

Article

« Représentations du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique »

Amnon Jacob Suissa

Lien social et Politiques, n° 59, 2008, p. 103-113.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/018817ar>

DOI: 10.7202/018817ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Représentations du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique

Amnon Jacob Suissa

Le recours à la chirurgie esthétique constitue désormais un moyen privilégié de répondre à des critères de beauté de plus en plus socialisés et normalisés. S'il s'agit *a priori* de corps physique, il faut parler aussi de corps social, car le regard social du corps est un facteur déterminant dans le processus de jugement de ce qui est acceptable et de ce qui l'est moins. Dans la gestion de ces liens sociaux, la question de la médicalisation des corps avec la chirurgie esthétique pose la question de l'importance de la standardisation et de la normalisation sociale des critères de beauté (Blum, 2003). Diagnostiquée par le DSM-IV (bible du domaine psychiatrique aux États-Unis) comme un désordre corporel (*body dysmorphic disorder*), cette avenue de plus en plus privilégiée dans la gestion de ce *malaise de l'image* et des corps, reflète, comme disait Freud, un malaise réel dans la civilisation (Freud, 1929).

Malaise dans la civilisation, car nous sommes passés d'un contrôle social et médical de personnes considérées comme dangereuses ou déviantes à des modalités de contrôle qui couvrent l'existence même de la vie. Alors que Foucault (1975) parlait d'enfermement des pathologiques, voire des «anormaux», aujourd'hui on peut parler de médicalisation des phases de la vie dans une perspective temporelle des corps. Les propos de Gori et Volgo (2005) reflètent bien cette mouvance quand ils analysent la tendance actuelle comme relevant d'une pathologisation de l'existence. Dans cette optique, Di Vittorio (2005) nous rappelle l'histoire de la médecine et son rôle central dans la médicalisation des conditions sociales comprises comme déviantes, en démontrant que la professionnalisation des médecins s'est produite dans le cadre d'une politique de santé publique au moment où se posait

l'exigence d'un appareil technique de gestion du corps social. Dans un essai remarquable sur l'œuvre de Foucault, Di Vittorio démontre qu'au nom de l'hygiène publique, un savoir «médico-administratif» de la médecine s'est développé pour gérer le danger social attaché au corps comme risque pathologique, créant ainsi une gestion de la distance sociale et donc des *liens sociaux*. Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité en santé publique, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation des corps ou, comme dirait Castel (1983), le contrôle de conditions sociales comprises comme indésirables.

Corps et représentations : une esquisse historique

Alors que Foucault analysait le corps comme le lieu même de l'utopie des humains à travers l'histoire (Foucault, 1966), la pers-

pective de Moreau et Vinit enrichit ses propos en démontrant le passage d'une logique disciplinaire à une transformation de la structure temporelle (Moreau et Vinit, 2007). Par structure temporelle, il faut entendre la modification de l'espace du corps avec un quadrillage social de surveillance à un processus d'intériorisation d'une norme temporelle. De ce point de vue, un des nouveaux enjeux actuels dans le processus de médicalisation des corps est celui de la maîtrise du temps. Ce contrôle du temps biologique permet de médicaliser les bornes de l'existence et de surveiller les phases pouvant aller de la naissance à la mort.

Ces auteurs n'hésitent pas à parler de *rupture paradigmatique* dans le processus de vie compris comme naturel. Ainsi, le processus de la naissance, par exemple, permet aujourd'hui d'avoir accès à une reproduction en dehors des relations sexuelles (congélation des embryons), et démontre clairement que le temps de la reproduction peut-être modifié. Dans cette logique, le prolongement du temps thérapeutique auprès des personnes gravement malades, le

recours à la procréation assistée à la naissance, l'interruption des grossesses, la pharmacologisation de la ménopause par le biais de l'hormonothérapie illustrent bien ces pratiques de plus en plus gérées dans le cadre de cette révolution biotechnologique (Fabre et Lévy, 2007). Comparant cette nouvelle révolution à celle de la découverte de l'agriculture sur le plan historique, l'épistémologue Atlan nous invite à considérer la science médicale comme une réponse contemporaine aux rêves et aux fantasmes qui ont hanté l'imaginaire des humains, réponse qu'il nomme «une nouvelle maîtrise du vivant» (Atlan; 1999: 37).

En ce qui a trait à la représentation du corps, l'exposition internationale des corps initiée par Gunther Von Hagens à travers la *plastination*, à savoir ce procédé nouveau qui permet de conserver les parties molles du corps (muscles, organes, poumons, nerfs, etc.) en les plastifiant, nous permet d'élargir nos connaissances sur le monde du corps (Hagens, 2005). Bien que Von Hagens utilise des cadavres et que son œuvre ait été au centre de nombreuses polémiques sur les plans éthique et moral, cette exposition d'un type nouveau — qui a eu lieu au Musée des techniques de Mannheim en Allemagne, en 1998, et à Montréal, à l'été 2007 —, a eu un succès retentissant à travers le monde. Ce succès peut s'expliquer en partie par le fait que cela touche au tabou de la mort dans notre société, où celle-ci est généralement refoulée, voire repoussée. C'est dans ce contexte qu'on peut mieux comprendre à travers les époques et les sociétés le recours incessant à des pratiques pouvant

ralentir le processus de vieillissement et faire accéder ainsi à l'idée de «l'homme éternel». Le phénomène du jeunisme et celui de l'émergence extraordinaire de la chirurgie esthétique s'inscrivent directement dans cette perspective où le corps devient objet de diverses interventions. Dans cet exercice qui vise à répondre de plus en plus à des critères de beauté et d'esthétisme et mener l'humanité vers des corps «parfaits», la médecine joue un rôle de relais important dans l'actualisation de ces conditions.

