HAL
open science

À LA RENCONTRE DU MALENTENDU.

Eva Carpigo

To cite this version:

Eva Carpigo. À LA RENCONTRE DU MALENTENDU. . Les malentendus culturels dans le domaine de la santé, Presses universitaires de Nancy - Editions Universitaires de Lorraine, 2016, Collection: Soins : sens, postures, pratiques, 2814302523. halshs-01512284

HAL Id: halshs-01512284

https://shs.hal.science/halshs-01512284v1

Submitted on 22 Apr 2017

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.

À LA RENCONTRE DU MALENTENDU, STRATÉGIES D'APPROCHE MÉDICALE EN CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

EVA CARPIGO

Nous nous proposons de mettre en lumière quelques problématiques liées à la relation médecin-patient en chirurgie esthétique. Cette relation médicale particulière, très rarement prise en considération par les chercheurs[1], est riche et complexe dans son déroulement. Les réflexions que nous présentons dans ce cadre, sont issues des observations de terrain, c'est-à-dire de l'analyse des discours recueillis auprès de chirurgiens et de patients[2]. Ayant principalement porté notre attention sur la question du malentendu, cruciale dans la prise en charge en chirurgie esthétique, nous souhaitons développer notre argumentation à partir de certaines interrogations de base : Qu'entend-on par « malentendu » en chirurgie esthétique ? Quels sont les risques ou les conséquences de ce(s) malentendu(s) ? Quelles sont les stratégies d'évitement de ces mêmes malentendus ? Dans quel sens un malentendu en chirurgie esthétique peut-il être productif ?

Les particularités du soin en chirurgie esthétique

Les pratiques de modification corporelle à visée esthétique ont aujourd'hui une dimension thérapeutique très importante. Les rencontres avec les patients et les chirurgiens, ainsi que l'analyse des rhétoriques commerciales autour de cette pratique, nous montrent qu'au travers de l'intervention esthétique, les acteurs visent actuellement une amélioration ou le maintien d'un état de bien-être - entendu comme un état d'équilibre ou d'harmonie.

L'action de soin en chirurgie esthétique s'accomplit dans la résolution d'un déséquilibre, associé à la présence d'un – ou plusieurs – « défaut(s) » esthétique(s), lesquels déterminent une condition de fragilité pour la personne *affectée*. C'est la prise de conscience de cette fragilité, qui génère

1 Si d'un côté R. Parker, chercheuse australienne, s'est interrogée sur l'approche des chirurgiens à la patientèle féminine, en France Y. Le Hénaff a mené des enquêtes qualitatives auprès des chirurgiens esthétiques concernant leur approche à leur clientèle, notamment masculine. Pour les références d'ouvrages voir la bibliographie.

2 Aucune observation directe des consultations entre médecin et patient n'a été autorisée. Les rencontres avec les interlocuteurs se sont déroulées entre 2009 et 2013 en France, en Italie et au Mexique. Notre analyse s'appuie également sur la lecture d'autobiographies de patients et chirurgiens.

l'envie, le désir ou la nécessité de s'engager dans une démarche de changement[3]. Ce dernier débute par la décision du patient, et ne peut s'achever que par l'aide d'un professionnel – le chirurgien esthétique – qui se charge d'intervenir en « corrigeant » l'anatomie (formes, contour et volumes du corps). De cette façon, le chirurgien établit – ou ré-établit – un certain « ordre », qui devrait enfin satisfaire le patient.

Malgré cela, les chirurgiens rencontrés[4] ont tous insisté sur le fait que le rôle du chirurgien ne peut en aucun cas se résumer à celui de technicien ou expert forgeur de l'apparence corporelle. Ce dernier accomplit de fait un rôle de thérapeute, car il prend en charge un patient souffrant et l'accompagne dans un parcours de changement. La satisfaction du patient (et le succès de l'intervention) dépend d'ailleurs de la qualité de cette prise en charge, comme l'a relevé la sociologue Rhian Parker[5]. Nous souhaitons rendre compte ici de l'originalité des dynamiques d'interaction qui s'instaurent entre médecin et patient, tout en suivant les étapes chronologiques qui scandent leur rapprochement, et ce de la première consultation jusqu'au moment post-opératoire.

