

Conférence de Louise Vandelac, professeure titulaire, Département de sociologie, Institut des sciences de l'environnement et chercheure au CINBIOSE de l'UQÀM.

Professeure titulaire au Département de sociologie, rattachée à l'Institut des sciences de l'environnement de l'UQÀM, Louise Vandelac est chercheure au CINBIOSE (Centre de recherche interdisciplinaire sur la biologie, la santé, la société et l'environnement), un centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation panaméricaine de la santé.

Dans une perspective de santé publique, où les ressources humaines et financières sont limitées, ne faut-il pas questionner non seulement les conditions, les ratés et les effets pervers de certaines chirurgies esthétiques, et leurs impacts socio-économiques en termes d'allocation de ressources humaines et financières, mais également leurs effets socioculturels en termes d'élargissement constant de cette paradoxale demande d'un corps « chirurgical », d'un corps qui, prétendument « parfait », n'est plus qu'un corps refait et surfait...

Membre de la Commission des sciences naturelles et sociales de la Commission canadienne pour l'UNESCO, Louise Vandelac a siégé à de nombreuses instances publiques et a reçu plusieurs distinctions. De formation multidisciplinaire (sciences politiques, économie politique et sociologie), elle a été instigatrice du premier centre francophone de santé des femmes en 1975. Ses travaux d'analyse sur l'économie, la famille, les rapports hommes femmes et l'articulation production-reproduction l'ont amenée à s'interroger sur la santé reproductive et environnementale ainsi que les technologies de reproduction. Depuis une dizaine d'années, elle s'intéresse aux enjeux et aux impacts des mutations sociotechniques du vivant. Ses travaux actuels, menés dans une approche écosanté et centrés sur l'examen des politiques publiques et des dispositifs d'évaluation, portent notamment sur la transgénèse végétale et animale (OGM), l'écologie du cycle bioalimentaire, les sources et les impacts des polluants persistants. Son attention se tourne aujourd'hui vers les technologies convergentes telles les nanotechnologies.

Chirurgie dite esthétique : du corps en jeu au corps en joue...

La chirurgie esthétique peut être considérée comme un ensemble flou – allant de la chirurgie plastique aux prolongements potentiels du génie tissulaire – qui s'ouvre sur une panoplie d'interventions plus ou moins invasives. C'est son caractère de convenance, aux frontières de la médecine, du système public de soins et d'un réel encadrement de l'État qui pose surtout problème. C'est également le fait que de telles chirurgies soient présentées comme relevant du seul « choix » d'individus transformés en objets de leurs propres pulsions consuméristes, comme si tout se jouait entre ces personnes et l'image prescrite qu'elles souhaitent en donner, occultant dès lors les enjeux structurels de ce lucratif marché, dédouanant l'État de ses responsabilités en plus de masquer les fondements socioculturels d'un tel remodelage corporel.

Il faut bien saisir que la chirurgie esthétique est à la fois le symptôme et l'instrument d'un mouvement beaucoup plus profond d'instrumentalisation et de technicisation d'un corps humain réifié et donc réduit au simple statut d'objet. En ce sens, les développements de la chirurgie esthétique se situent au confluent de quatre grands phénomènes qui tenaillent notre époque. Ils s'inscrivent en effet dans le redéploiement d'un pan de la médecine ayant changé de registre et de finalité; ils contribuent à l'inflation d'une « esthétique » marchande

malléable à souhait; ils participent au remodelage inusité des paramètres biologiques et génétiques de l'ensemble des vivant(e)s, et enfin, objet de pratiques privées fort peu encadrées, ils semblent signer l'abandon en douce de l'État de certaines de ses responsabilités...

Remodelage de l'objet et de la finalité de pans entiers de la médecine

Dans son registre traditionnel, la médecine était centrée sur le soin, le soulagement de la douleur et l'allongement de la vie. Or, une partie de la médecine glisse désormais vers un univers de remodelage du vivant, comme en témoignent certaines chirurgies esthétiques, et comme l'illustrent des technologies de conception artificielle, qui, telle la fécondation in vitro, conduisant à produire des embryons en série dont certains sont destinés à naître et d'autres à n'être qu'objets de laboratoire, transforment un pan de la médecine en « fabrique de vivant » comme l'illustrent les technologies de reproduction (Vandelac, 1996). Malgré leurs profondes différences, ces domaines de la conception artificielle et du façonnement de l'image corporelle contribuent tous deux à élargir les contours de la médecine dite « du désir ». Or, ces pratiques, aux confins de la demande médicale de soins et d'interventions justifiées par des indications médicales, d'où, notamment, leur prise en charge partielle ou totale par le secteur privé, ont des impacts nullement négligeables sur l'évolution des pratiques de soins et sur les ressources humaines et matérielles du secteur public de la santé.