Sur les plans historique et philosophique, il est utile de rappeler que le dualisme corps-esprit, fortement intégré dans les valeurs du christianisme par les adhérents de l'Église catholique, a permis de disséquer les corps et de procéder ainsi à l'avancement des connaissances de l'anatomie. Compris souvent comme une «machine divine», le corps a été interprété par toutes les cultures et les religions, non pas seulement comme un objet physique, mais également comme une création de l'âme et de l'esprit.

Selon Von Hagens (Hagens, 2005: 9), si le premier anatomiste connu était Aristote (384 à 322 av. J.-C.), les premiers qui se sont intéressés à l'anatomie humaine furent probablement les cannibales; suivirent ensuite les cultures «plus civilisées» qui développèrent des techniques visant à rendre immortels les corps des défunts, du moins certains personnages importants. La momification des Pharaons en Égypte illustre bien cette réalité. Au XV^e siècle, les peintures et les sculptures de la Renaissance com-

mençaient à montrer davantage la beauté extérieure des corps. Il a fallu attendre le XVI^e siècle pour voir le corps humain au centre de préoccupations plus artistiques. Les sculptures et les portraits des corps élevèrent alors le corps humain au rang d'objet esthétique, lui conférant un nouveau type d'immortalité. Aspirant à une certaine perfection, les sculpteurs et les peintres de l'époque observaient les anatomistes et adoptaient une approche plus esthétique des corps, montrés comme exempts de défaut.

Aujourd'hui, l'exposition du monde des corps peut soulever des critiques et des débats de la part de certaines instances religieuses, médicales, éthiques ou juridiques qui rejettent en partie ou totalement une certaine transformation de l'homme. Ainsi, les représentants de l'Église se sont exprimés de manière extrêmement critique, avec des arguments de théologie morale, alors que les représentants du corps médical ont manifesté des réserves scientifiques à ce que les plastinats anatomiques soient rendus accessibles à un public plus profane (Lanterman, 2005). Dans cette logique, on peut penser que selon la position qu'on occupe dans la hiérarchie du pouvoir et les valeurs culturelles ou religieuses dans une société donnée, la transformation des corps peut susciter des débats de société importants et des réactions sociales des plus diverses.

Sur le plan culturel, et alors que les critiques en Allemagne ont provoqué des débats «enflammés», les expositions au Japon et en Asie, par exemple, n'ont suscité presque

aucune polémique. En ce qui concerne la différence dans la perception des corps au sein d'un même pays, on peut donner l'exemple du Soudan, où la partie nord du pays, plus islamique, est partisane du *tchador*, ce voile qui cache toutes les formes du corps féminin, alors que la partie sud est plus libérale, et les corps y sont montrés parfois totalement dénudés. Le tabou de la nudité ne dépend donc pas seulement du fait d'être nu ou pas, il dépend aussi et surtout de la *réaction sociale* au fait d'être nu dans un contexte social et culturel donné, avec ce qui est acceptable et ce qui l'est moins. Cet exemple culturel démontre la perception différenciée des corps et explique fondamentalement la réaction sociale négative par des instances et des valeurs religieuses, dans ce cas attribuée à l'Islam. L'exposition de l'intérieur des corps par le biais de la plastination s'inscrit dans cette tentative de réconcilier l'extérieur et l'intérieur des corps, où plastination et narcissisme pourraient trouver un certain équilibre, un sens plus universel. Contrairement à la position du corps médical qui dénonce «le populisme» des corps aux profanes, n'y a-t-il pas là l'enjeu plus large de la démocratisation de l'anatomie et de l'accès aux informations sur les corps ?

Si la mort constitue le meilleur égalisateur entre les êtres humains (*best equalizer*), nous assistons actuellement à des progrès techniques de la médecine qui nous offrent une nouvelle façon de comprendre le corps humain et de manipuler artificiellement des données corporelles autrefois inaccessibles: résonance magnétique, échographie 3D,

tomodensitométrie (TDM), traitement d'images par ordinateur, etc.

La médicalisation comme modalité de contrôle social des corps : vers une expansion des catégories

Le concept de médicalisation existe de longue date et a suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales durant les années 1950. La médecine était alors devenue un objet d'étude pour la sociologie des professions qui établissait des liens entre la santé et la conception/gestion de la déviance sociale des corps. Parsons (1951; 1975) a d'ailleurs été le premier sociologue à appliquer le concept de déviance au corps et à la santé. Comme essai de définition du concept de médicalisation, mentionnons celle de Zola, qui conçoit celle-ci comme «un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'emprise, l'influence et la supervision de la médecine» (1983: 295). D'autres chercheurs désignent la médicalisation comme un processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes principalement sociaux comme des problèmes médicaux, voire pathologiques (Beaulieu, 2005; Cohen et Breggin, 1999).

Selon ces chercheurs, certains facteurs contextuels ont favorisé l'apparition de la médicalisation comme mode de gestion des problèmes sociaux et comme modalité de contrôle des liens sociaux. Parmi ceux-ci, notons un certain déclin de la religion, une foi inébranlable dans la science, l'individualisme en pleine expansion, l'affaiblissement des liens sociaux,

la rationalité, le progrès et, enfin, le pouvoir et le prestige accrus de la profession médicale. Si la profession médicale prend le relais, par le biais de la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne, notons que la médicalisation de groupes sociaux ayant un faible pouvoir dans la société est aussi évidente. Pensons à la « pilule du bonheur » comme modalité de contrôle social auprès des aînés, qui consomment plus de six médicaments en moyenne par jour (Saint-Germain, 2005; Saint-Onge, 2005; Pérodeau *et al.*, 2005) ou auprès des adolescents avec le Ritalin (Lloyd, Stead et Cohen, 2006).

