



Les usages sociaux de l'argent

L'ambiguïté de la dimension économique dans le monde médical : l'exemple de la chirurgie esthétique

Yannick Le Hénaff

Introduction

Si les littératures en sociologie et en économie de la santé sont prolixes, les travaux davantage transversaux sont plus rares¹. Certes, ces deux approches communiquent, mais une analyse plus strictement sociologique de la dimension économique apparaît, au moins partiellement, comme un angle mort. Or, le monde de la chirurgie esthétique y confronte intensément, et d'autant plus que l'acte n'apparaît pas clairement thérapeutique et qu'il n'est pas pris en charge par les mécanismes de l'Assurance-Maladie. Les représentations sociales, certes ambiguës et contradictoires, découvrent une pratique chirurgicale dans laquelle l'argent est omniprésent. Le chirurgien y est même parfois dépeint par son avidité (Le Hénaff, 2010). Notons à ce titre que cette activité est l'une des plus rémunératrices du monde médical. Selon la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (Bercot, Mathieu-Fritz, 2005), les plasticiens disposent des revenus les plus élevés chez les chirurgiens, atteignant dans le secteur II², 147 167 euros, loin devant les chirurgiens orthopédiques (134 676 euros) et les chirurgiens généralistes (132 073 euros). Dans le secteur I, ceux-ci s'établissent à 126 952 euros, devant les chirurgiens maxillo-facial et stomatologue (96 112 euros) et les chirurgiens urologue (89 384 euros).

Cette présence, et même cette prégnance de l'argent, apparaît, dans leur interprétation, comme une entrave à leur légitimation professionnelle, tout en impliquant leur identité même de médecin, engageant à un travail de mise à distance. Dans le cadre de cette présentation, nous analyserons cette dimension financière principalement sous l'implication identitaire qui en résulte. D'abord en démontrant l'intense travail de mise à distance

¹ Sans souci d'exhaustivité, on notera toutefois les analyses de Batifoulier et Bien (2000), Bloy, (2000), Sarradon-Eck (2010), voire de Freidson (1984).

² 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 en « honoraires libres », qui peuvent appliquer un tarif différent de celui de la Convention.

discursif de cette dimension, en particulier par le biais de la figure du charlatan. Puis nous nous intéresserons à cette gestion dans le cadre de leur organisation du travail. En pointillé, nous tenterons de montrer que ce rapport à l'argent est constitutif de leur identité de chirurgien

Les aspects financiers, entre dénonciation et déni

Dans le monde médical, la figure récurrente du charlatan se dessine comme l'antithèse du médecin authentique. En chirurgie esthétique particulièrement, il se découvre par son avidité financière, si ce n'est sa malhonnêteté. Ce trait égratigne de fait les idéaux présentant le praticien comme essentiellement focalisé sur le mieux-être de son patient, et que Parsons (1970) présente comme au service de l'intérêt général avant le sien propre. A cet égard, le mode de dénonciation est largement consensuel, mais porte sur des actes différents selon les orientations professionnelles de chacun. En critiquant la futilité supposée de certains clients et l'appétence financière de ceux qui les opèrent, ces chirurgiens projettent une critique classique du monde civique vers le monde marchand, dans laquelle le bien public s'oppose irréductiblement aux intérêts privés (Boltanski, Thévenot, 1991). Les praticiens n'exerçant pas en chirurgie esthétique³ - essentiellement des hospitaliers se refusant à disposer d'une clientèle privée⁴ - réproouvent ainsi ceux qui s'y adonnent.

« Et moi, je vois ça tous les jours avec mes collègues. Y'en a qui sont tournés vers l'esthétique, le profit. 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. Ils ont pas complètement tort d'ailleurs. Alors que non, y'a aussi des chirurgiens plasticien qui ont ça dans l'âme. » (Pierre- Guillaume D.⁵, PH, sans clientèle privée)

Cette capacité à se dégager des tentations financières, à rester intègre et fidèle à une certaine lecture Hippocratique de la médecine, est affichée comme une force de caractère et comme un attachement à certaines valeurs. En insinuant l'idée d'une rationalité des « *chirurgiens esthéticiens [...] parce qu'il faut vraiment être nouille pour rester chirurgien plastique à l'hôpital* » (Claire B., Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, sans clientèle privée), ils réaffirment la prégnance de leur sacrifice individuel à la cause commune, témoignage de leur grandeur. Cette pratique est même vécue comme un sacerdoce compensant le manque à gagner financier.

