



Interventions esthétiques : *le droit d'être informé(e)*

Contexte et problématique

L'offre illimitée du marché de la beauté

Pour les femmes d'aujourd'hui, jeunesse et séduction ont pris l'allure de véritables obsessions. Pour être belle, il faut avoir l'air jeune, sans rides, ni cheveux blancs, posséder un corps mince à la poitrine généreuse, des dents blanches parfaitement alignées dans une bouche aux lèvres pulpeuses et une peau lisse sur des chairs fermes. Or les innovations technologiques et l'industrie de l'antivieillesse font miroiter l'atteinte de cet idéal et érigent en culte la recherche de cette beauté « facile ».

En effet, les produits de beauté et la chirurgie esthétique offrent maintenant des possibilités quasi illimitées. Médicaments et interventions chirurgicales sont proposés à des femmes toujours plus jeunes, sinon adolescentes. Avec l'avènement des « safaris bistouris » (*scalpel safaris*) qui combinent tourisme et chirurgie dans un cadre exotique, le phénomène a pris une ampleur mondiale et un visage de plus en plus banalisé.

Chirurgie esthétique : risques et information

Le danger relié aux interventions esthétiques, révélé notamment dans le dossier des prothèses mammaires en gel de silicone dans les années 1980-90, a permis de prendre conscience de la nécessité de mieux informer les femmes (et les hommes) des risques qu'elles encourent. La méfiance publique n'a pas empêché le retour en douce de ces implants sur le marché, d'où la difficulté de protéger les femmes lorsque d'importants enjeux économiques ont préséance sur le droit à l'information.

Les interventions esthétiques en milieu privé ont connu une forte hausse depuis les années 1990. Devant ce phénomène, de plus en plus de pays reconnaissent l'importance de mieux encadrer les pratiques de cette industrie. Au Québec, il semble que l'encadrement soit quasiment inexistant et que les textes législatifs en vigueur (Code civil, codes de déontologie, etc.) n'aient pas la portée escomptée.

- ➔ Est-il opportun de constituer et de promouvoir un registre d'information public sur les risques associés aux interventions esthétiques (incidents, complications, coûts, etc.)?
- ➔ Y a-t-il d'autres moyens à privilégier afin de mieux renseigner le public sur cette question?

Conférences

Conférence de Jannick Desforges, responsable du service juridique d'Option consommateurs.

Jannick Desforges est diplômée de l'École des Hautes Études Commerciales de Montréal et de la Faculté de droit de l'Université de Montréal. Avocate et membre du Barreau du Québec, Me Desforges a œuvré de 1997 à 2007 au sein d'Option consommateurs, un organisme de défense des droits du public consommateur. Alors à titre de responsable du service juridique, elle a assuré le suivi des recours collectifs entrepris par l'organisme et coordonné le traitement des plaintes et des demandes d'information. Me Desforges est également chargée de cours au Département des sciences juridiques de l'UQAM. Elle siège sur divers comités et est membre du conseil d'administration de la Régie du bâtiment du Québec, de la Fondation Claude Masse et d'Éducaloi, un organisme de vulgarisation juridique.

En 2002, Option consommateurs a réalisé une enquête sur le terrain pour vérifier si les spécialistes de la chirurgie plastique renseignaient adéquatement leurs clientèles. Notre constat : ces médecins minimisent considérablement les risques liés aux implants. Certain(e)s ne mentionnent pas la durée de vie limitée de ces prothèses, la grande possibilité de rupture ou de dégonflement, la formation d'une capsule (tissus cicatriciels autour de la prothèse pouvant entraîner le durcissement du sein), l'interprétation difficile des mammographies suite à l'intervention, l'éventualité d'interventions esthétiques supplémentaires, ainsi que l'augmentation croissante des coûts de ces opérations. Bref, les femmes ignorent souvent qu'il s'agit d'une opération irréversible.



Implants mammaires : le défi de l'information

La tenue du présent « colloque pour un changement social » coïncide avec la fin du moratoire sur les prothèses mammaires en gel de silicone, imposé en 1992 par Santé Canada. Après 14 ans d'interdit, Santé Canada les autorise à nouveau depuis octobre dernier.¹ Même son de cloche aux États-Unis où le moratoire a été levé la semaine dernière². Une question s'impose : sommes-nous de retour à la case départ?

Option consommateurs, anciennement l'ACEF³-Centre de Montréal, est un organisme sans but lucratif voué à la défense des droits des consommatrices et des consommateurs. Nous intervenons dans des secteurs de la consommation aussi variés que l'énergie, les services financiers, l'agroalimentaire ou encore l'accès à la justice. Option consommateurs s'est aussi engagé dans le dossier des prothèses mammaires en gel de silicone. C'est un cas d'espèce qui peut se transposer à d'autres types d'intervention esthétique comme les injections au Botox (toxine botulique).