Une particularité en chirurgie esthétique est que le patient et le chirurgien ont la possibilité de se choisir mutuellement, la première consultation n'implique généralement aucun engagement. Le patient peut décider à tout moment de se retirer ou de s'adresser à un autre praticien si ce dernier ne lui convient pas. De son côté, le chirurgien esthétique n'a aucune obligation d'accepter les candidats[6] demandeurs, et semblerait en écarter en moyenne presque la moitié, lors de la première consultation. Sur quel critère vient opérer ce premier filtrage ? Les interlocuteurs affirment que le premier critère est celui de l'affinité : une « entente » d'ordre sympathique ou empathique. L'absence d'affinité avec l'autre est perçue comme un obstacle indépassable à l'établissement de la relation médicale. Cette entente entre médecin et patient semblerait se révéler dès la première rencontre, parfois au moment même en que la personne rentre pour la première fois dans le studio médical.

---

3 Ce point a déjà été pris en considération par l'ethnologue française Isabelle Faivre, qui parle de chirurgie esthétique comme « rite de passage contemporain » (Faivre ; 1989) et aussi par l'historien états-unien Sander L. Gilman qui saisit dans les patients une « envie de passage », entendue comme une nécessité de « décorporation » de certains traits stigmatisants (Gillman ; 1999).

4 Je fais référence aux données issus de mon terrain mené entre 2011 et 2014. J'ai personnellement rencontré 11 chirurgiens esthétiques, opérant en France et au Mexique. Je me base aussi sur une quinzaine d'ouvrages de divulgation écrites par des chirurgiens esthétiques français.

5 Rhian Parker, *Women, Doctors and Cosmetic surgery. Negotiating the « Normal » Body*, Great Britain, Édition Palgrave Macmilian, 2010 : « Chapter 7, Communication and cosmetic surgery » (pp. 103-133)

6 Il semblerait être une convention commune à plusieurs pays (France, Mexique, Italie) le fait que la personne qui s'adresse au chirurgien ne soit pas encore proprement considérée un « patient », mais seulement un « candidat ». Seulement qui sera réellement opéré pourra assumer le statut de patient.

« Quand [le patient] il rentre, je commence par parler afin de le détendre, parce qu'ils viennent toujours un peu nerveux. Je parle pour briser la glace et nous commençons à nous détendre. Je commence à connaître un peu plus le patient, comment il est, sa façon de faire. Je veux saisir s'il y a une certaine empathie entre nous. Parce que s'il n'y a pas d'empathie il y a un problème, non !? Nous devons d'être connectés les deux, pour que je sache ce qu'il veut, et pour qu'il arrive à comprendre ce que je peux lui donner ! Pour qu'il n'ait pas de malentendus et, de conséquence, un mauvais résultat dans la chirurgie. Cela est fondamentale. (…) L'expérience t'apprends beaucoup de choses. Je crois aussi que ce soit un sixième sens qui te dit : « Surtout ne te mets pas ici ! ». Je suis très sensible, et parfois je sens que le patient, dès qu'il rentre, il m'envoie une mauvaise vibration, alors nous allons avoir des problèmes. Alors, je ne l'opère pas (…) [car] il peut se passer quelque chose de mauvais. Cette sensibilité m'aide énormément dans ma carrière professionnelle, j'arrive à détecter, dès qu'il rentre, si le patient est fâché, oui ! » [Doc. Perez, Mexico D.F. 8/3/2013]

« Je crois que la chimie avec le patient, comme en toute relation, c'est très important. Il faut qu'il y ait une empathie du patient envers toi et que ce soit réciproque. Il est arrivé très rarement de trouver des personnes désagréables, avec lesquelles il n'y avait pas d'empathie. Mais si c'est le cas, je ne les opère pas. Comme est-ce que tu peux renvoyer ces personnes chez eux ? Tu leur proposes un devis trop haut, aussi ils vont renoncer ». [Doct. Martínez, Mexico D.F. 12/4/2013]

Parfois il semblerait s'opérer aussi un choix mutuel basé sur l'affinité esthétique dans un même groupe sociale de référence ; les individus se reconnaissant partie d'un même 'ensemble' – ou ayant le même style – auraient plus de facilités en établir une relation empathique. Comme affirme le docteur Singer :