Rappelons que la chirurgie esthétique s'inscrit dans le vaste domaine de la chirurgie plastique, du mot grec *plastikos*, signifiant remodeler et reconstruire, comme le souligne l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec. La chirurgie plastique couvre donc un large éventail d'indications allant des problèmes de malformation congénitale et de développement, les reconstructions post-cancer et post-traumatiques, les problèmes de recouvrement de peau, la chirurgie de la main... et la chirurgie esthétique, qui inclut à elle seule plusieurs dizaines de types d'interventions. Or, si la pertinence de chirurgies plastiques sur des grands brûlés, sur des blessé(e)s de la route ou encore en raison des malformations sévères s'impose d'évidence, tout comme dans les cas d'atteintes esthétiques majeures aux effets psychologiques marqués, c'est davantage la montée en puissance des interventions esthétiques dites de convenance, comme les chirurgies de rajeunissement du visage, d'augmentation ou de redrapage mammaire, qui pose problème.

Selon les données américaines, près de 11,5 millions d'interventions esthétiques ont été pratiquées en 2005, dont 91% chez des femmes, soit une augmentation de 444% depuis 1997. Les dépenses pour ces interventions cosmétiques ont été de 12,4 milliards USD, soit 8,2 milliards USD pour les interventions chirurgicales (qui ne représentent que 19% des interventions) et de 4,2 milliards USD pour les 81% d'interventions non chirurgicales, sommes qui n'incluent pas les dépenses afférentes (congéés de maladies et absentéisme, complications et effets iatrogènes (1), etc.). En tête de liste de toutes les interventions esthétiques chirurgicales et non chirurgicales chez les Américain(e)s, selon les seules informations statistiques disponibles sur le site de la *American Society for Aesthetic Plastic Surgery* (2) : les augmentations mammaires auraient été, en 2006, au nombre de 383 886 auquel s'ajoutent les 402 946 interventions au Botox, suivies par les liposuccions qui, de 455 489, en 2005, seraient passées à 403 684, en 2006 (dont 364 610 pratiquées chez des femmes). Contrairement à l'image de fontaine de jouvence accolée à ce remodelage esthétique, 72,5% des interventions ont été pratiquées chez des gens de moins de 50 ans, soit 47% chez les 35-50; 24% chez les 19-34 et 1,5% chez les moins de 18 ans, selon les données de la *American Society for Aesthetic Plastic Surgery*, disponibles en 2006.

Dans une perspective de santé publique, ne doit-on pas s'inquiéter de la multiplication de telles interventions visant non pas à atténuer une pathologie, une dysfonction ou un handicap, mais à refaçonner le corps, dans l'espoir souvent illusoire d'en finir avec ses insatisfactions et ses complexes, et cela au rythme changeant de ses désirs, de ses moyens

financiers et des diktats de la mode. La chirurgie esthétique, propulsée par d'importants enjeux socioprofessionnels, prétend en effet répondre aux désirs de « se refaire une beauté », de « se rajeunir », de « se mettre en valeur » voir même de « se réinventer » à la pièce et, compte tenu de l'âge de plus en plus hâtif de ces interventions, de le faire sans doute à répétition.

Au Québec, quelle est l'ampleur de ce déplacement croissant de l'offre et de la demande d'interventions, souvent fort discutables, comme ces prothèses mammaires pour des adolescentes de 15 ou 16 ans, pratique que la *Food and Drug Administration* des Etats-Unis propose désormais d'interdire avant l'âge de 22 ans? Paradoxalement, il est encore impossible de documenter l'état des pratiques et de leur évolution avec précision. On sait qu'une centaine des 7 494 médecins spécialistes en exercice, en 2005, dans le cadre de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), pratique en chirurgie plastique et esthétique (soit deux fois plus qu'en gériatrie et autant qu'en médecine d'urgence), mais on ignore quels sont leurs types de pratiques et quelle est la proportion des diverses interventions esthétiques. On ignore également l'importance des actes pratiqués dans le secteur privé et qui ne sont pas pris en compte dans les statistiques de la RAMQ.

Or, pour reprendre les termes du coroner Jacques Ramsay, affecté au dossier de Micheline Charest, décédée suite à une chirurgie esthétique, la chirurgie privée se pratique au Québec « dans un flou juridique en constante évolution. » En outre, plusieurs chirurgies exigeant une anesthésie ont été responsables depuis six ans, de quatre décès au Québec, (Krol, 2006). Ne serait-il pas essentiel de lever ce « flou juridique » qui impose depuis des années la loi du fait accompli? Certes, les cliniques de chirurgie esthétique devraient faire l'objet d'un règlement en 2007 et devraient ensuite disposer de trois ans pour obtenir leur agrément. Toutefois, au moment de mettre sous presse, on ignore toujours la teneur précise d'un tel règlement, le cheminement de ce projet et s'il fera ou non l'objet d'un débat public. Dans les circonstances, soulignons simplement qu'il faudrait s'assurer qu'un registre, un organisme d'accréditation et de surveillance ainsi que des outils de recherche adéquats permettent d'évaluer rigoureusement ces interventions et leur évolution. Non seulement faut-il offrir une information complète sur ces pratiques – sur leurs risques aussi – et assurer la sécurité des personnes qui y recourent, mais il importe également d'éviter les dérives en cascade de ces interventions souvent pratiquées en série et qui, fort coûteuses, tant pour les individus que pour le système public, conduisent à banaliser l'idée même d'un corps marchandise, malléable et corvéable à merci.