Parmi les autres chercheurs qui ont attiré l'attention sur le phénomène de la médicalisation comme forme de contrôle social, nous pouvons aussi nommer Friedson (1970); Zola (1972; 1983); Conrad et Schneider (1980) et Conrad (2005). Selon Conrad (2005), il faut éviter de limiter la médicalisation à l'application d'un niveau unique de contrôle, car le processus s'actualise sur trois plans: conceptuel, institutionnel et interactionnel.

1. conceptuel, sous la forme d'un discours et de l'adoption d'une idéologie qui renforce son acceptation sociale;
2. institutionnel, soit le rôle des médecins dans les organismes et la gestion des problèmes psychosociaux;
3. interactionnel, par la médicalisation du rapport plus privé dans la relation médecin-patient.

À ces trois paliers, on peut ajouter la construction sociale de nouvelles entités ou catégories cliniques intimement liées au développement et à la commercialisation de traitements pharmacologiques visant les corps (Fabre et Lévy; 2007). Selon Conrad et Leiter (2004), cette tendance de pharmacologisation des corps impliquerait d'autres acteurs en dehors de l'industrie pharmaceutique (chercheurs, instances gouvernementales de régulation, médecins, consommateurs, etc.). De nature beaucoup plus diffus qu'antérieurement, le processus de la médicalisation puiserait donc ses appuis idéologiques dans une diversité d'acteurs et d'instances (Collin et Suissa, 2007: 27).

L'autre facteur explicatif qui peut nous éclairer sur le recours à la médicalisation comme modalité de contrôle social est celui de l'accentuation de *l'individualisme* dans notre société postmoderne, certains diraient de l'hyperindividualisme. Dans son article intitulé « Dilemmes de l'individualisme: un contexte sociétair de l'usage de drogues », Van Caloen (2004) démontre bien comment l'usage de psychotropes, par exemple, s'inscrit directement dans le pro-

cessus d'insertion des personnes en quête d'un soutien qui puisse les normaliser socialement face aux exigences de la performance à tout prix. Dit autrement, en mettant en veilleuse le contexte structurel qui donne naissance aux conditions sociales des personnes (exemple du chômage dans certaines régions), la tendance sera d'avoir recours à la médicalisation/médicamentation comme modalité de contrôle dans la gestion de la distance sociale qui risque de s'établir entre les performants normaux avec du travail, et les non-performants sans travail. Comme effets secondaires, la réponse à ces conditions passera généralement par un regard social qui individualise le problème et qui marginalise souvent la personne par le biais de la médicalisation (dépression, anxiété, insomnies, etc.). Dès lors, nous assistons souvent à une médication accompagnée d'un retrait social de nature plus privé, plus individuel. En lien avec la course économique effrénée de la mondialisation, Gori et Volgo (2005) nous rappellent que l'hyperconsumérisme contribue au fait que *le manque d'être se transforme en manque d'avoir*.

Pour combler ces écarts de la norme et de la distance sociale, entre le dehors social public et le dedans privé, on peut dire que l'individu fera des actes visant à les réduire en essayant d'établir des *liens sociaux* qui contribuent à sa normalisation (Suissa, 2001). Dans un article du psychiatre social Furtos (2005) intitulé « Souffrir sans disparaître », on démontre clairement comment des problématiques psychiques et psychosociales, par exemple,

empêchent en fait l'exercice ordinaire du lien social en faisant subir à la personne cible le syndrome d'auto-exclusion. Les travaux de Fainzag sur l'exercice du pouvoir médical dans le rapport médecin-patient constituent également des repères précieux dans la saisie des dynamiques plus individualisantes du processus de la médicalisation (Fainzag, 2005).

À la lumière de ces observations, on peut dire que deux domaines importants constituent les cibles privilégiées dans le processus de la médicalisation. Le premier est celui qu'on pourrait appeler le contrôle social médical des événements normaux de la vie: naissance, adolescence, infertilité, ménopause, menstruations, mort, etc.; le second est plutôt rattaché à la gestion de certaines conditions ou problèmes considérés comme déviants dont les transformations esthétiques du corps font partie.

Le recours à la chirurgie esthétique: un exemple de médicalisation de corps souffrants

Selon Hagens (2005: 269), notre sensibilité à la beauté de l'enveloppe corporelle serait un héritage évolutionniste en Occident. Dans ce contexte, les attributs physiques acceptables comme critères de beauté, de signes de santé et de vitalité tournent généralement autour de la symétrie corporelle, le volume musculaire, la peau douce, etc. Ainsi, la chirurgie esthétique semble constituer une réponse à ces critères qui s'inscrit dans cette modalité de contrôle et de gestion des corps physiques et sociaux.

Moreau et Vinit (2007) ont avancé que l'accroissement du savoir sur le corps couplé à celui des possibilités techniques et chirurgicales vont dessiner l'image d'un «corps mou». Hybridation du corps et de la technique médicale, la chirurgie esthétique est de plus en plus pratiquée dans la médecine contemporaine et permet ainsi de modifier le corps hérité de nos parents. Dans un article analytique sur ce sujet, St-Hilaire (2006: 112) introduit la notion de plasticité du sujet, où ce dernier peut bonifier son corps et le rendre plus fidèle à l'image qu'il se fait de lui-même. Cet auteur soutient qu'il y a des thèses parfois opposées face à la question de la chirurgie esthétique. D'une part, on aurait la version des femmes victimes de l'invasion des corps par le discours médical qui permet une socialisation des normes esthétiques et sociales des corps. Dans cette perspective, Naomi Wolf (2007), dans son livre sur le mythe de la beauté, explique comment ce discours de la beauté axé sur l'image est en fait un dispositif qui vise à déposer les femmes de leur pouvoir en les confinant à des rôles d'objets. D'autre part, il y a la thèse qui soutient que, paradoxalement, les femmes, en décidant d'avoir recours à la chirurgie plastique, s'approprient en quelque sorte leur corps et s'affirment en exerçant justement un contrôle sur celui-ci. Dans cette lignée, Etkoff (1999) va jusqu'à dire que la beauté et la perception/représentation que nous nous en faisons seraient plus inscrites dans la biologie et non dans un comportement appris. Cette version plus darwinienne de la transformation