« On a un peu la patientèle qui nous ressemble ! Le chirurgien qui est un peu artiste, un peu frou-frou, un peu rockeur, par exemple, il aura une patientèle un peu plus rockeuse, d'accord ?! Si vous avez un docteur très stricte, rigoureux, psycho-rigide... bah, il aura une patientèle... voila ! (…) Ça c'est pareil dans tout métier... (…) des que vous avez un rapport entre les êtres humains, il y a une sélection des deux côtés ! (...) C'est pour ça que parfois ça se passe bien, et parfois ça se passe mal. Et il faut accepter que vous ne puissiez pas plaire à tout le monde ! (…) Le chirurgien il va sélectionner sa patientèle, inconsciemment ! (…) Par exemple moi, bah... la patiente *bimbo*, un peu *pétasse*, qui vient avec ses grosse lèvres, qui veut des gros seins... qui veut une esthétique un petit peu vulgaire (…) je vais pas aimer ce genre de patient, donc je vais être inconsciemment pas très agréable avec elle ! Et (...) je vais lui dire : « Madame non.. je... ça c'est trop gros, c'est pas beau, je vais pas faire l'opération (...)» [Doct. Singer, Paris. 21/6/2013]

Par la suite, si le « courant » empathique est passé entre les deux personnes, le candidat peut être interrogé par rapport à ses antécédents cliniques, sa situation socio-professionelle et sa condition émotive. Par le biais de ce premier contact, le praticien veut saisir certains éléments qui déterminent l'opérabilité du candidat ; le but sera de reconnaître les « bons » candidats

(avec lesquels une alliance thérapeutique pourra s'instaurer) des « mauvais » candidats (écartés par des escamotages[7]). Le praticien doit analyser les motivations et surtout la disposition du patient face à la prospective de changement esthétique. L'objet de cette évaluation n'est donc pas uniquement l'état de santé physique du candidat, mais aussi son équilibre psychologique, conjointement à certains aspects de la sphère socio-relationnelle[8]. Souvent, le chirurgien refuse de prendre en charge les patients dont il n'arrive pas à comprendre la demande, c'est-à-dire lesquels dont il n'arrive pas à percevoir empathiquement la gêne ressentie. Certaines catégories 'problématiques' semblent être: les candidats mâles (notamment pour ce que concerne les intervention d'amélioration génitale)[9], les candidats trans-genre, ceux qui présentent une image de soi « faussée » (dismorphophobiques), ceux qui souhaitent transformer leur aspect 'radicalement' et ceux qui ont des expectatives excessivement optimistes par rapport au résultat de la chirurgie. Quelque exemple nous est donné par le témoignage de la chirurgienne Grubers :

« Un problème c'est quand le chirurgien ne comprends pas la demande et surtout il ne trouve pas la demande normale, logique. (…) Si vous avez un très joli nez et vous venez me voir pour une septo-rhinoplastie esthétique, je vais refuser. (...) Quand il y a une demande de quelqu'un dont l'organe paraît parfaitement naturel et que la discussion montre que le patient a une vision de lui qui est fausse, il faut pas l'opérer. (…) Il faut toujours demander au [potentiel] patient quest-ce qu'il le gêne. Et s'il n'y a pas de relation entre ce qui dit le patient et ce qui constate le chirurgien, on peut pas opérer. (…) Il y a une autre complication (…) Si le patient attend en toute évidence beaucoup trop des interventions, notamment ceux qui viennent vous dire que leur nez leur a empoisonné l'existence depuis toujours... [Par exemple] Les patients qui ont, entre vingt et trente ans, pas de travail, mariés, mal-mariés ou divorcés (…) ils attendent de l'opération un changement de leur vie! Ça c'est une contre-indication absolue, parce qu'on est absolument pas responsables de leur vie et que c'est pas en changeant le nez que leur vie va changer! Oui, si quelqu'un change son nez, effectivement, ça va être plus facile pour lui, il va peut être effectivement se trouver transformé. Mais quand il associe son destin à son nez, ça c'est faux! Et ça c'est une contre-indication! » [Doct. Grubers, Strasbourg. 1/3/2012]

Par conséquent, le candidat ne peut pas être passif ni silencieux, mais il est amené à intervenir activement dans le dialogue afin d'exposer ses représentations vis-à-vis de la nature de son mal-être (son défaut esthétique) et à verbaliser la gêne ressentie[10]. Il pourra ensuite faire part au

7 L'escamotage plus fréquent est la remise d'un devis de prise en charge très cher, face auquel le candidat est supposé renoncer.