Parmi les rares données dont nous disposons au Canada, celles de *Medicard Finance*, une entreprise de financement de traitements médicaux, datent de 2002-2003 (3). Elles indiquent que plus de 302 000 interventions chirurgicales et non chirurgicales furent pratiquées au Canada en 2003, soit une augmentation de 25% par rapport à 2002. Parmi l'ensemble de ces interventions, pratiquées à 85,5% chez des femmes, les interventions chirurgicales seraient passées de 86 207 en 2002, à plus de 100 569 en 2003, pour des dépenses de plus de 500 millions CAD. En 2003, les 24 337 liposuccions représentaient les chirurgies les plus courantes avec 24% du marché (comparativement à 16% en 2002), suivies des 16 973 augmentations mammaires, représentant 17% des interventions. Selon cette même source, les interventions non chirurgicales remportent la palme avec plus de 100 000 injections de Botox sur 50 000 patientes. Elles sont suivies des injections au collagène sur 42 000 patientes, soit une hausse de 23% depuis 2002, alors que les interventions non chirurgicales de rajeunissement du visage, au nombre de 17 628, sont celles qui ont le plus augmenté, ce qui n'est sans doute pas étranger à la hausse de 325% du nombre de praticien(ne)s.

Plus de 42% de l'ensemble de ces interventions cosmétiques auraient été pratiquées en Ontario, 26% en Colombie-Britannique, 11% en Alberta et 20% dans les autres provinces du Canada (*Medicard Finance*, 2003), si bien que le nombre d'interventions au Québec serait relativement limité. Mais quelle est la fiabilité de ces statistiques qui datent, en outre, de

quelques années déjà? Le site Web produit par *Medicard Finance* est très avare d'informations, se limitant à souligner que 5000 questionnaires ont été expédiés à des chirurgien(ne)s plastiques, dermatologues et autres médecins offrant ces services, sans mentionner les taux de réponses, ni les profils sociodémographiques, ni la distribution géographique détaillée. Ces quelques données canadiennes sont donc bien incomplètes, sujettes à caution et ne permettent aucunement, dans le cas du Québec, de savoir quelle est l'évolution de ces pratiques. Dans une perspective d'évaluation des pratiques et des techniques biomédicales (4), ne serait-il pas cohérent, tant au Canada qu'au Québec, d'avoir des données complètes et précises sur les types de pratique, leurs coûts et leurs effets directs et indirects permettant d'estimer notamment :

- ⇒ l'évolution de la nature et des types d'interventions réalisées;
- ⇒ le nombre, la fréquence, voire l'escalade, du recours à ces chirurgies par les mêmes personnes;
- ⇒ les profils sociodémographiques (sexe, âge, statut, revenus, occupations, etc.);
- ⇒ l'évolution de la fourchette des coûts selon les interventions;
- ⇒ les revenus détaillés et globaux du domaine, selon les types d'interventions;
- ⇒ la répartition des ressources humaines et des conditions de travail.

Il serait également indispensable de documenter :

- ⇒ les dispositifs d'évaluation indépendants pré- et post- diffusion de ces diverses pratiques, prothèses, procédés et technologies afférentes;
- ⇒ les taux de réussite des interventions et leurs modalités d'évaluation;
- ⇒ les bénéfices perçus à moyen et à long terme par les patient(e)s;
- ⇒ les ratés, les problèmes ressentis et les effets iatrogènes des interventions tant pour les individus que pour les praticien(ne)s;
- ⇒ les coûts directs et indirects pour les individus concernés (jours de travail perdus, handicap, poursuites, etc.);
- ⇒ les coûts directs et indirects pour le système public (problèmes iatrogènes, coût set effets des déplacements des ressources humaines vers ces pratiques privées, etc.).

Voilà autant d'éléments qui, dans un contexte nord-américain de hausse fulgurante de ces pratiques, devraient être sérieusement examinés par les pouvoirs publics et par des chercheur(e)s indépendant(e)s, en plus de donner lieu à des analyses quantitatives et qualitatives permettant de mieux cerner les enjeux, les impacts, les coûts et les représentations à l'oeuvre. Un tel registre n'a en effet de signification réelle que si, comme le suggère la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)(5), les cliniques privées effectuant ces actes chirurgicaux sont soumises à un système d'inspection afin de garantir la sécurité des patient(e)s et de leur assurer la qualité des soins. En outre, la création d'un carrefour de recherche transdisciplinaire novateur, ouvert à la réflexion théorique, à l'analyse critique et à la co-construction des connaissances, serait particulièrement pertinente. Un tel carrefour de recherche pourrait être créé et financé par plusieurs organismes subventionnaires, en collaboration avec les principaux ministères concernés, des organismes de santé publique, de santé des femmes, de protection des consommateurs et des consommatrices ainsi que des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique, des chercheur(e)s universitaires et des représentant(e)s d'organismes non gouvernementaux.

Remodeler l'esthétique ou se faire remodeler au nom d'une « esthétique » changeante...