des corps s'inscrit dans une explication où la lutte pour la survie à l'intérieur d'un milieu social donné permettrait à la personne non seulement d'accéder à la beauté en soi, mais aussi d'acquiescer des bénéfices secondaires importants, comme trouver le partenaire ou le conjoint idéal.

La chirurgie ne porte pas sur la beauté comme tel, selon Davis (1995, cité dans St-Hilaire, 2006: 113), elle porte plutôt sur l'identité de la personne. Dans la mesure où la personne transige et renégocie son identité par le biais de la transformation de son corps, de son visage, de son apparence, cet auteur soutient que cela relève d'un exercice de pouvoir de nature principalement identitaire. Toujours selon cet auteur, avoir recours à une chirurgie esthétique sert à s'insérer dans ce qui est considéré comme «normal» dans la société, «plus que normal», voire «meilleur», et la plupart des femmes ayant été opérées se disent plus «acceptées» sur le plan social. Pour reprendre le questionnement de St-Hilaire, et dans la mesure où la chirurgie esthétique contribue à changer des corps «naturels» en des corps «moins authentiques», comment devenir soi-même, et quels moyens peut-on prendre pour y arriver? Jusqu'à quel point changer une partie de son visage, par exemple, modifie l'identité intérieure/extérieure du sujet? Dans la régulation des corps compris comme déviants et souffrants, assistons-nous à ce que Lupton (1995) appelle la *sanitarisation* (*Healthicization*), à savoir une transposition des problèmes médicaux et de santé publique en enjeux moraux et sociaux?

En ce qui a trait aux dimensions culturelles, les exemples de plusieurs cultures et pays nous incitent à nuancer davantage le discours médical dominant perçu comme traditionnel. Rappelons que le diagnostic émis par le DSM-IV du désordre corporel (*body dysmorphic disorder*) est une construction sociale américaine qui permet d'identifier cette condition sur le plan mondial en évacuant les réalités culturelles qui déterminent souvent les motifs et les raisons qui sous-tendent le recours à la chirurgie esthétique.

Si au Venezuela ou en Argentine on voue un culte extraordinaire à l'apparence physique, la chirurgie esthétique est non seulement acceptable sur le plan social, elle y est même institutionnalisée, voire normalisée. Le service est gratuit et offert en général aux jeunes filles à partir du moment où elles obtiennent l'aval d'un professionnel (psychologue, psychiatre, médecin). Par contre, en Iran, pays qui conserve le secret sur la vie privée des femmes, celles-ci ont quand même recours à la chirurgie esthétique comme moyen d'échapper à une

certaine oppression dans les rapports homme-femme et dans un environnement de théocratie qui interdit toute expression extérieure des corps. Ce qui leur reste comme signes extérieurs personnalisés, sous une forme insuffisante il est vrai, c'est le visage et les mains. L'espace privé disponible dans l'espace public étant interdit (*tchador* et police des mœurs obligeant), la chirurgie plastique devient un acte de déviance, voire de délinquance. Le recours à la chirurgie esthétique devient alors une stratégie pour garder son équilibre psychique et social. En revanche, en Corée du Sud, la diffusion de la chirurgie plastique auprès des femmes dans la vingtaine atteindrait un sommet de près de 50 % (Scanlon, 2005). Deux facteurs expliquent cet engouement extraordinaire. Le premier est lié aux pressions sociales intenses que subissent les femmes en âge de se marier pour paraître à leur meilleur. Les valeurs véhiculées dans cette culture soutiennent que le recours à la chirurgie esthétique garantirait l'accès à des hommes plus aisés financièrement; il est alors compris comme un investissement pour améliorer son statut social et économique. Dans ce contexte de très forte compétition, il n'est plus suffisant de corriger telle ou telle partie de son corps, il s'agit plutôt de se sortir du lot des jeunes femmes pour devenir la plus parfaite d'entre toutes. Le second facteur explicatif est que l'industrie de l'esthétisme n'est pas du tout régulée, ce qui permet une marge de manœuvre plus étendue. Alors que ce pays n'enregistre que 1 200 chirurgiens plasticiens, des milliers d'autres médecins pratiquent la

chirurgie sans qualifications. Ceci n'est pas sans avoir des conséquences négatives, puisque des centaines de femmes se sont retrouvées avec des marques permanentes au visage, les interventions ayant parfois été effectuées par des radiologues ou des psychiatres sans aucune formation dans ce domaine précis.

Ces diverses conceptions culturelles des corps et du rôle de la chirurgie esthétique démontrent comment la conception de cette condition relève plus d'un *phénomène multifactoriel*. Multifactoriel, car selon les périodes et les valeurs sociales et culturelles en question, le corps sera représenté de manière différente et suscitera également une réaction sociale propre aux valeurs sociales et culturelles propres à la société en question.