³ La chirurgie esthétique est une composante de la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, discipline institutionnellement reconnue en 1988 en tant que spécialité chirurgicale indépendante. La chirurgie plastique reconstructrice se distingue de la chirurgie esthétique par son conventionnement, cette dernière étant intégralement à la charge du client.

⁴ Les hospitaliers sont autorisés à bénéficier, dans l'enceinte de l'hôpital, d'une clientèle privée.

⁵ Afin de conserver l'anonymat de ces enquêtés, les prénoms ont été modifiés.

Mais ce mode de dénonciation est tout aussi visible chez les chirurgiens pratiquant l'esthétique qui, pour certains et en cascade, condamnent ceux qui effectuent de la médecine esthétique. Ces actes, faiblement invasifs et techniques au regard de la chirurgie esthétique, sont fortement tarifés et particulièrement rentables. Mais ici, et contrairement à la chirurgie esthétique dont la dénonciation s'effectue davantage en coulisses, la condamnation s'exprime plus ouvertement, parfois même dans les colonnes de la revue savante, les *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, comme dans ce « Dialogue imaginaire avec Raymond Vilain » (Petit, 2007, 177) :

« F.(François) P.(Petit, l'auteur de l'article) : Il semble pourtant que si l'activité de chirurgie esthétique stagne, la demande en médecine esthétique soit en forte augmentation. Vous ne pensez pas que nos patients soient demandeurs de chirurgie et de médecine douces, ou au moins plus douces ?

R.(Raymond) V.(Vilain) : mais, bien sur, il y a une place pour les médecines douces : elles sont faites pour les maladies douces !

F.P. : tout de même, ceux qui pratiquent les médecines douces s'accordent pour dire qu'ils ont des études sérieuses et des résultats spectaculaires, même chez des patients porteurs du SIDA !

R.V. : les médecines douces ont des parallèles qui se rejoignent à l'infini dans les portefeuilles de ceux qui les font. »

Pour tous ces chirurgiens, quelque soit l'acte incriminé, cette dénonciation apparaît comme un moyen d'imposer une identité et une probité de véritable médecin, en se détachant de l'image de luxe que peut inspirer leur pratique. Cette distinction Eux-Nous symptomatique de la construction identitaire (Kaufmann, 2004) prend parfois des tournures caricaturales, comme chez certains hospitaliers réfractaires à la chirurgie esthétique invoquant un flot d'images immédiatement disponibles, où leur quotidien défini comme stressant et faiblement rémunéré tranche avec les voitures de luxe et la vie dilette supposées du libéral. Elle relève, par un principe d'opposition affective, l'expression d'une condamnation à l'égard d'une certaine manière de pratiquer, « objet dépotoir et repoussoir, dans le but inavoué/inavouable de se sentir meilleur parce que l'autre est mauvais » (Bonneville, 2003, 11).

Le malaise induit par une dimension économique trop ostentatoire est également perceptible dans la reconstruction des motifs d'entrée dans la discipline, en particulier quand ces praticiens se dirigent dans la libéral. Bercot et Mathieu-Fritz (2006), mais aussi Chevenat (2002) ont mis en évidence qu'à mesure de l'avancée dans les études médicales, les revenus, et plus largement la perspective d'un mode de vie confortable s'inscrivent comme des motifs prioritaires dans l'orientation professionnelle. Pourtant, et alors que la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique est la discipline chirurgicale la plus convoitée par les internes (Bercot, Mathieu-Fritz, 2006 ; Godeau, 2007) – et la mieux rémunérée – les plasticiens en exercice se refusent pour la plupart à intégrer les motifs financiers à leur choix de spécialité, ou en tout cas à les déclarer comme tels. Ils centrent au contraire leurs discours sur l'intérêt intrinsèque de l'activité, lissant des calculs moins

enchanteurs. Certains font même le récit d'une « révélation », se référant aux aspects les plus nobles du choix : l'émotion et le plébiscite immédiat. Ce déni doit être lu comme une volonté de démentir certaines représentations, « *la caricature belle voiture, belle femme et plein aux as* » (Wulfran T., libéral sexagénaire), et comme une réponse aux vénales suspensions qui émanent de leur pratique.

