Psychopathology and American Obstetricians and Gynecologists », *Social Problems*, vol. 55, n° 1, p. 95-116.
- Zolesio, E., 2012, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d’hommes*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.

Auteur

Yannick Le Hénaff

Dynamiques sociales contemporaines (DySoLab), EA 7476, Université de Rouen

Normandie, place Émile Blondel, 76130 Mont Saint-Aignan, France

yannicklehenaff[at]yahoo.fr

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement Patrice Cohen, Stéphane Héas et Alexandre Mathieu-Fritz pour leurs conseils avisés, ainsi que les relecteurs et le comité de rédaction de la revue *Sociologie du travail*.

Note de la rédaction

Premier manuscrit reçu le 4 janvier 2018 ; article accepté le 23 novembre 2018.