Aux États-Unis, par exemple, 2 % des personnes vivent une détresse sévère en lien avec leur image de soi qui s'exprimerait plus durant l'adolescence (Gorbis, 2004). Diagnostiqué par le DSM-IV comme un désordre corporel (BDD, *body dysmorphic disorder*), ce désordre engendre des symptômes qui s'apparentent fortement à l'anorexie, voire aux TOC, à savoir les troubles obsessionnels compulsifs. Selon Lorenc (2005), 50 % des étudiants américains sont préoccupés par au moins un aspect de leur apparence physique. Même si les médias mettent plus l'accent sur les femmes, les études recensées aux États-Unis par Gorbis (2004) démontrent que le BDD affecterait autant les hommes que les femmes, et ce, à des degrés et pour des motifs différents.

Sur le plan historique, les femmes américaines ont toutefois été plus sujettes à des changements, voire des transformations de leur image corporelle extérieure. Selon Riordan (2004), les Américaines avaient déjà, en 1858, utilisé un métal d'une dizaine de centimètres pour augmenter l'apparence de la poitrine. De 1850 à 1950, l'usage des produits technologiques disponibles pour les augmentations mammaires était essentiellement motivé par le désir d'attirer les hommes et de réinventer son corps en se transformant en «plusieurs femmes», c'est-à-dire en utilisant diverses caractéristiques et stratégies de la beauté extérieure pour que le regard masculin se pose sur le plus grand nombre de parties du corps possible.

En ce qui concerne les hommes, ils ont davantage recours à des traitements non psychiatriques, en particulier les soins dermatologiques. Ils seraient plus enclins à voir le désordre corporel comme étant inscrit dans les muscles (*muscle dysmorphia*); ils sont davantage obsédés par la perte des cheveux, leur peau, leur visage et la taille de leur pénis. En fait, l'augmentation de la taille du pénis serait la pratique la plus en vogue (Luciano, 2001).

Dans plusieurs cas, la chirurgie esthétique peut ne pas s'avérer bénéfique à moyen terme, car elle est rarement perçue comme satisfaisante, les individus continuant à être obsédés par d'autres parties de leur corps à changer, à transformer. Dans ce contexte, on peut plus parler de malaise de l'image psychosociale de soi, voire de dépendance, dans le sens de Le Breton, selon qui c'est «une

manière de combler un vide ou de juguler une peur au moyen d'un produit ou d'une action qui procure un apaisement et une réponse provisoires» (Le Breton, 2004).

Comme vignette, le cas de Hope Donahue, une jeune femme âgée de 30 ans, illustre bien ce type de dépendance (Donahue, 2004). Sa première intervention en chirurgie esthétique à 22 ans avait corrigé un défaut du nez, à 23 ans, c'était un remaniement du visage (*facelift*), et à 27 ans, elle avait déjà eu recours à 7 chirurgies. Pour payer ces dépenses, elle avait utilisé toutes les cartes de crédit disponibles, volé de l'argent à ses parents et à ses connaissances, et s'était même adonnée à des séances de nu pour pallier sa souffrance et sa dépendance. Pourtant, Donahue était une belle jeune fille, issue d'une famille aisée et avait un statut social enviable. Fille unique éduquée dans les meilleures écoles privées, Donahue a graduellement emprunté le chemin de la perfection physique pour échapper à des tensions familiales et redorer provisoirement sa faible estime de soi.

À la question de savoir comment le recours à la chirurgie peut constituer une dépendance, il est utile de rappeler que Peele et Brodsky (1975) ont été parmi les pionniers à appliquer le terme de dépendance non seulement aux abus de psychotropes, mais également à d'autres comportements obsessionnels: le jeu, l'amour, etc. Appliquée à la chirurgie esthétique, la dépendance est d'abord une recherche hors de

soi de ce qui manque à l'intérieur. D'ailleurs, un ouvrage consacré à cet aspect du rapport intérieur-extérieur en lien avec cette dépendance est largement traité dans le livre de James et Garcia (2003) intitulé: *The Truth About Beauty: Transform your Looks and your Life From the Inside Out*.

Autrement dit, et si nous pouvons tous potentiellement développer des dépendances, certaines conditions psychosociales doivent être présentes pour que commence le cycle de la dépendance. Comme c'est le cas avec les psychotropes ou les jeux de hasard et d'argent, la dépendance s'inscrit d'abord et avant tout dans un contexte de fragilité, où la personne souffrante est généralement seule, et ses liens sociaux sont affaiblis. Ainsi comprise, la dépendance à la chirurgie s'inscrit dans la *relation* d'une part à son corps et en réaction à des souffrances personnelles, et d'autre part aux demandes sociales contextuelles. C'est donc dans la *relation* entre individu-activité-image idéalisée du corps et le contexte social que s'installe cette dynamique du cycle de la dépendance (Gorbis, 2004; Suissa, 2005, 2007).

Parmi les autres facteurs sociaux qui influent sur la dépendance aux chirurgies plastiques, Lorenc (2005) mentionne au moins trois repères:

1. l'accès aux médias télévisés, émissions spéciales, porte-parole de Hollywood, des milieux artistiques, de la mode;

2. l'immense progrès technologique des interventions médicales, où le patient subit moins d'anesthésie et où la réhabilitation postopératoire est beaucoup plus rapide;
3. le processus de socialisation, qui permet d'élever le niveau d'acceptation du recours à la chirurgie esthétique par la société, celle-ci devenant non seulement plus tolérante, mais même fascinée par rapport à elle.