8 Le chirurgien doit réussir à détecter chez le candidat certaines pathologies de l'ordre de la psychose, schizophrénie ou dysmorphophobie, pour l'écarter. Le praticien doit aussi évaluer si la demande du patient répond à un désir d'amélioration personnelle ou d'autres objectifs (plaire ou ressembler à quelqu'un d'autre). Ces facteurs, d'ordre socio-relationnel, peuvent se révéler discriminants.

9 Voir notamment les recherches de Yannick Le Henaff, en bibliographie (2013; 2014).

10 Verbaliser la gêne ressentie peut s'avérer difficile pour un candidat. Il y a depuis une dizaine d'années, dans les pays occidentaux, des émissions télévisées mettant en scène la rencontre entre chirurgien et candidats, montrant les « bonnes » et les « mauvaises » attitudes qu'un candidat peut adopter face au chirurgien. Ces émissions peuvent avoir une fonction pédagogique.

praticien de ses projections vis-à-vis du résultat à atteindre et proposer d'utiliser des techniques précises. Le candidat est donc « actif » car il doit réfléchir à l'étiologie de son mal-être et aux solutions qui pourraient y mettre un terme.

Dans cette dynamique de confrontation, il est prioritaire d'établir un diagnostic, ou bien de circonscrire le défaut esthétique. En chirurgie esthétique le diagnostic est fourni d'abord par le candidat et est ensuite validé par le chirurgien grâce à une analyse – visuelle et/ou tactile – de son corps. L'opérabilité du candidat est donc établie par une analyse d'ensemble des éléments recueillis. Si le verdict est positif, différentes stratégies d'action sont proposées, afin de circonscrire les projections du changement qui pourra être ajusté. S'ouvre alors une négociation pour l'établissement d'un compromis.

Négociation du résultat et acceptation d'une perspective vague

Un des points autour duquel le malentendu se structure plus fréquemment, est la prévision du résultat esthétique post-opératoire. Différentes stratégies sont mises en place pour se faire part mutuellement des représentations liées à l'*amélioration* esthétique et au *résultat indésirable* (également désigné *ratage* chirurgical). On peut voir le chirurgien faire référence à certains outils qui permettent de présenter le résultat (la diminution ou l'augmentation de la taille, du volume, ou la tension de la peau). La stratégie courante est celle de la visualisation des photographies « avant et après » illustrant d'anciens patients (ceux qui présentent une morphologie similaire au candidat). Par ces clichés, le patient s'aperçoit de la qualité du travail du chirurgien, de son « style »[11], de la visibilité des cicatrices et du rendu esthétique des techniques et/ou des matériaux utilisés. Les projections du changement peuvent être aussi dessinées sur des photographies du candidat, ou bien sur son corps. Cette cartographie corporelle – composée de lignes, flèches, croix et autres symboles – donne un aperçu schématique du changement des contours, des volumes et de l'étirement de la peau qui sera atteint. S'il s'agit de l'augmentation mammaire, les prothèses sont positionnées dans un soutien-gorge porté par le candidat.

Une analyse de ces méthodologies nous renvoie une qualité de projection peu précise. Tout en pouvant acheter des moyens technologiques précis, comme les logiciels de *morphing*, aucun chirurgien rencontré ne signale en faire usage. Ce choix semble être déterminé par la nécessité

11 Chaque chirurgien affiche la préférence pour des critères esthétiques particuliers (probablement suivant une certaine 'école' technique, dans laquelle a été 'initié'), s'adaptant aussi à des critères socialement valorisés. Il développe également des préférences liées à des techniques opératoires, à des matériaux d'implants, à la taille du volume des augmentations ou des réductions ; cela constitue un ensemble de facteurs qui déterminent aussi le résultat esthétique finale.

de « tester » la flexibilité mentale du candidat face à la prévision du changement. Le candidat qui s'attend à un résultat trop précis sera certainement déçu face au résultat final ; au contraire de celui qui se contente d'un aperçu approximatif. Ainsi le docteur Martínez affirme catégoriquement :

"Un résultat ne va jamais être comme celui de l'ordinateur. Il y a différents facteurs qu'influencent le résultat final. Tu ne peux pas prévoir comment le corps va cicatriser, tu ne sais pas s'il va s'enflammer, et tout cela altère le résultat. Je ne me base pas sur les promesses de l'ordinateur, non." [Doct. Martínez, Mexico D.F. 12/4/2013]