Option consommateurs et les recours collectifs contre les pharmaceutiques

Option consommateurs a commencé à s'intéresser aux problèmes reliés aux prothèses mammaires en gel de silicone au début des années 1990. Depuis, nous avons reçu des milliers de demandes d'information et de plaintes provenant de femmes porteuses d'implants mammaires. En 1991, nous avons déposé le premier recours collectif contre la compagnie pharmaceutique Bristol-Myers Squibb. Le règlement a eu lieu en 1996 pour un montant d'environ 28 millions de dollars canadiens, versé aux femmes du Québec et de l'Ontario qui avaient déposé une réclamation. Lancés respectivement en 1993 et en 1995, deux autres recours collectifs mettant en cause des Québécoises ont été entrepris contre les compagnies Baxter et Dow Corning. En 1998 et en 2002, ces deux actions ont mené à des règlements pour des montants de 22 millions et 50 millions de dollars canadiens. D'autres recours ont été déposés au Canada et aux États-Unis.

Les femmes porteuses d'implants ont reçu des montants qui variaient entre 1 000 et 30 000 CAD, selon les problèmes subis, que ce soit une extraction, une rupture de l'implant ou parce qu'elles avaient développé différents ennuis de santé. Les trois règlements comportaient une liste de complications très variées, susceptibles d'être indemnisées telles des maladies auto-immunes (lupus, sclérodémie, polyarthrite rhumatoïde), des troubles du tissu conjonctif, des affections neurologiques (sclérose en plaques, etc.). Cependant, dans le cadre de ces règlements à l'amiable, les compagnies pharmaceutiques ont accepté d'indemniser les femmes du Québec, sans reconnaître légalement leur responsabilité, ni le lien de causalité entre les problèmes physiques et les prothèses en silicone.

1 « Santé Canada accorde des homologations de classe IV conditionnelles aux fabricants de prothèses mammaires de silicone » (communiqué du 20 octobre 2006). In *Santé Canada* [En ligne]. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2006/2006_103_f.html

2 « FDA Approves Silicone Gel-Filled Breast Implants After In-Depth Evaluation » (communiqué du 17 novembre 2006). In *U.S. Food and Drug Administration* [En ligne]. <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2006/NEW01512.html>

3 Association coopérative d'économie familiale.

Le moratoire sur les prothèses en silicone de Santé Canada : un interdit facile à contourner

Malgré le moratoire sur les prothèses mammaires en silicone de Santé Canada, celles-ci ont amorcé leur retour en douce via un programme mis sur pied par Santé Canada, le Programme d'accès spécial (PAS)⁴. Ce programme « permet aux médecins qui traitent des patients atteints de maladies graves ou mortelles d'accéder à des médicaments non disponibles sur le marché, lorsque les thérapies habituelles se sont révélées inefficaces, ne conviennent pas ou ne sont pas disponibles⁵. » Or, dans la plupart des cas, la chirurgie esthétique d'augmentation mammaire ne constitue pas une question de vie ou de mort. Pourtant, durant le moratoire, plus de 24 000 Canadiennes se sont fait implanter des prothèses en silicone. La grande majorité des spécialistes de la chirurgie qui en faisaient la demande auprès de Santé Canada, obtenaient une autorisation.

Devant une telle facilité à bénéficier d'une dérogation, on peut se demander pourquoi Santé Canada a décrété un moratoire. Dans le communiqué de presse émis le 20 octobre 2006 par Santé Canada, il est mentionné que les prothèses mammaires en gel de silicone sont considérées comme des instruments médicaux de classe IV, c'est-à-dire ceux qui représentent le risque le plus élevé. Ainsi, une femme qui décide de subir une augmentation mammaire doit préalablement avoir consulté un(e) professionnel(le) de la santé et avoir évalué les avantages d'une telle intervention par rapport aux risques éventuels.

Le consentement relié aux risques de la chirurgie esthétique

Comment évaluer ces risques? Dans la mesure où l'augmentation mammaire n'est pas une chirurgie qui répond à une urgence médicale, les chirurgien(ne)s doivent dévoiler toutes les complications possibles, même les plus rares. Les femmes doivent être informées, par exemple, des inconvénients, des malaises, des douleurs, des cicatrices ainsi que de tous les risques potentiels éloignés. Bref, tous les éléments d'information susceptibles d'influencer la décision de la femme doivent être dévoilés. De plus, le *Code de déontologie des médecins du Québec*⁶ impose aux membres de la profession médicale une obligation d'information afin que leurs patientes prennent une décision éclairée quant à la nature, au but et aux conséquences des traitements offerts (articles 28 et 29). Le Code civil du Québec mentionne aussi qu'une personne ne peut être soumise à des soins sans son consentement⁷. Ce consentement doit permettre un choix éclairé, un choix qui exige que toute l'information soit révélée, à la fois clairement transmise et bien comprise.