Les injections de Botox tous les 6 mois pour plus de 8 000 000 d'Américains, les interventions chirurgicales de *déridage* du visage tous les 3 ou 6 ans, les liposuctions tous les 5 ou 10 ans deviennent de plus en plus monnaie courante dans certaines catégories sociales. Les deux tiers des patients ayant recours à la chirurgie plastique ont en fait eu recours à d'autres interventions dans le passé. Selon Lorenc (2005), plusieurs individus avouent avoir développé la dépendance à la chirurgie en faisant des actes déviants, parfois même délinquants. Afin de répondre à leur dépendance d'une certaine image de soi, certaines femmes vont

même parfois jusqu'à se prostituer, voler, poser nues pour des revues pornographiques et effectuer des emprunts bancaires irréalistes. Âgées de 25 à 50 ans, plusieurs d'entre elles ont subi de 20 à 35 interventions chirurgicales, entreprises depuis l'adolescence, et vivent des symptômes de sevrage similaires à ceux des toxicomanes si elles n'ont pas recours à au moins deux interventions chirurgicales par année. Cette tendance plus féminine est en train de s'étendre auprès des hommes (Luciano, 2001).

Perspectives

La médicalisation des corps en général et la chirurgie esthétique en particulier soulèvent la question de l'importance de la normalisation sociale des critères de beauté (Blum, 2003). La dépendance à l'image de soi et au «jeunisme» mène tout droit à avoir recours à la chirurgie pour anesthésier ses émotions et sa faible estime de soi, d'une part, et satisfaire les critères et normes sociales, d'autre part. Si se faire opérer pour corriger un problème physique ou une tare congénitale (accident, bec-de-lièvre, brûlure au visage, paralysie faciale, cancer de la mâchoire, etc.) est plus que légitime, l'intervention chirurgicale, parfois faite pour des raisons purement esthétiques ou obsessives, révèle que la solution n'est pas la chirurgie, mais bien les rapports adéquats à soi-même et au monde, dans *le lien social*, que l'individu peut développer.

Devant cette expansion du malaise par rapport à l'image Weil (1983; 2007) nous rappelle l'importance d'intégrer les aspects phy-

siques, mentaux et spirituels dans notre vie afin d'ériger une certaine barrière contre l'invasion des maladies en général, et des comportements inappropriés en particulier, comme celui du recours grandissant à la chirurgie esthétique. Porte-parole depuis une trentaine d'années de la médecine dite intégrée (*integrative medicine*), ce médecin issu de Harvard a réussi un coup de maître en s'opposant à la vision positiviste et mécanique des corps. Il affirme ainsi que les compétences cachées des personnes et des *liens sociaux forts* dans l'environnement sont de véritables facteurs de protection. Dans une optique de réappropriation du pouvoir, il a contribué de manière marquante à ce que 15% des écoles de médecine aux États-Unis présentent aujourd'hui des cours explorant les médecines dites non conventionnelles. Ainsi, il dénonce les systèmes de santé en les nommant des systèmes de gestion des maladies et rejoint les propos de Peele (1989) dans son livre intitulé *Diseasing of America* (la «maladisation» de l'Amérique). Alors que la majeure partie des cas de guérison dans le monde sont en fait des rémissions spontanées (*spontaneous healing, natural recovery*), cette «maladisation» des corps physiques et sociaux constitue encore le noyau dur du modèle médical et de son idéologie.

Le phénomène de la médicalisation, voire de la surmédicalisation, constitue une avenue privilégiée dans la gestion des classes ou groupes ayant *des liens sociaux faibles* et vivant des problèmes sociaux, dont ceux du jeunisme ou des malaises de l'image. Parmi les effets pervers du discours de la médicalisation, il y a

une évacuation de la référence aux aspects psychosociaux et culturels et une tentative de démontrer que la dépendance à une certaine utopie de l'image est une réalité impersonnelle, individuelle et non discriminatoire. À ce sujet, Soulet nous rappelle qu'il n'existe pas de vulnérabilité en soi, mais des êtres vulnérables dans certaines circonstances et conditions: «toute production de sens ne peut être que sociale malgré l'apparence extérieure d'une individualisation» (Soulet, 2008).

Dans un article fortement documenté, Maddux (2002) démontre de manière magistrale comment la discipline de la psychologie, par exemple, a cautionné historiquement la construction sociale de l'idéologie de la maladie et de l'individualisation des problèmes sociaux. Dans la gestion des «maladies de l'âme», Maddux suggère de nous tourner vers la psychologie dite positive, où l'accent est mis sur les forces et les habiletés plutôt que sur les carences et les déficits. Face à cette poussée de la médicalisation comme forme de contrôle social, la question du lien social est et demeure centrale, car elle constitue le fer de lance des modalités de contrôle et des mesures à privilégier (Horwitz, 1990; 2002). Ainsi, les problèmes sociaux conçus comme problèmes individuels plutôt que collectifs, posent la question de la participation citoyenne aux diverses instances décisionnelles et de l'accès à une information pertinente dans les prises de décision.

Une étude canadienne récente portant sur les implants mammaires et menée auprès de 24 600 femmes par deux chercheurs de

la Faculté de médecine de l'Université Laval en collaboration avec des collègues universitaires ontariens révèle que, si le fait d'avoir des implants mammaires n'augmente pas le risque de mortalité, le taux de suicide des femmes avec implants mammaires est 73 % plus élevé que celui de la population en général (Villeneuve *et al.*, 2006). Cette équipe de recherche a compilé des informations sur 17 400 Québécoises et 7 200 Ontariennes ayant reçu des implants mammaires pour des raisons esthétiques de 1974 à 1989. Ces femmes, opérées à l'âge de 32 ans en moyenne, ont fait l'objet d'un suivi pendant une quinzaine d'années. En résumé, ces chercheurs soulignent que, pour subir une chirurgie mammaire, il faut d'abord jouir d'une bonne santé, et mettent en garde contre les pratiques médicales dans ce domaine en invitant les femmes à se pencher sur les raisons motivant le recours aux interventions chirurgicales. Ils rappellent que de nombreuses études scientifiques signalent que les femmes qui subissent des interventions mammaires ont un profil psychologique montrant une faible estime de soi, un manque de confiance en soi et des problèmes de santé mentale plus fréquents, notamment la dépression. À ce sujet, James et Garcia (2003) proposent que les gens désireux de se faire opérer pour des raisons esthétiques travaillent d'abord à développer leur intériorité afin de se rapprocher le plus possible d'un certain équilibre entre image de soi, idéal psychosocial à atteindre et réalité sociale concrète de l'acceptation de soi.