Le résultat esthétique final reste d'ailleurs imprévisible, y compris pour le chirurgien esthétique, car dans la période post-opératoire, les « évolutions » ou « réactions » organiques (cicatrisation, bleus, hématomes, œdèmes) influencent la qualité du résultat final. Le patient est donc amené à faire confiance au chirurgien pour ce qui concerne son expertise, tout en gardant l'espoir que les réactions organiques soient « favorables ». Face aux risques et aux évolutions imprévisibles impliqués dans une intervention de chirurgie esthétique[12], l'unique arme dont dispose le chirurgien est celle de mettre au courant le candidat de ces éventualités. Certains pays ont adopté des lois qui obligent les praticiens à remettre une feuille informative au candidat : le « consentement éclairé ». Ce dernier illustre les risques opératoires et post-opératoires qui peuvent se présenter, spécifiant souvent aussi les modalités de paiement[13].

Le malentendu entre médecin et patient apparaît certainement quand le candidat n'a pas été préparé à envisager des difficultés comme : douleur, gênes physiques, contraintes alimentaires, contraintes de mouvements, port de gaines, traitements douloureux (drainages, « pansements »). Pendant la période qui suit l'intervention le patient est d'ailleurs contraint au repos « forcé » et à une « éviction sociale»[14], notamment professionnelle. Afin d'éviter des traumatismes, des ressentiments, ou des plaintes de la part du patient, le praticien doit s'assurer que le candidat ait bien compris la portée des contraintes liés à la période de convalescence.

Un suivi médicale constant peut aider à prévoir et résoudre les malentendus

Selon tous les témoignages recueillis et les études produits à ce propos (Parker) la qualité de

12 Les risques les plus importants sont entre autres : mort, paralysie, nécrose, défiguration, conjointement à une mauvaise cicatrisation (visible et épaisse).

13 En France, le « consentement éclairé », ou « accord de reconnaissance mutuelle », doit être remis au candidat au moins quinze jours avant l'intervention, et signé juste avant l'intervention. Voir le site de l'Avocat Maître à la Cour Carine Durrieu Diebolt <http://sos-net.eu.org/medical/chirgurg.htm>.

14 La période d'éviction sociale (appelée aussi *black-out* social, ou '*down time'*) implique un isolement du monde « extérieur » et de la vie socio-professionnelle.

l'échange entre médecin et patient en chirurgie esthétique, semble être un facteur pouvant influencer fortement la satisfaction du patient et ainsi éviter les conflits entre les deux parties. La préparation du candidat dans la période pré-opératoire s'associe donc à un suivi post-opératoire, qui commence dès le réveil du patient dans la salle opératoire. Dès que le patient a repris conscience, le chirurgien lui explique comment s'est déroulée l'intervention, le rassure par rapport au résultat obtenu et l'accompagne dans un suivi médicale personnalisée. En réalité les chirurgiens n'ont aucune certitude que les suites opératoires soient favorables et sans complications, cela dépend d'ailleurs aussi de la conduite du patient dans la période de convalescence. Le chirurgien s'assurera donc que le patient ait bien compris que de sa part tout a été fait pour que le résultat ce soit satisfaisante.

Il faut un certain temps (jusqu'à plusieurs semaines) avant que le résultat « final » se dévoile. Pendant cette période le patient revient chez le chirurgien, qui surveille les évolutions et applique les soins dits « pansements » (changement des bandages, désinfection des plaies etc.). Ces rencontres sont d'autant plus importantes, qu'elles scandent l'accompagnement par le praticien tout au long de la période de changement. La présence physique du chirurgien, son toucher et ses paroles, semblent être des éléments très importants pour une évolution positive de l'intervention ; ces rencontres aideront le patient à entretenir l'espoir d'une 'guérison' rapide et sans complications.

Malgré toutes ces précautions, le malentendu peut toujours se manifester et il se dévoile par l'attitude mécontente du patient qui peut demeurer insatisfait face au résultat final (jugeant alors l'amélioration insuffisante ou l'intervention *ratée*). Selon le docteur Grubers :

« La majorité des patients sont insatisfaits sans raison objective, c'est-à-dire que nous on trouve que l'intervention a réussi, mais pas eux. Cela c'est parce qu'ils n'ont pas obtenu ce qu'ils espéraient de l'intervention. Parce que ils se sentent investis dans l'intervention, au lieu de s'investir dans la vie. Par exemple prenons le cas d'une très jeune fille qui n'est pas très jolie (…) lui opérez le nez et elle continue à être timide, à ne pas se montrer (…) l'opération n'a rien changé dans sa vie. Elle n'est pas satisfaite. L'insatisfaction est liée presque toujours au fait qu'on n'a pas eu ce qu'on espérait. » [Doc. Grubers, Strasbourg. 1/3/2012]