En 2002, Option consommateurs a réalisé une enquête sur le terrain pour vérifier si les spécialistes de la chirurgie plastique renseignaient adéquatement leurs clientèles. Notre constat : ces médecins minimisent considérablement les risques liés aux implants. Certain(e)s ne mentionnent pas la durée de vie limitée de ces prothèses, la grande possibilité de rupture ou de dégonflement, la formation d'une capsule (tissus cicatriciels autour de la prothèse pouvant entraîner le durcissement du sein), l'interprétation difficile des mammographies suite à

4 On peut trouver de l'information en ligne sur le PAS à l'adresse URL suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/index_f.html

5 Idem.

6 Collège des médecins du Québec. *Code de déontologie des médecins du Québec. Code des professions*, L.R.Q., c. C-26, a. 87; 2001, c. 78, a. 6) (en vigueur depuis le 7 novembre 2002 [En ligne]. <http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/cmqcodedeontofr.pdf>

7 Code civil du Québec, L.Q., 1991, c. 64, article 11 [En ligne].

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ/CCQ.html>

l'intervention, l'éventualité d'interventions esthétiques supplémentaires, ainsi que l'augmentation croissante des coûts de ces opérations. Bref, les femmes ignorent souvent qu'il s'agit d'une opération irréversible. En 2006, une émission de Radio-Canada a refait la même enquête pour parvenir à peu près aux mêmes constats. Plusieurs chirurgien(ne)s n'ont pas informé leurs patientes qu'il fallait demander une autorisation spéciale à Santé Canada pour obtenir les implants en gel de silicone. Ainsi, en omettant cette information, ces spécialistes s'exposaient à des sanctions disciplinaires de la part du Collège des médecins du Québec.

Comment donner un consentement éclairé si toute l'information n'est pas divulguée? En matière d'intervention esthétique, la relation entre les médecins et leurs patient(e)s s'apparente à la relation entre les commerçant(e)s et leur clientèle. Lorsqu'on achète un bien, un électroménager, par exemple, on n'hésite pas à comparer différents produits, à poser plusieurs questions au personnel de vente et à exiger des réponses claires et précises. La même logique devrait s'appliquer en matière de chirurgie esthétique.

De l'utilité d'un registre national des augmentations mammaires

Santé Canada estime qu'il y a entre 100 000 et 200 000 femmes au pays qui portent des implants mammaires. Or, depuis 1994, ces chiffres sont demeurés inchangés... Nous savons pourtant que cette chirurgie jouit d'une popularité croissante auprès de femmes de plus en plus jeunes : il est difficile d'obtenir le nombre exact d'interventions. Déjà en 1992, un comité indépendant, présidé par la docteure Cornelia Baines, de l'Université de Toronto, recommandait la tenue d'un registre national afin de rendre public le nombre d'augmentations mammaires réalisées ainsi que les différents problèmes survenus (complications, effets secondaires, extractions, etc.). Cependant, ce registre n'existe toujours pas. En 2004 puis en 2006, des projets de loi privés ont été déposés à la Chambre des communes pour établir ce registre national : le premier est mort au feuilletton, le deuxième a peu de chance de voir le jour.

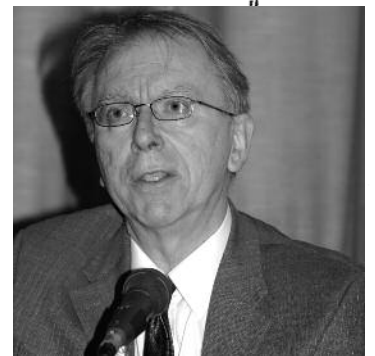
La Grande-Bretagne a été le premier pays à se doter d'un tel registre en 1993. D'autres pays ont ensuite emboîté le pas comme les États-Unis, l'Australie et le Danemark. Ainsi, en 2000, le gouvernement britannique a pu facilement « rappeler » un type d'implant. Grâce au registre, des milliers de femmes ont pu être informées que leurs implants, à base d'huile de soja, comportaient des risques reliés au cancer, à la grossesse et à l'allaitement. On a conseillé à ces femmes de se les faire enlever ou de ne pas tomber enceinte avant de l'avoir fait. Sans l'existence du registre, il aurait fallu s'adresser aux personnes concernées par l'intermédiaire des médias et des médecins.

Certes, un tel registre ne peut pas à lui seul répondre à toutes les questions entourant la sécurité des interventions et des implants eux-mêmes : à ce jour, personne ne peut garantir leur innocuité. Toutefois, cet outil constitue une piste de solution pour favoriser la divulgation d'informations au public.