Dans cette perspective, Blais (2005) nous rappelle que le biopouvoir, dans le sens de Foucault, se manifeste dans l'ensemble de la société où sont constamment mis en œuvre des mécanismes produisant de plus en plus de séparation entre le normal et l'anormal. Devant les malaises et les souffrances des corps sur les plans physique et social, ce biopouvoir ne serait pas une propriété en soi, mais plutôt une stratégie d'une technologie politique qui investit les corps.

Le débat sur la chirurgie esthétique ne fait que commencer. Quand on considère les interventions chirurgicales visant le rajeunissement vaginal (*sex design*) — resserrement du vagin, remodelage du contour des lèvres, reconstruction de l'hymen, augmentation du périnée —, la médicalisation des corps des femmes semble entamer une tendance inquiétante (Collard, 2006; Galipeau (2006). Que feront ces femmes lorsqu'elles vieilliront? Continueront-elles à avoir recours à ce type de pratique, les transformant en dépendance? Ou assisterons-nous à une normalisation de la chirurgie esthétique, accompagnée de son acceptation sociale généralisée? Les émissions de télévision comme *Extreme Makeover* et *SOS beauté* illustrent cet engouement extraordinaire pour l'esthétisme du corps, voire sa totale transformation. Verrons-nous bientôt la formation de groupes d'entraide (*Surgery junkies anonymous*) fondés sur la philosophie des 12 étapes, comme chez les Alcooliques anonymes?

AMNON JACOB SUISSA
École de travail social, UQAM

Représentations du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique

Bibliographie

- ATLAN, Henri. 1999. *Les étincelles de hasard*. Tome 1. *Connaissance spermaticque*. Paris, Le Seuil.
- BEAULIEU, Alain. 2005. *Michel Foucault et le contrôle social*. Québec, Presses de l'Université Laval.
- BLAIS, Louise. 2005. «Pouvoir et domination chez Foucault», dans Alain BEAULIEU (dir.). *Michel Foucault et le contrôle social*. Québec, Presses de l'Université Laval: 159-172.
- BLUM, Virginia. 2003. *Flesh Wounds: The Culture of Cosmetic Surgery*. Los Angeles, University of California Press.
- CASTEL, Robert. 1983. «De la dangerosité au risque». *Actes de recherche en sciences sociales*, 47-48: 119-127.
- COHEN, David et Peter BREGGIN. 1999. *Your Drug May Be Your Problem*. Cambridge, Perseus Books.
- COLLARD, Nathalie. 2006. «Beauté intérieure», *La Presse*, 26 février.
- COLLIN, Johanne, Marcelo OTERO et Laurence MONNAIS (dir.). 2006. *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine*. Québec, Presses de l'Université du Québec, coll. «Problèmes sociaux et interventions sociales».
- COLLIN, Johanne et Amnon Jacob SUISSA. 2007. «Les multiples facettes de la médicalisation du social», *Nouvelles Pratiques sociales*, 19, 2: 25-33.
- CONRAD, Peter (2005). «The Shifting Engines of Medicalization», *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 1: 3-14.
- CONRAD, Peter et Väterie LEITER. 2004. «Medicalization, Markets and Consumers», *Journal of Health and Social Behavior*, 45: 158-176.
- CONRAD, Peter et Joseph SCHNEIDER. 1980. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia, Temple University Press.
- DARMON, Muriel et Christine DÉTREZ. 2004. *Corps et société: problèmes politiques et sociaux*. Paris, La Documentation française.
- DI VITTORIO, Pierangelo. 2005. «De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire», dans Alain BEAULIEU (dir.) *Michel Foucault et le contrôle social*. Québec, Presses de l'Université Laval: 91-123.
- DONAHUE, Hope. 2004. *A Beautiful Stranger: A Memoir of an Obsession With Perfections*. New York, Penguin Books.
- ETCOFF, Nancy. 1999. *Survival of the Prettiest: The Science of Beauty*. New York, Anchor Books.
- FABRE-THÖER, Christine et Joseph Josy LÉVY. 2007. «La pharmacologisation de la ménopause: l'hormonothérapie substitutive et ses fonctions dans le discours de baby-boomers françaises», *Nouvelles Pratiques sociales*, 19, 2: 46-61.
- FAINZAG, Sylvie. 2005. «La relation médecin malade: transmission et circulation des savoirs sur les médicaments», communication au Colloque du MEOS, *Le médicament comme objet social*. Université de Montréal, 27 mai.
- FOUCAULT, Michel. 1966. *Le corps lieu d'utopie*. *Anthologie sonore de la pensée française par les philosophes du XX^e siècle*. Vincennes, Éditions INA/Frémeaux et associés, 2003, 18 minutes.
- FOUCAULT, Michel. 1975. *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris, Gallimard.
- FREIDSON, Eliot. 1970. *Profession of medicine*. New York, Dodd Mead.
- FREUD, Sigmund. 1929. *Malaise dans la civilisation*. Paris, Presses universitaires de France.
- FURTOS, Jean. 2005. «Souffrir sans disparaître», dans Michel JOUBERT et Claude Louzoun, (dir.). *Répondre à la souffrance sociale*. Paris, Éditions Érès: 10-38.
- GALIPEAU, Suzanne. 2006. Que reste-t-il du féminisme? *La Presse*, 26 février.
- GORBIS, Eda. 2004. *Addiction to plastic surgery*. www.hope4ocd.com/download/gorbis_plastic0703.pdf. Page consultée le 10 novembre 2007.
- GORI, Roland et Marie-José VOLGO. 2005. *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris, Denoël.
- HAGENS, Gunther Von. 2005. *Le monde du corps: exposition anatomique des corps humains véritables*. France/Allemagne, Arts et Sciences.
- HORWITZ, Allan. 1990. *Logic of Social Control*. New York, Plenum Press.
- HORWITZ, Allan. 2002. *Creating Mental Illness*. Chicago, University of Chicago Press.
- JAMES, Kat et Oz GARCIE. 2003. *The Truth About Beauty: Transform your Looks and your Life From Inside Out*. New York, Beyond Words Publishing.
- LANTERMANN, Ernst. 2005. «Le monde du corps selon les visiteurs» dans Gunther Von HAGENS (dir.). *Le monde du corps: exposition anatomique des corps humains véritables*. France/Allemagne, Arts et Sciences: 304-311.