Gestion identitaire des aspects financiers et organisation du travail

La division morale du travail : le rôle de l'assistante

L'intervention du facteur monétaire semble à même de corrompre symboliquement l'interaction médicale avec le patient, de glisser vers une relation trop évidemment marchandisée. Afin de mettre à distance ces aspects, trop éloignés de l'idéal sacralisé de soins, quelques chirurgiens usent de faux-semblants. Gwendoline T. affirme, par bravade peut-être, ne pas connaître le montant de ses honoraires, dont elle laisse le soin à son assistante. Selon ses dires, et dans un renversement de l'ordre salarial, celle-ci lui soufflerait même parfois de les rehausser. Au-delà de la véracité de ces propos, cette mise en scène du soi, qu'elle se destine au sociologue, au client, ou bien aux deux, éclaire ce pan conflictuel de l'identité professionnelle. Dans cette division éminemment morale des tâches (Hughes, 1996), le chirurgien peut se consacrer à ce qu'il considère comme l'essence de son métier, la consultation et l'intervention. L'assistante (à notre connaissance toujours des femmes) se voit quant à elle déléguée, reléguée, cette gestion du financier, et plus exactement du contact avec l'argent dont se déleste symboliquement nombre de chirurgiens ; donner les prix et encaisser les sommes font partie des tâches qui lui sont attribuées. « *Moins on touche l'argent, mieux c'est* » soufflera Ludovic D. (libéral quadragénaire). Comme le met en évidence Sarrandon-Eck (2010) chez les médecins généralistes, deux tendances s'observent à ce propos. Quand certains assument totalement l'énoncé de leurs honoraires, d'autres apparaissent beaucoup plus hésitants. Dans notre étude, certains préfèrent même les adresser par voie postale plutôt que de les annoncer de visu. Et tous ne consentent à donner leurs honoraires qu'à la fin de la consultation. En agissant de la sorte, ils relèguent un élément pourtant fondamental pour le client (Mirivel, 2008).

La compensation symbolique

Parmi les libéraux, certains semblent plus en porte-à-faux que d'autres, présentant leur activité esthétique comme une résignation, une entrave, financièrement nécessaire, à leurs idéaux. Leur activité s'organise alors afin de conserver une pratique en chirurgie plastique réparatrice conséquente. Cette orientation est ainsi vécue comme le maintien par procuration d'une certaine vocation, comme le sous entend à cet égard Adrien D. (libéral quinquagénaire) : « *peut-être que contrairement à d'autres qui ne voulaient pas voir de malades, peut-être que je suis resté très médecin quoi.* » L'organisation du travail et la répartition des interventions sont ainsi le fruit d'une réflexion permanente, permettant

l'élaboration de stratagèmes, dont le premier consiste à conserver une ou des vacations hospitalières, en sus de l'activité libérale. Entretenant ainsi le lien au *lieu* (l'hôpital), et surtout la permanence identitaire. « *J'ai pas complètement abandonné l'activité de soin. Je vais quand même pas renier mes engagements de départ* » affirmera Nicolas D. (quadragénaire libéral) à cette attention. La chirurgie réparatrice est alors appréciée comme autant de « *bouffées d'oxygène* » (*dixit*), équilibre nécessaire à la stabilité de l'individu (Kaufmann, 2004). Mais elle est également présentée comme un travail d'abnégation, proche en cela de la « vocation hospitalière » des Praticiens Hospitaliers, usant d'une rhétorique similaire, indiquant tout à la fois cette distance à l'argent, fond commun largement mobilisé, et cet accent sur la démarche morale. Comme nous l'explique Cédric L. (libéral quinquagénaire) qui s'impose de poursuivre une vacation hospitalière malgré la forte affluence esthétique dans son cabinet.

« Sinon, on devient très vite uniquement cosméticien entre guillemets, on devient vite coiffeur de luxe, on devient vite déconnecté des réalités quoi. Je sais pas si vous avez vu certains, des types de 50 ans, avec leur petit sac Vuitton. Enfin, bon moi j'ai tenu à garder une activité réparatrice dans un service normal quoi. Ce sont des malades. »