Conférence de Pierre J.J. Blais, Ph.D., président, Innoval Failure Analysis

Pierre J.J. Blais est diplômé en chimie des polymères de l'Université McGill, de Montréal, et en ingénierie des biomatériaux de la Case Western Reserve University, de Cleveland, en Ohio. Jusqu'en 1976, il agit comme adjoint de recherche au Conseil national de recherches du Canada. Il devient ensuite chercheur puis conseiller scientifique principal au Programme des instruments médicaux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Canada. En 1981, il est élu président de l'Association des chimistes professionnels de l'Ontario.

La chirurgie esthétique constitue un monde à part, en marge de la médecine. En rupture avec le serment professionnel prononcé par les médecins, elle impose une hypothèque sur la santé dans presque tous les cas. Les déboires de la chirurgie esthétique découlent des règles fondamentales qui régissent le fonctionnement du corps humain. En résumé, forcer un objet qui peut occuper un à deux litres de volume dans la poitrine d'une personne n'est pas sans conséquences pour la bonne marche de son organisme.



En 1990, le Dr Blais démarre sa propre firme de services-conseils spécialisée dans la conception et la sécurité des produits médicaux, Innoval Failure Analysis. Partisan engagé de la promotion de la qualité et de la sécurité des produits de consommation, il donne des conférences sur les technologies biomédicales, le développement commercial, le professionnalisme et l'éthique en matière de recherche biomédicale. Aux États-Unis, il a témoigné des risques liés aux soins de santé devant certaines instances gouvernementales. Il est aussi professeur invité dans plusieurs universités et siège sur des comités internationaux responsables des normes en matière d'instruments médicaux.

La chirurgie esthétique : un fardeau public croissant

La chirurgie esthétique constitue un pas de plus vers la médicalisation de la vie des femmes. C'est aussi une porte ouverte à des dépenses publiques incontrôlables. En fait, le marché de la beauté (chirurgie esthétique, supplémentation hormonale, bronzage accéléré, art dentaire cosmétique, etc.) relève plutôt de la croyance que de la science ou de la médecine. De plus, le discours sur la chirurgie esthétique tombe souvent dans l'exagération et lui confère un caractère folklorique. Ainsi, on a prétendu que les premières augmentations mammaires avaient été pratiquées en injectant à des Japonaises de l'huile de transformateur électrique : inexact et pure chimère! Bien que, dans les 50 dernières années, l'exemple des prothèses mammaires ait été le plus médiatisé, il ne s'agit pas du plus dommageable. En outre, on a souvent attribué les erreurs en chirurgie esthétique à des charlatans. Or, dans la majorité des cas, des médecins bien connu(e)s étaient en cause.

Un bref historique de la chirurgie esthétique

La chirurgie esthétique est issue de la médecine militaire par souci de limiter les traces de blessures infligées aux soldats, en particulier les brûlures profondes. Elle s'est ensuite penchée sur des cas plus difficiles : refermer des plaies de grandes dimensions, reconstruire les os écrasés, etc. Dans les années 1930, on a tenté d'intervenir au niveau du visage avec le débridement profond, une intervention qui permet de retirer d'une plaie les tissus nécrosés ou infectés afin d'accélérer la formation de tissus sains et de favoriser leur transposition (homogreffes). Le traitement des brûlures, tant chez les militaires que dans la population civile, demeure alors problématique. Les personnes brûlées sont soignées progressivement dans le cadre de chirurgies multiples et de greffes en série – comme c'est encore le cas aujourd'hui.

À la fin du conflit mondial, préoccupés par les blessures provoquées par l'usage d'armes nucléaires au Japon, les États-Unis y dépêchent des plasticiens réputés parmi lesquels se trouvaient plusieurs Canadiens expatriés. C'est d'ailleurs à l'un d'entre eux que l'on doit l'introduction au Japon de la technique désastreuse d'injection d'huile de silicone à des fins d'augmentation mammaire. Ainsi, lorsque les choses ont mal tourné, dans les années 1950, il a été commode de prétendre que la pratique avait commencé dans ce pays et non pas en Amérique du Nord.

À la même époque, on assiste à des interventions en profondeur au visage et à la poitrine pour corriger, entre autres, des malformations. C'est aussi à ce moment-là que les plasticien(ne)s se mettent à commercialiser leur expertise. Une promotion souvent exagérée, sinon mensongère, devient monnaie courante et attire l'attention des associations médicales professionnelles. Des équipements médicaux improvisés et spécifiques à des procédures chirurgicales irrégulières voient le jour, inspirés de brevets expirés.