Ces recherches sont d'autant plus importantes que l'esthétique du corps relève largement d'un construit socioculturel. Or, dans les sociétés post-industrielles, la configuration même de cette esthétique, malléable à souhait, évolue au fil des innovations techniques. Ces désirs de transformation corporelle, aux enjeux anthropologiques profonds (Le Breton, 1999), dépendent certes des moyens financiers, mais relèvent aussi de la prégnance des discours promotionnels, véhiculés notamment par des émissions de « chirurgie-réalité », comme *The Swan* et *Extreme Makeover* sur Fox et ABC (Perron, 2004), type d'émissions repris par certaines chaînes québécoises. Si l'inflation de la demande tient, entre autres, à un tel enrobage publicitaire, s'ajoute alors à la nécessité d'un encadrement et d'une surveillance accrue de la publicité dans le domaine, l'élaboration et la diffusion auprès du public, par des ressources indépendantes, d'informations et de données précises et complètes portant sur les risques, les effets secondaires, les types de produits utilisés, etc. Toutefois, une approche consumériste plus responsable et un meilleur encadrement public ne peuvent suffire à modifier radicalement les ressorts mêmes de la construction sociale de cette demande croissante.

Pour que flambent ces désirs de chirurgie et qu'ils se transforment en mots, en images et en rêves suffisamment puissants pour réussir à gommer de la pensée les craintes de douleurs et d'échecs, il faut bien que les gens y voient une « solution incontournable ». Mais une « solution » à quoi? À quel problème? Comment ce problème est-il formulé? Quels en sont les enjeux inconscients? Sans doute l'ouverture d'un espace de parole permettrait-il, dans certains cas, d'éviter de discutables recours chirurgicaux en série... Car c'est bien du rapport à soi et à l'Autre, de représentations du corps, de la sexualité, du sentiment amoureux et du vieillissement dont il est ici question. Autrement dit, si la mise en marché d'un tel désir de remodelage corporel exige d'ouvrir les têtes avant d'ouvrir les corps, sans doute faudrait-il ouvrir la parole sur ces questions afin de permettre, du moins dans certains cas, de troquer les mots pour le bistouri et d'éviter l'escalade des chirurgies multiples...

Il ne s'agit pas ici d'objections morales à tout recours à la chirurgie esthétique. Certes en termes d'éthique de l'allocation des ressources humaines et matérielles, les milliards investis en lifting de tous genres pourraient sans doute être mieux employés ailleurs. Néanmoins, peut-on totalement s'objecter à l'idée de vouloir se faire réduire les cuisses par liposuction, de se faire « remonter » les seins ou « redraper » le ventre? D'autant plus qu'à force de voir les magazines et la télévision banaliser ces interventions comme si c'était un simple rendez-vous au salon de coiffure, on finit par croire qu'il y a ni douleur, ni coûts indirects, ni effets secondaires... La question me semble donc être moins celle du recours éventuel et ponctuel à de telles pratiques, que celle de l'idéologie de la chirurgie esthétique qui finit, dans certains milieux, par s'imposer comme une nouvelle norme incontournable, au point de multiplier ces recours au rythme de l'élargissement de l'éventail des interventions et des années qui filent...

C'est ainsi qu'à corps défendant ou parfois à corps perdu, certaines femmes tentent – désespérément parfois – de se mouler aux prétendus canons de beauté pour conjurer les signes du temps, ceux-là même qui ont déjà été des signes de maturité. Comme si les prothèses, liposuccions, liftings, traitements au Botox, débridage des yeux, blanchiment de la peau – pratiques trop souvent habitées par l'imaginaire d'un corps et d'une pensée unique – permettraient, grâce à ce corps modèle et dupliqué d'une féminité prescrite, de se défaire du mal insidieux de la mésestime, d'échapper aux aléas de la vie ou d'étancher sa quête de plénitude. Pour certaines personnes, ces interventions esthétiques, véritables plus-values identitaires, permettraient de se recomposer, pièce à pièce, dans tous les rôles de composition qu'autorise désormais l'infinie plasticité de ces chirurgies à l'esthétique changeante...

Bref, quand on finit par croire que la séduction se réduit au seul attrait physique et que le succès amoureux ou professionnel ne tient qu'à un certain « look », comment résister à vouloir « s'améliorer » ou se « rajeunir »? Et comment éviter, dans un contexte de pornographie galopante, qu'un nombre croissant d'individus veuille se conformer aux prétendus standards ainsi médiatisés. Surtout, quand non seulement aucune frontière socioculturelle, ni aucun contre discours invite à plus de réflexion, mais qu'au contraire cette mise en chair de modèles prescrits, voire de fantasmes, se fait au nom du « libre choix », de l'« émancipation », voire du « droit de disposer totalement de son corps »... Comme si on ignorait encore les effets pervers de telles illusions. Comme si on ne réalisait pas que ce prétendu droit de propriété sur son corps s'ouvre désormais sur son éventuelle mise en pièce et sur sa totale mise en marché.