Cette volonté est prorogée par une attention insistante à ne pas apparaître comme un « chirurgien esthéticien ». Comme s'il fallait exorciser cette image de lucre qu'ils craignent de perpétuer, et dont ils s'escrimeront à se dégager. Cédric L. nous fera ainsi remarquer son goût pour le rock'n roll ou son utilisation d'un scooter comme mode de transport, et Gwendoline T. (libérale quinquagénaire) son allure vestimentaire décalée : « *je suis effectivement pas très typique comme chirurgien plasticien. D'abord, je devrais être en tailleur Chanel.* » En libéral, la poursuite d'une activité réparatrice est toutefois limitée par des contraintes financières, ou au moins présentées comme telles : ces interventions sont en effet remboursées à un taux fixé par la sécurité sociale. Taux que la plupart des chirurgiens estiment insuffisant, surtout au regard de la rentabilité que génère des opérations esthétiques. Leur adhésion massive au secteur 2, les autorisant alors à proposer des dépassements d'honoraires plus ou moins conséquents, selon les interventions et les praticiens, peut conduire à l'inverse certains clients à renoncer à l'intervention, ou à s'orienter préférentiellement vers un service hospitalier, dans lequel ils seront pris en charge. Face à ce constat, certains comme Vincent B. (libéral sexagénaire), ont alors mis en place un système de redistribution des richesses. Les opérations esthétiques, qu'il juge moins fondamentales, sont en quelque sorte surtaxées, afin de pouvoir limiter par compensation les dépassements d'honoraires pour d'autres interventions prises en charge. Cette forme d'équilibre financier lui permet de « couvrir » en partie les suites de cancer par l'esthétique. « *Je l'ai toujours dit. Le lifting de l'après midi paie pour la reconstruction mammaire du matin. Si je fais des reconstructions mammaires au tarif de la sécu, et que je fasse que ça, je plie.* » Au point que l'esthétique soit comparée, non sans un brin d'exagération, à une pratique alimentaire. « *Je fais de l'esthétique parce qu'il faut bien bouffer* » affirmera ainsi Xavier B. (libéral quinquagénaire).

Ces stratégies permettant à l'individu d'évoquer la compensation peuvent en partie au moins être appréhendés selon la théorie du don de Mauss⁶ (1995, 1924). Chez les chirurgiens plastiques, les références sont en effet nombreuses au contre don, qui répond à l'autorisation d'exercer la chirurgie esthétique en tant que médecin. Cette contre partie, présentée comme une justification aux importants gains financiers, n'apparaît alors pas seulement comme une possibilité de pérenniser le lien social, en donnant à l'autre, mais aussi comme une ressource à la cohérence du processus identitaire. Utilisée avant tout pour soi, dans une argumentation qui fait sens pour l'acteur, il permet de « croire en lui-même comme entité stable et autonome, dégagant un système de valeurs indubitable » (Kaufmann, 2004, 55). L'irréremédiable intimité à la chirurgie plastique reconstructrice est le mode le plus évident de cette mise en scène, sollicitée par tous les chirurgiens y compris ceux qui l'ont délaissée au profit d'un exercice purement ou presque esthétique. Dans ce monde, faire ou avoir fait de la chirurgie plastique reconstructrice, c'est s'offrir la possibilité d'exercer désormais la chirurgie esthétique. L'unité de la pratique est d'ailleurs fermement revendiquée. La formation, lors de l'internat et du clinicat, permet alors de rappeler qu'on a « donné » pour pouvoir désormais se recentrer sur des domaines plus lucratifs. Le sacrifice de ces heures de travail « *que l'on ne compte pas* » (Jean-Baptiste B., ancien PU-PH septuagénaire) autorise l'expression du sentiment de mérite, comme acquitté de ses dettes. L'intensité du travail consentie, avec des « *gardes à rallonge* » (Thomas F., libéral quinquagénaire) ou des « *nuits interminables* » (William L., libéral quinquagénaire) octroie un gain symbolique aisément réinvesti. Pour beaucoup, la volonté est prégnante de ne pas apparaître sous le seul jour de l'esthétique, et de rappeler ainsi que l'on fait *aussi* de la chirurgie conventionnée. Gérald A. (libéral sexagénaire) soulignera longuement sa réputation régionale de « *Monsieur bec de lièvre* », dont il tire une fierté évidente alors que cette intervention ne l'occupe que trois à quatre fois par an. Le prestige d'un tel geste se construit comme un levier puissant de revalorisation professionnelle.

Nicolas D. (libéral quadragénaire) est sans doute l'un des chirurgiens dont le questionnement identitaire à ce propos est le plus réflexif, et par conséquent le plus contradictoire (Kaufmann, 2004). Son cursus médical devait le conduire selon ses propres termes à « *soigner* », et c'est donc tout « *naturellement* » qu'il se promet initialement à une carrière en médecine interne. A l'écoute des discours alarmistes sur les réformes de santé à venir, au début des années 1990, et à la perspective d'un encadrement plus contraignant de son futur exercice, d'un déremboursement et d'une perte potentielle de pouvoir d'achat, il