Dans cette courte histoire, le Québec des années 1960 se révèle le berceau de nombreux essais peu probants et d'aventures cliniques. L'implant à des fins cosmétiques gagne en popularité et la

production de prothèses mammaires à des fins commerciales devient rentable. Le choix des matériaux s'effectue sur une base tout à fait arbitraire. Tout s'implante : plastique, mousse synthétique, éponges de consommation courante, rubans de polyéthylène, métaux et alliages variés, etc. Résultats? Les implants se dégradent et les infections secondaires se multiplient. Le Québec fait alors figure de plus grand centre de consommation de prothèses mammaires à l'échelle mondiale.

Les États-Unis ne sont pas en reste. En 1963, le chirurgien étasunien Thomas Cronin et le clinicien canadien Frank Gerow, tous deux praticiens à l'université Baylor de Houston au Texas, lancent le premier implant en gel de silicone. Commercialisé par la compagnie Dow, l'implant Cronin d'apparence plus naturelle devance tous ses concurrents et révolutionne le petit monde de l'augmentation mammaire. Vers 1970, la consommation étasunienne d'implants surpasse rapidement celle du Québec. Alors que les implants mal conçus et les chirurgies abusives s'accroissent, une réglementation voit le jour. Aux États-Unis, des enquêtes exigées par le Congrès et des regroupements de consommatrices et de consommateurs mènent à une intervention du législateur en 1976. Une réglementation des instruments et des implants médicaux est mise en place graduellement, en dépit des protestations véhémentes des associations de spécialistes de la chirurgie esthétique. Il devient alors obligatoire de documenter l'innocuité et l'efficacité d'un produit avant de le mettre en vente.

Durant la décennie 1980, la chirurgie esthétique devient une grande industrie, objet d'une promotion musclée et soutenue : tout est possible et ce, avec facilité et à prix modique. On vante l'amélioration de l'apparence du corps et l'aspect psychothérapeutique des interventions. La chirurgie esthétique ouvre la voie au succès social et à la prospérité. Les résultats n'en continuent pas moins d'être variables, éphémères, sinon catastrophiques. En effet, les risques sont repoussés à l'arrière-plan ou gardés sous silence. Dès 1989, les gouvernements sont à nouveau forcés d'intervenir. En 1990, la *Food and Drug Administration* des États-Unis impose un moratoire sur la vente d'implants mammaires à base de silicone. Le Canada emboîte le pas en 1992. C'est le crash : une ère de procès et de méfiance publique s'amorce. Un recours collectif de quatre milliards s'abat sur les compagnies productrices d'implants en gel de silicone. Ces dernières transfèrent alors leurs installations en Amérique du Sud (notamment au Brésil) et en Europe. Au même moment, les chirurgies génitales et transsexuelles connaissent un essor considérable.

Tableau 1
Nombre d'implantations mammaires au Québec, d'après Santé Canada

1990-1993	2 000 à 3 200 par année
2003	7 200 à 8 400 par année
Total estimé entre 1962 et 2006	30 à 60 000 (1% de la population)

En chirurgie esthétique, beau ne rime pas toujours avec bon

Aujourd'hui, la chirurgie esthétique a retrouvé sa popularité. Les cliniques ne se gênent pas pour faire de la publicité de façon directe, en s'affichant dans Internet, par exemple, ou indirecte, par le biais de client(e)s « réussi(e)s ». Elles font aussi appel à la publicité « cachée », comme la commandite d'émissions de télé-réalité. Tout est permis, même ce qui n'est pas désirable ou utile. De plus, les moratoires sont maintenant tombés. La triste vérité demeure : le Québec a été à l'origine d'un grand nombre d'expérimentations qui ont lourdement endommagé l'intégrité des services de chirurgie plastique et reconstructive au pays.

La chirurgie esthétique constitue un monde à part, en marge de la médecine. En rupture avec le serment professionnel prononcé par les médecins, elle impose une hypothèque sur la santé dans presque tous les cas. Les déboires de la chirurgie esthétique découlent des règles fondamentales qui régissent le fonctionnement du corps humain. En résumé, forcer un objet qui peut occuper un à deux litres de volume dans la poitrine d'une personne n'est pas sans conséquences pour la bonne marche de son organisme. Cet objet se trouve à environ deux centimètres des principaux organes vitaux (cœur, poumons). Il repose sur une partie du système vasculaire et lymphatique, comprime les vaisseaux et entrave la circulation dans tout le corps. Dans ma pratique, je reçois des implants pour examen après 15, 20 ou 30 ans d'implantation, accompagnés du dossier des patientes. Ils sont méconnaissables : leur structure et leurs composantes sont complètement altérées. Le tissu voisinant l'implant ne semble plus humain, on croirait qu'il a été prélevé d'un animal marin. Dans certains cas, la cage thoracique est déformée à la suite d'une pression soutenue de l'implant sur les côtes.