Il importe en effet de ne pas confondre la liberté d'expression et de mouvement des personnes, ainsi que la protection de leur liberté contre les atteintes, contraintes, attaques, agressions ou expérimentations menaçant l'intégrité de leur corps et de leur être, avec un prétendu droit de propriété absolu sur leur propre corps. En effet, refuser que d'autres disposent de notre corps ne signifie pas pour autant que nous sommes totalement en droit d'en disposer comme bon nous semble. Car un tel droit signifierait alors la possibilité, par exemple, de le cloner, de le modifier génétiquement ou d'en faire une oeuvre d'art, comme cette artiste exhibant ses innombrables chirurgies plastiques faciales. Cela signifierait la possibilité de mettre le corps en pièces, voire de le vendre, partie par partie, organes, gamètes et fonctions. Comme on le voit déjà dans certains pays avec la vente de sang ou la vente de reins. Et comme on le voit désormais avec la mise en marché, institutionnelle ou commerciale, des fonctions d'engendrement : vente de sperme, d'ovocytes, contrats d'enfantement, de gestation, voire d'embryons, qui modifient radicalement la conception des enfants, des générations à venir et de la suite du monde (Vandelac, 2004).

Décrire ainsi les deux extrêmes de ce long continuum d'interventions biotechniques et marchandes sur le corps peut évidemment laisser perplexe, car recourir à une chirurgie esthétique ne signifie pas, loin s'en faut, qu'on veuille pour autant vendre un rein, ses ovules ou devenir mère porteuse... Si nous soulevons cette question, c'est pour souligner à quel point, ces chirurgies esthétiques – utilisées, manifestement, pour tenter de rayer dans la chair vive certaines difficultés et frustrations de la vie –, s'inscrivent dans un mouvement beaucoup plus vaste de « biologisation » du discours social (Vignaux *et al.*, 1978). Un mouvement où le corps, considéré comme source de tout problème personnel et social, appellerait donc sa transformation, présentée comme ultime solution : une conception biologisante, pour le moins glissante, dont l'histoire nous a bien montré les périls... D'autant plus que cela s'inscrit dans un contexte de remodelage généralisé du vivant disposant désormais d'investissements économiques colossaux et d'un arsenal, allant du génie génétique aux sciences de l'information en passant par les nanotechnologies et les sciences cognitives, convergences mieux connues sous l'acronyme NBIC aux potentialités redoutables (Vandelac, 2006).

Certes, fixer des limites à la chirurgie esthétique est sans doute une tâche délicate et périlleuse, mais est-ce une raison pour s'interdire de penser ces questions dans toute leur complexité? D'autant plus qu'en l'absence d'un travail de fond sur les représentations culturelles et sur le sens des limites, comment pourrions-nous alors nous étonner de devenir à la fois les commanditaires, les otages et les témoins souvent impuissant(e)s des dérives du marché et des faits accomplis d'applications technoscientifiques débridées qui nous transforment littéralement en objets sidérés d'insatiables désirs, au point de nous consumer à nous consommer ainsi...

Réification et instrumentalisation du corps : pour qui, pourquoi et jusqu'où?

Cela nous amène au troisième grand phénomène qui tenaille notre époque et qui permet de mieux saisir le sens et la portée de ce qui se joue dans ce recours croissant aux chirurgies esthétiques, à savoir leur inscription dans un fort courant de remodelage et de mise en marché de l'ensemble du vivant sur cette planète : végétal, animal et humain.

Ces questions sont d'autant plus pressantes que, sous l'impact des transformations sociotechniques, le marché de la chirurgie esthétique risque fort de s'élargir considérablement et de se modifier profondément au cours des prochaines années. Déjà, les interventions esthétiques, plus ou moins invasives – allant de la blépharoplastie (paupières) au lifting du visage et des bras, aux nombreuses techniques de mésothérapie (injections intradermiques), d'implants, de comblement et d'injection des lèvres, des pommettes et du contour du visage, sans oublier la rhinoplastie (nez), les diverses réductions, augmentations et redrapages du ventre, des seins ou des fesses –, se diversifient et se multiplient sans cesse, comme en témoigne l'examen de la littérature spécialisée.

Cependant, la culture de tissus vivants risque de modifier profondément, au cours des prochaines décennies, la nature même de la chirurgie esthétique et ce dans diverses directions. Ainsi, les travaux de recherche actuels en génie tissulaire portant sur la culture de tissus, de valves, de ligaments et même d'os, laissent entrevoir des possibilités de régénération et de reconstruction fascinantes, notamment pour des grands brûlés, des victimes d'accidents sévères ou des malades cardiaques.

Ces travaux peuvent donc avoir des impacts bénéfiques fort significatifs. Toutefois, ce marché, déjà estimé en l'an 2000 à plus de 80 millions USD par année aux États-Unis seulement, risque fort de voir augmenter des demandes, relevant moins d'indications médicales que de l'idéologie de la chirurgie esthétique. En outre, le développement du génie tissulaire et de la médecine régénérative, qui flirte parfois avec l'univers des nanotechnologies et des autres technologies convergentes s'inscrit dans un marché fort compétitif et dans un contexte socioculturel valorisant le remodelage du vivant. Or, comme certains évoquent déjà, sans la moindre gêne d'ailleurs, l'« amélioration » eugéniste de l'espèce humaine et appellent de leurs vœux de passer de l'humain au post-humain, ces questions ne doivent aucunement être prises à la légère.