⁶ Pour cet auteur, les échanges sont constitutifs des sociétés, engageant l'individu ou le groupe dans les différents rôles d'un cycle de réciprocité, consistant à offrir, à accepter le don et à le rendre. Cette activité est un support du lien social. Les échanges, postule-t-il, ne sont pas régis uniquement par des directives économiques. Au quotidien, de nombreuses situations s'écartent de cette dimension, et apparaissent même s'engager franchement à son encontre. En opposition au modèle de type économique rationaliste s'impose une régulation moins intentionnaliste, dans lequel le lien social est au centre de la problématisation. Le don est ainsi d'abord une relation, qui s'intègre dans un réseau social complexe, irréductible du face à face.

finit en cours de formation par se raviser, « *par calcul* », pour se consacrer à la chirurgie plastique. Il saisit ainsi la possibilité de s'écarter du cadre d'une médecine exclusivement remboursée pour s'accorder un espace de liberté face à la crainte d'un enfermement professionnel, sans toutefois renier ses « *engagements* » originels, « *et en même temps garder une activité de soin quand même* » grâce à la chirurgie plastique reconstructrice. Dans un premier temps, il s'engage dans une activité d'hospitalier, agrégation à la clé, avant de s'en détacher en raison des conflits de personnes et des difficultés d'organisation. Désormais en libéral, ses vacations hospitalières restent toutefois très conséquentes, aux alentours de 30% de son quotidien professionnel, découlant d'un véritable choix, celui de ne pas « *complètement abandonner l'activité de soin* ». Cette organisation, avec laquelle il ne peut transiger, le conduit toutefois au malaise quand il s'agit de définir la portée de son acte esthétique. Concédant les bénéfices apportées, il les relativise toutefois vis-à-vis de ses vacations hospitalières.

« C'est étonnant parfois de voir que des femmes qui ont une petite poitrine, à qui on met des implants, comment elles sont transformées. C'est elles qui nous disent : ma vie a changé, je me sens mieux. Une femme qui a 55 ans, qui a un visage qui est abimé, après un lifting, elle vous dit, ça y est, je revis. Ça augmente l'estime de soi, et y'a des personnes qui pouvaient en souffrir, et ils sont mieux après. Maintenant, de là à dire que l'on fait œuvre de santé publique, machin, bon. Faut pas non plus... il faut remettre les choses en place. Oui, c'est une chirurgie futile. »

Cette « *futilité* », additionnée à ces honoraires, génèrent un profond sentiment de gêne chez ce chirurgien, car il a l'impression de ne pas répondre à l'investissement important qui a été effectué lors de sa formation. Et donc de ne pas rendre complètement ce qui lui a été offert. Effectuer ces vacations hospitalières est d'ailleurs pour lui un moyen d'effectuer ce contre don, de « *renvoyer l'ascenseur* », tout comme le fait d'exercer cette chirurgie esthétique « *le plus sérieusement du monde* ». Pour beaucoup d'ailleurs, ces vacations disposent intensément de ce pouvoir de rendre, car elles impliquent des interventions plus légitimées, et surtout car elles sont, proportionnellement à leurs honoraires en libéral, bien moins rentables. Les initiatives de chirurgie plastique humanitaire peuvent être interprétées en ce sens. Certes, il ne s'agit pas de leur imputer une démarche rationaliste et intentionnaliste, mais de souligner qu'elles peuvent toutefois être réinvesties comme telles, comme chez Pierre D. (libéral quadragénaire) dont la fondation qu'il a créée ambitionne explicitement à reverser « *un petit pourcentage* » des interventions concernant le « *domaine du luxe, du futile, du non indispensable* » pour lutter « *contre les misères du monde* ». Yacine K. (libéral quadragénaire) insiste lui pour souligner qu'en cumulant ses interventions extraterritoriales et son activité libérale, il serait à peine rémunéré, au taux horaire, au niveau du S.M.I.C.

Face à l'image de lucre de leur pratique, ils sont également nombreux à mettre en avant les efforts financiers effectués face à quelques clients modestes, comme pour mieux rappeler que leur pratique ne s'axe pas exclusivement sur cette financiarisation. Contre toute prérogative déontologique, ils revendiquent le droit à appliquer une grille de prix variable en

fonction des besoins et des moyens de chacun, jusque l'afficher dans des ouvrages grand public : « *personnellement, il m'est déjà arrivé de faire payer certaines opérations beaucoup moins chers aux patients qui en ont réellement besoin* » (Dardour, 1999, 131). Stéphane T. (libéral trentenaire) les modère en fonction du niveau social présumé du client.