Chirurgie esthétique et fonds public

La chirurgie esthétique représente beaucoup plus qu'une simple décision personnelle. C'est une affaire publique qui touche à la fois la politique et la fiscalité. Bien que les spécialistes en chirurgie esthétique prétendent que les interventions se font aux frais des personnes qui reçoivent leurs services, les complications sont toujours aux dépens des contribuables. Certes, un ami plasticien m'a déjà déclaré que le principal risque des implantations de toutes sortes, y compris les liftings, c'est la pauvreté. La facture des opérations initiales (augmentation mammaire, lifting, liposuction, etc.) et des retouches fréquentes peut s'avérer ruineuse. Cependant, la personne qui éprouve des ennuis à la suite d'une chirurgie esthétique retourne au sein du système public de santé. Or, cette issue est inévitable car la plupart des interventions de ce type aboutissent à long terme à des complications. L'organisme s'altère pour accommoder l'objet implanté et le résultat se solde par des effets secondaires fâcheux, éventuellement systémiques, ou une extraction complète quelques années après l'implantation originale.

À quand la chirurgie esthétique obligatoire aux frais de l'État? À quand des normes nationales d'apparence corporelle (taille et forme de la poitrine, disposition des dents, espace entre les yeux, etc.)? Ces questions peuvent sembler farfelues mais, aux États-Unis, ce genre de risque a déjà été

soumis aux compagnies d'assurances dans une perspective de développement de nouvelles pratiques. Il convient de mentionner qu'entre 1960 et 1986 les frais d'augmentation mammaire au Canada étaient assumés par l'État.

En guise de conclusion : bien informer le public

En 2006, le cofondateur de l'institut de recherche *Emergency Care Research Institute* (ECRI), en Pennsylvanie, le docteur Joel J. Nobel affirmait que « à la longue, il y aura toujours des médecins pour croire qu'une technologie qui gonfle leurs recettes est une technologie de grande valeur [du point de vue médical] ». En effet, il y a aura toujours des spécialistes de la chirurgie esthétique pour croire (ou faire croire) au succès d'une technologie qui rapporte gros. De plus, les gouvernements ont peu fait pour régler le secteur de la chirurgie plastique que ce soit pour contrôler les produits médicaux et leur commercialisation, la publicité, les coûts secondaires, les primes d'assurance-maladie ou encore les associations professionnelles concernées. En définitive, j'aimerais croire qu'une personne d'intelligence moyenne, capable de rassembler un minimum d'information sur le sujet, ne se soumettra pas à une intervention chirurgicale injustifiée qui met sa santé et même sa vie en danger. En matière de chirurgie esthétique, il est nécessaire d'éduquer la population à distinguer les interventions acceptables des chimères à haut risque.

**Conférence de Louise Vandelac, professeure titulaire,
Département de sociologie, Institut des sciences de l'environnement et
chercheuse 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 chercheuse 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 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 justifiés 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 iatrogènes¹, 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 États-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

¹ Provoqués par le médecin ou par le traitement.

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

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 2002-2003³. 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

³ *Medicard Finance. The Canadian Plastic Surgery Statistics* [En ligne]. <http://www.plasticsurgerystatistics.com/>

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 biomédicales⁴, 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, coûts et 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'œuvre. 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

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).

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 – permettaient, 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 œuvre 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 nanotechnologies⁶, 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 œuvre 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).

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 NanoQuébec: <http://www.nanoquebec.ca/>.

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. 421 p.
- 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, n° 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*, n° 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, n° 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, n° 7, p. 1447-1490.

Vandelac, Louise. 1996. « Technologies de reproduction l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre... » *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2, p. 109-122.

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

Consultation pré-colloque et synthèse d'ateliers

Avant la tenue du colloque, les personnes inscrites ont reçu un cahier de participation afin de leur permettre, d'une part, de consulter les membres de leur organisation et, d'autre part, de participer activement aux discussions lors des ateliers et des plénières. Pour chaque panel, une feuille « Votre point de vue » sollicitait les préoccupations du milieu et présentait les questions à débattre.

Le panel sur les interventions esthétiques a été suivi de quatre ateliers portant sur l'opportunité de constituer et de promouvoir un registre public des incidents liés à ce type d'interventions pour assurer une meilleure information du public. À cette occasion, les participantes et les participants ont été invité(e)s à discuter des questions soulevées lors de la consultation pré-colloque. Vous trouverez ici les préoccupations et les suggestions extraites de cette consultation ainsi que les opinions complémentaires exprimées lors des ateliers.

Interventions esthétiques : le droit d'être informé(e)

Questions soumises à la consultation et au débat :

- Quelles sont les principales préoccupations de votre organisation ou de votre milieu d'intervention concernant cet enjeu?
- Croyez-vous que la constitution et la promotion d'un registre officiel public des incidents liés aux interventions esthétiques réalisées au Québec seraient un bon moyen d'assurer une meilleure information du public? Si oui, que souhaiteriez-vous y retrouver?
- Si non, quel serait le moyen à privilégier afin de s'assurer que le public soit mieux informé?