Face à l'insatisfaction du patient, les chirurgiens mettent en place des stratégies pour résoudre cette situation conflictuelle, qui peut donner lieu à une suite judiciaire[15]. Le patient est alors convoqué dans le cabinet du praticien, afin de visualiser ses photographies d'« avant et après ». Ce support d'évaluation « objectif » (gardé par le chirurgien jusqu'à cinq ans après

15 Cependant, si le chirurgien peut prouver avoir renseigné le patient sur les risques inclus dans le parcours de soin, il est protégé par la loi.

l'intervention), constitue une véritable preuve du changement. Par ce biais, le chirurgien se charge de constater avec le patient si l'amélioration est advenue ; si c'est le cas, il l'argumente longuement jusqu'à quand le patient ne reconnaît son tort et retire sa plainte. Ce témoignage illustre très clairement un de ces cas :

"C'est grâce aux photos que les patients notent le changement. Après une chirurgie (…) il arrive souvent que les patients me disent: "Voici, je suis toujours pareil qu'avant!". Mais cela est impossible! (…) Je me souviens d'un cas d'une patiente à laquelle j'avais fait un lifting, et dont l'intervention était vraiment réussie. Mais elle n'était pas contente. Sa fille lui disait qu'elle n'avait pas changé et qu'elle ressemblait à *topo gigio*[16]. Quelle bêtise! J'étais sûr de lui avoir pris des photos... mais j'avais perdu les films. J'étais vraiment inquiet! Jusqu'à quand j'ai ré-trouvé le rouleau de pellicule. Je l'ai envoyé à révéler, et j'ai enfin obtenu les clichés. J'ai donc demandé à cette dame si je pouvais lui montrer ses photos d'avant et après. Elle était vraiment très énervée! Après lui avoir montré ses photos, elle m'a dit: "Je suis désolée docteur, pour tout ce que je lui ai dit, je n'ai plus un mot à dire", elle s'est levée et est partie. Cinq ans après, sa fille venait me voir en consultation souhaitant se faire opérer." [Doct. Perez, Mexico D.F. 8/3/2013]

Par contre, si le même chirurgien reconnaît que l'amélioration n'a pas eu lieu, il peut proposer une « retouche » gratuite à son patient.

Conclusion

Il faut reconnaître que le malentendu est un phénomène accidentel de la rencontre, une éventualité indésirable et crainte qui s'interpose entre deux ou plusieurs communicants, se manifestant souvent de façon inattendue. Nous sommes persuadés qu'aucune relation humaine n'est à l'abri du risque de malentendu ; cela car les représentations qui régissent nos objectifs communicatifs restent toujours subjectives et pas totalement partageables. Cependant, l'exemple de terrain que nous avons analysé vise à renforcer une approche épistémique positive, faisant la lumière sur les mécanismes culturels qui contournent l'abîme d'incommunicabilité s'interposant entre deux acteurs qui se rencontrent.

En chirurgie esthétique c'est la nécessité de satisfaction du patient qui rend indispensable un rapprochement des deux parties, dans une ou plusieurs rencontres pré-opératoires. Le procédé de négociation qui s'accomplit lors de cette phase, peut avoir lieu grâce à l'insertion des deux communicants dans un cadre culturel – et de valeur – d'ordre normatif. En ce sens, il existent des circonstances plus favorables au développement des malentendus, par exemple dans le cas

16 Une marionnette pour enfants, représentant une sourie anthropomorphe, connu en Italie et Amérique du Sud.

où le candidat et le chirurgien n'appartiennent pas à une même culture et/ou à un même groupe social de référence. Une proximité socio-culturelle et caractérielle des deux parties, facilitera le développement d'un sentiment d'empathie réciproque, et sera garantie du partage des mêmes canons anthropo-poïetiques[17] – ou modèles esthétiques –. Et pourtant, les difficultés qui apparaissent parfois dans ce processus, nous renvoient à la complexité inhérente à l'établissement d'un compromis entre les représentations d'amélioration esthétique, qui restent subjectives. Malgré cela, selon nos observations, c'est la prise de conscience de ce caractère subjectif de ces représentations (en autre que des idées de beauté et laideur plus généralement) qui contraint les acteurs sociaux à faire référence à des stratégies communicatives originales.