« Quand c'est une jeune patiente qui vient de la banlieue de Paris, et que je sais qu'elle a pas un métier extraordinairement... je vais être sur une fourchette basse. Et quand je vois que ce sont des patientes qui ont un certain niveau de vie, et qui ne comprendraient même pas que le prix soit si bas, j'augmente un peu les prix. »

Ces procédés de compensation signalent et signifient la réciprocité, même si leur occurrence apparaît en réalité bien moins fréquemment que ne le laissent entendre leurs discours. Mais le sens qui lui est attribué est avant tout le fruit d'une signification et d'une expérience individuelle, cet échange n'étant surtout pas régi collectivement.

Conclusion

Dans ce groupe professionnel la tendance à dissimuler, voire à nier, toute dimension financière est particulièrement prégnante, bien qu'elle n'apparaisse vraisemblablement pas comme une particularité dans l'espace des professions (Hughes, 1996). A cette position ne doit pour autant, et à notre sens, pas répondre chez le chercheur, à une approche en termes de marchandisation de la médecine, parfois utilisée pour définir cette pratique (Sullivan, 2004). La régulation professionnelle de ce groupe, sa position marginale ainsi que la médicalisation sont davantage aptes à en rendre compte.

Les positions que découvrent par ailleurs cette enquête chez ces praticiens, et la dissonance identitaire mise en évidence, se déclinent toutefois dans une certaine diversité. Elle est particulièrement accrue chez les plus jeunes, quand elle tend à se lisser avec le temps, et la progressive re-signification de l'activité. Progressivement en effet, au cours de leur carrière, ces praticiens refondent les objectifs de la chirurgie dans une taxinomie médicale et thérapeutique, jusque la présenter comme une psychochirurgie, non réductible à l'amélioration morphologique. La souffrance générée par une disgrâce engendrée est transcrite, dans ces discours, dans le vocabulaire médical, et s'inscrit plus généralement dans le cadre des missions pour lesquelles la médecine est tenue : contenir la détresse humaine. En structurant leur discours de la sorte, ces praticiens induisent l'idée d'une souffrance, voire d'une pathologie, psychique (Gilman, 1996). La chirurgie esthétique s'établit alors pour certains comme l'égal de n'importe quelle discipline médicale. Ils se réfugient de la sorte dans les bornes d'une identité médicale.

Yannick Le Hénaff, Université de Brest, VIP&S, LAS/LARES, Rennes 2

Bibliographie

Batifoulier P., Bien F., (2000), Les honoraires libres en médecine ambulatoire : une lecture par la théorie des conventions, *Sciences Sociales et Santé*, 18, 1, pp. 5-22

Bercot R., Mathieu- Fritz A. (2006), *Les chirurgiens. Eléments pour une analyse sociologique d'une crise de recrutement professionnel*, Contrat de recherche entre l'AP-HP et le LATTs et GTM, n°05CTR024.

Bloy G., (2000), Stratégie de distinction et dynamique des conventions : suggestions de complications (commentaires), *Sciences sociales et santé*, 18, 1, p.23-34.

Boltanski L., Thévenot L., (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

Bonneville E., (2003), « L'ennemi nécessaire : caractéristiques psychologiques et rôles dans l'identité du sujet » *Société*, 80, 2, pp.8-13.

Chevenat L., (2002), *Devenir médecin généraliste ou spécialiste ? Un rapport aux études et aux savoirs différenciés*, Thèse de sociologie Lyon 2.

Freidson E., (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.

Gilman S.L., (1996), *Creating Beauty to Cure the Soul. Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*, Durham, N. C., Duke University Press.

Hugues E., (1996a), *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Kaufmann J.C., (2004), *L'invention de soi, Une théorie de l'identité*, Paris, Armand Colin.

Le Hénaff Y., (2010), *L'entreprise morale en chirurgie esthétique, un mandat aux marges de la médecine*, thèse de sociologie, Rennes 2.

Mauss M., (1995 [1924]), « L'essai sur le don », *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris.

Mirivel J., (2008), "The physical examination in cosmetic surgery: communication strategies to promote the desirability of surgery", *Health Communication*, 23, 2, pp.153-170.

Parsons T., (1970) «Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne» In Herzlich C. (dir.), *Médecine, maladie et société*. Paris, Mouton, p. 169-191.

Sarradon-Eck A., (2010), Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue, In G. Bloy, F.X. Schweyer (dir.), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, pp.99-114, Rennes, Presse de l'EHESP.

Sullivan D., (2004), *Cosmetic surgery. The cutting edge of commercial medicine in America*, New Brunswick, Rutgers University press.