41 feuilles « Votre point de vue » complétées avant la tenue du colloque
 139 organismes représentés au Colloque
 171 participant(e)s aux quatre ateliers

Les préoccupations

Modeler son corps aux normes de beauté

« Travailler sur son image corporelle ne garantit pas une meilleure estime de soi ni un mieux-être. »

En matière de chirurgie esthétique, comme pour d'autres facettes du marché de la beauté, la standardisation et la chosification du corps féminin viennent en tête des préoccupations des participant(e)s du colloque. Porteur d'insatisfactions, l'idéal du corps éternellement jeune et parfait en entraîne plusieurs vers la chirurgie esthétique et ce, à un âge de plus en plus précoce (c'est-à-dire de jeunes filles mineures). La possibilité de modifier à volonté notre corps devenu objet nous permet de changer non seulement les aspects qui déplaisent mais aussi ceux qui ne sont pas socialement valorisés.

Or l'impact de ce type d'intervention sur la santé physique et psychologique des femmes inquiète. On cite en exemple l'estime et l'acceptation de soi, les conséquences d'une augmentation mammaire sur l'allaitement maternel, ou la grande vulnérabilité des personnes souffrant de troubles alimentaires, candidates aux interventions esthétiques à répétition. Il importe aussi de se questionner sérieusement sur les motivations profondes des femmes, leurs besoins et leur niveau de satisfaction post-chirurgicale.

« L'accroissement de la pratique médicale esthétisante [...] crée une confusion dans la population en associant santé et bien-être. »

On souligne le nombre grandissant de femmes recourant à la chirurgie esthétique : certaines y voient le symptôme d'une perte de contrôle des femmes sur leur image et leur corps, au profit d'un monde de l'artificiel et du faux. Les stéréotypes féminins se trouvent ainsi renforcés. On y perçoit aussi le résultat de la pression que subissent les femmes devant notre refus collectif d'accepter la différence, le vieillissement et la mort. Selon un groupe de femmes, les femmes devraient avoir recours à la chirurgie esthétique pour elles-mêmes et non pas pour répondre à la pression et aux normes sociales. D'autres croient qu'un meilleur accès à des services de santé mentale permettrait aux femmes de développer l'estime de leur corps tel qu'il est.

Le droit d'être informé(e)

Le manque de données sur la chirurgie esthétique au Québec et la difficulté d'y accéder sont largement décriés. Trois approches sont proposées pour diffuser les informations pertinentes. D'une part, sensibiliser et responsabiliser la population en faisant la promotion de la condition féminine afin de limiter le recours aux interventions esthétiques. D'autre part, il conviendrait d'informer les femmes, à l'aide de données fiables, sur les effets à court, à moyen et à long terme de telles interventions. On suggère notamment des rencontres psychosociales de préparation. Les femmes devaient prendre conscience de la nature permanente des modifications : il ne s'agit plus de dissimuler une imperfection mais bien de l'éliminer. De plus, l'industrie devrait faire preuve d'une plus grande transparence en rendant publiques des études effectuées sur les produits et les interventions qu'elle propose. Enfin, un commentaire exprime le souhait de voir l'État réglementer en matière d'information afin de permettre aux client(e)s de donner un consentement libre et éclairé.

Interventions esthétiques, entre le commerce et la médecine

« Une publicité abusive a convaincu [le public] que le recours à ces interventions relève d'un choix personnel. »

Plusieurs commentaires désignent la chirurgie esthétique comme une entreprise qui recherche le profit au détriment de la santé. Grâce à des stratégies de marketing habiles, les industries de la mode et de l'esthétique auraient créé des besoins factices chez les femmes afin de profiter de retombées considérables de la vente de produits et services, nécessaires pour combler ces insatisfactions « préfabriquées ». Ainsi, les femmes investissent de plus en plus dans leur « projet corporel » afin de répondre aux standards de beauté établis, des standards sans cesse renouvelés comme le démontre le nouvel engouement pour les chirurgies du vagin.

« Nous croyons que le retour sur le marché des implants mammaires en gel de silicone est un acte politique de mépris envers les femmes. »

Quelques organismes montrent du doigt la banalisation des interventions esthétiques ainsi que des chirurgies pratiquées à l'estomac dans le but de perdre du poids. Certains groupes de femmes y voient même une forme de violence, voire une « pratique barbare » comparable à l'excision et destinée à plaire aux hommes.