- LE BRETON, David. 2004. *Les passions ordinaires*. Paris, Petite bibliothèque Payot.
- LLOYD, Gwynedd; Joan STEAD et David COHEN. 2006. *Critical new perspectives on ADHD*. Londres/New York, Routledge.
- LORENC, Paul. 2005. *A Little Work: Behind the Doors of a Park Avenue Plastic Surgeon*. New York, Martin's Press.
- LUCIANO, Lynne. 2001. *Male Body Image in Modern America*. New York, Hill and Wang Editions.
- LUPTON, Deborah. 1995. *The imperative of health, public health and the regulated body*. Londres/New Delhi, Sage.
- MADDUX, James. 2002. «Le DSM et l'idéologie de la maladie», *Revue québécoise de psychologie*, 23, 3: 25-41.
- MOREAU, Nicolas et Florence VINIT. 2007. «Empreintes de corps: éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation», *Nouvelles Pratiques sociales*, 19, 2: 34-45.
- PARSONS, Talcott. 1951. *The Social System*. Londres, Routledge/Kegan Paul.
- PARSONS, Talcott. 1975. «The sick role and the role of the physician reconsidered», *Health and Society*, 53: 257-277.
- PÉRODEAU, Ghilhème. , Hélène FORGET, Isabelle GREENDEMERS, Michel PRÉVILLE, Lucie SAVOIE-ZAJC, Jacob. Amnon SUISSA, Émilie GRENON et Michel LAGRANGE. 2005. «Consommation de psychotropes par les personnes âgées: réflexions et recommandations de médecins et de pharmaciens», communication au premier Congrès international sur le médicament: *Conception, prescription, consommation: perspectives interdisciplinaires pour un avenir commun*, Montréal, 30 août.
- PEELE, Stanton. 1989. *Diseasing of America*. Massachusetts, Lexington Books.
- PEELE, Stanton et Archie BRODSKY. 1975. *Love and Addiction*. New York, Traplinger Publishing.
- RIORDAN, Teresa. 2004. *Inventing Beauty: A History of the Innovations that Have Made us Beautiful*. New York, Broadway Books.
- SAINT-GERMAIN, Christian. 2005. *Paxil Blues*. Montréal, Boréal.
- SAINT-HILAIRE, Pierre Luc. 2006. «De l'usage plastique des antidépresseurs», dans Johanne COLLIN, Marcelo OTÉRO et Laurence MONNAIS (dir.). *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, coll. «Problèmes sociaux et interventions sociales»: 109-125.
- SAINT-ONGE, Jean-Claude. 2005. *L'envers de la pilule*. Montréal, Écosociété.
- SCANLON, Charles. 2005. *The Price of Beauty in South Korea*. BBC News, South Korea, http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/from_our_own_correspondent/4229995.stm. Page consultée le 10 novembre 2007.
- SOULET, Marc Henri. 2008. «Faire face et s'en sortir vers une théorie de l'agir faible», dans Shirley, ROY et Viviane CHÂTE (dir.). *La vulnérabilité sociale: enjeux théoriques et implications pratiques*. Québec, Presses de l'Université du Québec (sous presse).
- SUISSA, Amnon Jacob. 2001. «Cannabis, social control and exclusion: The importance of social ties», *International Journal of Drug Policy*. 2, 5-6: 385-396.
- SUISSA, Amnon Jacob. 2005. *Le jeu compulsif; vérités et mensonges*. Montréal, Fides.
- SUISSA, Amnon Jacob. 2007. *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. Montréal, Fides.
- VAN CALOEN, Benoît. 2004. «Dilemmes de l'individualisme: un contexte
- sociétaire de l'usage des drogues, *Santé et Société*. 3, 1: 69-86.
- VILLENEUVE, Paul et al. 2006. «Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants», *American Journal of Epidemiology* 164, 4: 334-341.
- WEIL, Andrew. 1983. *From Chocolate to Morphine: Understanding Psychoactive Drugs*, Boston, Houghton Mifflin.
- WEIL, Andrew. 2007. «Weil-Being», *Discover*, septembre: 66-70.
- WOLF, Naomi. 2007. *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*. New York, Harper Collins Publishing.
- ZOLA, Irving. 1972. «Medicine as an Institution of Social Control», *Sociological Review*, 20: 487-504.
- ZOLA, Irving. 1983. *Social Medical Inquiries: Recollections, Reflections and Reconsiderations*. Philadelphie, Temple University Press.