Une négociation du résultat de l'intervention peut s'accomplir seulement grâce à la mise-en-scène mutuelle – indubitablement codifiée et structurée – des attentes propres à chacun[18], dans ce processus le chirurgien se sert d'outils techniques ou technologiques (photographies, dessins, logiciels) comme supports méta-linguistiques aptes à traduire les discours autour de représentations subjectives. Le « consentement éclairé », nommé aussi contrat de « reconnaissance mutuelle », marque enfin le début d'un véritable pacte médical basé sur la confiance et l'acceptation des risques impliqués par l'acte de soin. En ce sens, c'est grâce à l'étude préalable et concertée des risques et des bénéfices liés à l'intervention médicale que l'alliance thérapeutique fonde son sens et trouve sa principale solidité.

Loin d'avoir épuisé les analyses, nous concluons avec une ouverture inspirée de l'ouvrage *Le malentendu* de Franco La Cecla. La relation thérapeutique qui prend lieu en chirurgie esthétique semble réfléchir les dynamiques présentes dans n'importe quelle autre relation humaine : si les communicants ont l'intention et l'intérêt de se comprendre, le moment de confrontation à l'altérité se traduit en ressource et opportunité d'instruction réciproque. Face à la perspective future d'une reconnaissance de la diversité culturelle et sociale de tous les demandeurs de soin, il nous semble nécessaire de valoriser l'apparition de stratégies originales d'interaction, qui détournent la crainte du malentendu pour l'accueillir comme une occasion privilégiée d'établissement de liens.

---

17 Nous nous referons ici au concept d'*anthropo-poïesis* (du grec *poiesis, poiein,* 'faire' et *anthropos*, « humanité . développé par l'anthropologue Francesco Remotti. Les modèles anthropo-poïetiques indiqueraient des caractéristiques réfléchissant un « modèle d'humanité », à l'occasion esthétique, pris à référence par un groupe sociale. Voir Francesco Remotti, *Prima lezione di antropologia*, Bari, Editori Laterza, 2006 et *Fare umanitá. I drammi dell'antropo-poiesi*, Bari, Editori Laterza, 2013.

18 Reste à éclairer la valeur conjuratoire du dialogue pré-opératoire, dont les dynamiques rappellent d'ailleurs d'autres traditions médicales. Le pacte médical dévient 'conjuratoire' quand il prévoit des stratégies « ritualisées » pour éloigner les éléments (en l'occurrence le malentendu) qui pourraient s'interposer à la réussite de l'objectif thérapeutique. Un complément intéressant à la réflexion est fourni par l'ouvrage de R. Bordes, *DIRE LES MAUX. Anthropologie de la parole dans les médecines du monde*, Paris, l'Harmattan, 2011.

Bibliographie

BORDES Rémi (sous la direction de), *Dire les maux. Anthropologie de la parole dans les médecines du monde*, Paris, l'Harmattan, 2011

FAIVRE Isabelle, « Autoplastie de l'apparence, ou enquête sur la chirurgie esthétique », In Ethnologie Française, tome VI, nº3/4, 1976, pp.233-249

FAIVRE Isabelle, « La chirurgie des apparences. Un rite corporel contemporain », in Ethnologie française, tome XIX, n°2, 1989.

GILMAN L. Sander, *Making the Body Beautiful: A Cultural History of Aesthetic Surgery*, Princeton University Press, 1999.

LA CECLA Franco, *Le malentendu*, Paris, Balland, 1997.

LE HÉNAFF Yannick, « La chirurgie esthétique, l'authenticité médicale en question », in Bujon t., Dourlens c., Le Naour g., (dir.), Les nouvelles frontières de la médecine, Paris, Archives contemporaines, (à paraître 2014).

LE HÉNAFF Yannick, «Catégorisations professionnelles des demandes masculines d'esthétique et transformations politiques de la médecine », Sciences Sociales et Santé, 31, 3,39-64. 2013.

PARKER Rhian, *Women, Doctors and Cosmetic surgery. Negotiating the « Normal » Body*, Great Britain, Édition Palgrave Macmilian, 2010.

REMOTTI Francesco, *Prima lezione di antropologia*, Bari, Edizioni Laterza, 2006.

REMOTTI Francesco, *Fare umanitá. I drammi dell'antropo-poiesi*, Bari, Editori Laterza, 2013.