Il importe en effet de saisir que ces transformations passent par différents dispositifs sociotechniques dont la chirurgie esthétique n'est qu'un élément. Ainsi, de nombreux produits parmi les centaines qui, issus des nanotechnologies (6), sont déjà sur le marché sont des cosmétiques et des crèmes solaires. Or, cette diffusion internationale et nationale de produits non étiquetés se fait avec l'aval des pouvoirs publics, sans travail préalable de contre-expertise indépendante, sans évaluation stratégique permettant aux citoyen(ne)s de discuter du bien-fondé, de la pertinence, des conditions de développement, des risques, de l'imputabilité et du fardeau de la preuve en cas de dommage, en plus de se faire à l'insu des populations puisque ni étiquetage, ni traçabilité ne permettent d'identifier ces composés et produits « nano ». Or, quand certains composés des nanotechnologies traversent les barrières pulmonaires, celles du cerveau et même du placenta, la vigilance des pouvoirs publics ne devrait-elle pas, logiquement, s'imposer avant toute commercialisation, surtout pour des produits en contact direct avec la peau? Vu les préoccupations de ce colloque pour le marché de la beauté, qui inclut désormais certains produits issus des nanotechnologies, ne serait-il pas essentiel d'examiner attentivement ce dossier? Ne serait-il pas indiqué d'exiger également l'instauration d'un rigoureux dispositif de recherche et d'expertise indépendantes, doublé de normes et de suivis attentifs, voire même d'exiger le retrait de ces produits de beauté ainsi qu'un moratoire sur leur diffusion, d'ici à ce que leur innocuité ait été démontrée? D'ailleurs cela ne devrait-il pas être la règle même de l'encadrement public pour l'introduction de toute nouvelle technologie ayant un impact potentiel aussi colossal sur la santé des êtres et des milieux de vie?

En matière d'interventions esthétiques, comme dans bien d'autres domaines, il importe de prendre rapidement la pleine mesure des tendances lourdes et des développements en cours pour amorcer un réel travail de prospective. Il ne s'agit nullement de rejeter en bloc toute innovation technologique prometteuse. Il s'agit simplement de mettre en oeuvre le principe de précaution et celui de démocratisation des technosciences permettant à la population et aux scientifiques de toutes disciplines de discuter de leur pertinence, de leurs enjeux et de leurs impacts, des dispositifs d'évaluation requis, des questions d'imputabilité, de fardeau de la preuve et des stratégies d'encadrement, dès l'amont, ou du moins dès l'amorce, de ces projets, avant qu'ils n'inondent les marchés. (Baril, 2006; Testart, 2006; Salomon, 2006; Vandelac, 2001).

En fait, si la question des risques immédiats pour la santé découlant des chirurgies esthétiques ne doit pas être escamotée, ce qui pose encore davantage problème, c'est que ces pratiques jouent un véritable rôle de « chasse-neige » idéologique, en présentant comme « désirable », voire « banal », le projet de « changer de nez, de seins et parfois même de sexe et de corps », dans un contexte d'offre technoscientifique aux possibilités quasi infinies.

En moins de 10 ans, nous avons vu comment, sous l'empire du marché et d'une conception réductrice du génie génétique, des scientifiques ont amorcé un étonnant remodelage génétique des espèces et des règnes (cultures transgéniques ou OGM, pesticides brevetés, animaux clonés, poissons transgéniques, etc.), au risque de compromettre la diversité des cultures et la biodiversité, en plus de menacer, via le contrôle de quelques multinationales sur les semences brevetées, la sécurité alimentaire de populations entières (Parent et Vandelac, 1999; Séralini, 2004)

C'est dans ce contexte global, ici à peine évoqué, que les mille et une manifestations de réification, de technicisation et d'instrumentalisation du corps et de l'être humain, risquent de nous bouter hors de nous-mêmes (Vandelac, 2001), hors de ce corps et de cette humanité tels que nous les avons connus depuis des centaines de milliers d'années (Dufour, 2003). En effet, le corps humain, ce roc du réel, ce creuset des métaphores sexuelles et ce support vivant de l'Être et de l'Altérité, qui marque de son empreinte tout le corps social, voire l'élaboration même de la pensée et de la culture, a été, dans l'histoire, l'objet de nombreux rites de passages et de marquages sociaux. Désormais, force est de constater que nous changeons radicalement de registre (Vandelac, 2003).

Par conséquent, vouloir contourner nos problèmes d'humeurs avec des psychotropes ou vouloir atténuer nos complexes à coups de bistouri, n'est pas anodin. Surtout dans ce contexte socioculturel où tout nous appelle littéralement à nous « libérer de nous mêmes »... Or, les technologies convergentes ont déjà ce pouvoir de nous inscrire, non plus dans l'ordre du symbolique, qu'on ne cesse de disloquer, mais bien dans celui de ce nouveau marché sociotechnique. Or, comment ignorer que cet univers est marqué par le désarrimage de l'être et de son corps, par son artificialisation progressive, par la désagrégation des repères psychiques essentiels, comme ceux de la différence des sexes et des générations, et par le délestage des fonctions vitales de l'espèce comme la procréation, dont plusieurs manifestations sont déjà observables dans l'univers des technologies de reproduction, tel que le souhaitent certains chantres du clonage et du post-humain... (Vandelac, 2004; Dufour, 2003; Vacquin, 1999)

Bien que cette courte présentation ne puisse évidemment qu'effleurer ces nombreuses questions, on comprendra sans doute que la chirurgie esthétique n'est qu'un élément d'un puzzle beaucoup plus vaste qui mérite d'être analysé avec la plus grande attention. Dans une perspective de santé publique, où les ressources humaines et financières sont limitées, ne faut-il pas questionner non seulement les conditions, les ratés et les effets pervers de

certaines chirurgies esthétiques, et leurs impacts socio-économiques en termes d'allocation de ressources humaines et financières, mais également leurs effets socioculturels en termes d'élargissement constant de cette paradoxale demande d'un corps « chirurgical », d'un corps qui, prétendument « parfait », n'est plus qu'un corps refait et surfait...

Il importe en effet de bien comprendre les origines et les points de fuite de ces représentations d'un « corps en kit » malléable et modifiable qui, habitées depuis des siècles par les représentations d'automate et de corps machine, s'inscrivent désormais dans le paysage mental du remodelage transgénique, cybernétique, nanotechnologique et neuroscientifique du vivant. Or, manifestement, le « corps parfait », voire l'être « post-humain branché », s'il constitue déjà pour certaines personnes la figure de proue, signe pourtant, pour reprendre les mots de David Le Breton, *L'adieu au corps...*

Où est l'État dans l'encadrement de ce secteur et de ses effets en cascade?

Le quatrième phénomène que nous avons évoqué au début de ce texte, c'est la tentation des pouvoirs publics de privatiser en douce des pratiques biomédicales qui, aux confins de l'indication médicale stricte, sont présentées comme des pratiques de convenance liées aux choix individuels, ce qui semble autoriser l'État à se dédouaner de ses responsabilités. Il ne s'agit évidemment pas de demander aux pouvoirs publics d'absorber l'ensemble de ces coûts, ce qui risquerait de faire flamber la demande, ni de demander à l'État d'adopter une position normative, autoritaire et restrictive visant à sabrer à tout prix dans le nombre de ces interventions esthétiques, ce qui risquerait paradoxalement, comme nombre d'interdits sans explications convaincantes, d'accroître aussi la demande... Certes, imposer un âge minimal à certaines chirurgies ou encadrer la publicité et l'information serait un geste tout à fait cohérent. En outre, établir un registre détaillé sur l'état et l'évolution des pratiques et des clientèles serait essentiel, tout comme d'exiger des travaux de contre-expertise indépendants pour des interventions et des produits controversés comme dans le cas de certaines prothèses mammaires. Dans une perspective de santé publique, il serait également logique d'évaluer les coûts indirects des chirurgies esthétiques sur les ressources humaines et matérielles du système de santé. Enfin, imposer un moratoire sur la diffusion des produits de beauté issus des nanotechnologies en confiant aux entreprises la responsabilité de faire la preuve de leur innocuité serait sans doute parfaitement défendable en termes de santé publique.

Terminons sur une note pragmatique et optimiste. Rappelons qu'au cours des dernières années, nous avons collectivement pris conscience de l'ampleur et de la gravité de la dégradation de l'environnement et des impacts majeurs des changements climatiques, tout comme nous avons réalisé les effets dévastateurs du tabac, la nocivité de certains pesticides organochlorés et les impacts négatifs des sucres, des sels et des gras « trans » de l'industrie agroalimentaire sur la santé des individus et des populations. Cela nous a amené à documenter, analyser, évaluer les effets pervers et les coûts de santé de ces productions et consommations ni durables, ni viables. Or, ne faudrait-il pas faire le même type d'examen de conscience face à ces tendances au remodelage du corps humain et de ses effets en cascade sur le corps social, sur le corps de la pensée et sur les systèmes de soins?

Compte tenu de l'ampleur de ces phénomènes, qui risquent fort de s'élargir et de s'amplifier au cours des prochaines années, chose certaine, le laxisme de l'État face à l'entreprise privée, qui domine ce secteur, ne peut tenir lieu de prétendue politique. C'est peut-être un tel virage qu'amorce ce colloque... Du moins, c'est à espérer...

Bibliographie

- Achard, P. et al. 1977. *Discours biologique et ordre social*. Seuil : Paris. 283 p.
- Baril, Jean. 2006. *Le BAPE devant les citoyens. Pour une évaluation environnementale au service du développement durable*. Presses de l'Université Laval : Québec. 187 p.
- Beaune, Jean-Claude. 1989. *Les spectres mécaniques. Essais sur les relations entre la mort et les techniques*. Champ Vallon : Seyssel, 1989. 352 p.
- Berlan, Jean-Pierre, éd. 2001. *La guerre au vivant : OGM & mystifications scientifiques*. Montréal/Marseille : Comeau & Nadeau/Agone. 166 p.
- Bibeau, Gilles. 2004. *Le Québec transgénique : science, marché et humanité*. Boréal : Montréal. 453 p.
- Castoriadis, Cornélius. 1996. *Les carrefours du labyrinthe IV : La montée de l'insignifiance*. Seuil : Paris. 241 p.
- Cicocella, André et Dorothee Benoit-Browaeyns. 2005. *Alertes santé. Experts et citoyens face aux intérêts privés*. Fayard : Paris. 421p.
- Fox-Keller, Evelyn. 1999. *Le rôle des métaphores dans les progrès de la biologie*. Les Empêcheurs de penser en rond/Institut Synthélabo : Paris. 154 p.
- Guillebaud, Jean-Claude. 2001. *Le principe d'humanité*. Seuil : Paris. 384 p.
- Jonas, Hans. 1990. *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. Le Cerf : Paris. 338 p.
- Krol, Ariane. « L'urgence d'agir », *La Presse*, 26 octobre 2006.
- Le Breton, David. 1999. *L'adieu au corps*. Métailié : Paris. 237 p.
- Mirenowicz, Jacques. 2000. *Sciences et démocratie : le couple impossible?* Charles Léopold Mayer : Paris. 84 p.
- Perron, Alexandra « Quand les Québécois troquent la plage pour le bistouri », *Le Soleil*, 17 avril 2004, p. A1.
- Dufour, Dany-Robert. 2003. *L'art de réduire les têtes. Sur la nouvelle servitude de l'homme libéré à l'ère du capitalisme total*. Denoël : Paris. 250 p.
- Salomon, Jean-Jacques. 2006. *Les scientifiques : entre pouvoir et savoir*. Albin Michel : Paris. 435 p.
- Salomon, Jean-Jacques. 2007. *Une civilisation à hauts risques*. Charles Léopold Meyer : Paris. 226 p.
- Séralini, Gilles-Éric. 2004. *Ces OGM qui changent le monde*. Flammarion : Paris. 229 p.
- Sfez, Lucien. 1995. *La santé parfaite : critique d'une nouvelle utopie*. Seuil : Paris. 398 p.
- St-Germain, Christian. 2001. *La technologie médicale hors-limite : le cas des xénogreffes*. PUQ: Montréal. 138 p.

Testart, Jacques. 2006. *Le vélo, le mur et le citoyen. Que reste-t-il de la science?* Belin : Paris. 126 p.

Tibon-Cornillot, Michel. 1992. *Les corps transfigurés. Mécanisation du vivant et imaginaire de la biologie*. Seuil : Paris. 311 p.

Vacquin, Monette, dir. 2002. *La responsabilité: la condition de notre humanité*. Autrement : Paris, 2002. 287 p.

Vacquin, Monette. 1999. *Main basse sur les vivants*. Fayard : Paris. 276 p.

Vandelac, Louise. 2006. « L'approche écosanté ou la viabilité du monde... » *Franc Vert*, printemps, vol. 3, no 2 [En ligne].
<http://www.francvert.org/pages/32dossierlaprocheecosanteoulaviabilite.asp>

Vandelac, Louise. 2006. « Changer de perspectives...ou changer d'espèce et de planète? » *Alternatives*, 4 avril 2006
[En ligne]. http://www.alternatives.ca/article2449.html?var_recherche=vandelac

Vandelac, Louise. 2004. « Les nouvelles technologies de reproduction ou l'infertilité contournée ». *Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix?* Actes du Colloque de la Fédération du Québec pour le planning des naissances, 25 et 26 avril 2003, p. 55 à 65
[En ligne].
http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/2003_10_0003.pdf

Vandelac, Louise. 2003. « Clonage ou la traversée du miroir », *Cahiers de recherche sociologique*, no 38, p. 141-158.

Vandelac, Louise. 2002. « L'industrie du vivant tente de faire main basse sur le patrimoine génétique de la planète », dans Serge Cordellier, éd., *Le nouvel état du monde. Les idées forces pour comprendre les nouveaux enjeux internationaux*, La Découverte : Paris, p. 48-50.

Vandelac, Louise. 2001. « Menace sur l'espèce humaine... ou démocratiser le génie génétique », *Futuribles*, juin, no 264, p. 5-26.

Vandelac, Louise. 2000. « Perturbateurs endocriniens : environnement, santé, politiques publiques et principe de précaution. » *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, vol. 184, no 7, p. 1447-1490.

Vandelac, Louise. 1996. « Technologies de reproduction l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre... » *Sociologie et sociétés*, vol. 28, no 2, p. 109-122.

Virilio, Paul. 2002. *Ce qui arrive*. Galilée : Paris. 109 p.

(1) Provoqués par le médecin ou par le traitement.

(2) http://www.surgery.org/public/consumer/trends/cosmetic_surgery_trends

(3) *Medicaid Finance. The Canadian Plastic Surgery Statistics*

[En ligne] <http://www.plasticsurgerystatistics.com/>

(4) Voir le site de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (autrefois connue sous le nom d'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé - OCCET). <http://www.cadth.ca/>

(5) Aujourd'hui Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ).

(6) Technologies de pointe qui s'intéressent aux objets à l'échelle moléculaire ou atomique, trouvant des applications dans les domaines de la physique, de la chimie et de la biologie. Voir le site de Nano Québec : <http://www.nanoquebec.ca/>.