Cantonnée aux confins de la médecine, la chirurgie esthétique est aussi dénoncée pour son éthique médicale accommodante (interventions inutiles), l'absence d'accréditation des professionnel(le)s qui la pratiquent et ses entorses aux normes de médecine en matière de monitoring et de suivi de leur clientèle. N'importe quel(le) omnipraticien(ne) peut

s'adonner à la chirurgie esthétique après n'avoir suivi qu'un simple séminaire sur le sujet. On considère que les chirurgien(ne)s esthétiques orientent mal leurs patient(e)s en n'insistant pas suffisamment sur les enjeux de santé. De plus, la privatisation des soins est perçue comme un obstacle à leur qualité.

Un commentaire réclame des interventions esthétiques à des coûts réalistes et non abusifs.

Des obstacles à un registre public

De nombreux propos échangés en atelier recourent ceux recueillis dans la consultation pré-colloque. La pression sociale pour une image corporelle idéale, l'accès à l'information en matière de chirurgie esthétique et le caractère marginal de cette pratique « médicale » préoccupent tout autant les personnes présentes aux ateliers que celles sondées avant le colloque.

Lors des ateliers cependant, des participant(e)s ont manifesté leur inquiétude face aux écueils que la réalisation d'un registre public des incidents liés aux interventions esthétiques pourrait rencontrer. On mentionne des obstacles de nature juridique comme la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* (LRQ, c. P-39.1) ou encore les SLAPP (*Strategic Lawsuit Against Public Participation*, « poursuites stratégiques contre la mobilisation populaire »), ces recours abusifs déposés par des entreprises afin d'intimider ou de neutraliser les individus ou les organismes qui critiquent ou dénoncent leurs activités. On évoque aussi la toute-puissance du lobby pharmaceutique. À qui profiterait la visibilité offerte par les campagnes de sensibilisation et le registre public?

Interventions esthétiques, entre le commerce et la médecine

La position ambiguë de la chirurgie esthétique entre médecine et libre entreprise a donné lieu à des réflexions complémentaires. On souligne la tendance chez les femmes de régler les problèmes personnels à l'aide de solutions médicales. Une participante trouve aberrant que des médecins puissent aussi être des entrepreneur(e)s. Pour freiner cette approche consumériste de la médecine, on souhaiterait notamment que les chirurgies esthétiques fassent l'objet d'une demande de justification : s'agit-il d'une opération médicalement nécessaire?

Un registre officiel des incidents liés aux interventions esthétiques au Québec pour mieux informer le public

Tableau 1

Réponses « Votre point de vue » concernant un registre public des incidents en matière de chirurgie esthétique

Réponse	%
En faveur	75,6
Pas en faveur	7,3
Ne sait pas	7,3
Sans réponse	9,8

La majorité des individus et des organismes participants s'est révélée en faveur d'un registre en matière de chirurgie esthétique, accessible à toute la population. Une campagne de presse devrait en faire la promotion. On croit que la connaissance des données au registre pourrait semer le doute chez la ou le candidat(e) et susciter un comportement de prudence et un questionnement pertinent face à l'intervention souhaitée. À la lecture des formulaires, on constate aussi que plusieurs souhaitent une compilation tant des ratés que des réussites de la chirurgie esthétique afin de permettre un choix éclairé.

Voici un aperçu des propositions de ce qu'un tel registre devrait contenir :

Suggestions pour un registre officiel et public en matière de chirurgie esthétique au Québec

Informations sur les patient(e)s et leur(s) intervention(s)

- nature des interventions;
- coût des interventions;
- groupe d'âge;
- genre (femme/homme);
- chirurgies esthétiques antérieures;
- suites médicales et psychologiques (complications à court, moyen et long terme; avant, pendant et après l'intervention; séquelles);
- photos et témoignages d'interventions ratées;
- selon le cas, poursuite et nature du règlement (hors cours ou non);
- niveau de satisfaction.

Informations sur la ou le chirurgien(ne) - nom;
- qualifications professionnelles;
- nom de la clinique;
- statistiques d'échec et de réussite.

Informations générales - mécanisme de plainte et exemples de plainte;
- barème des coûts pour chaque type d'intervention;
- risques afférents à chaque intervention;
- liste des chirurgien(ne)s reconnu(e)s.

Un groupe spécialisé a fait remarquer qu'il faudrait mettre sur pied une instance pour recevoir les plaintes afin d'encourager les gens à se plaindre et ainsi mieux documenter les incidents. Un tel mécanisme devrait être simple et accessible, par Internet ou par téléphone.

Cependant, certaines associations s'inquiètent de l'usage de la peur comme moyen de sensibilisation, sans compter le risque de tomber dans le sensationnalisme.

consultation pré-colloque

Tableau 2

Ateliers : Adhésion à un registre public des incidents en matière de chirurgie esthétique

Réponse	%
Entièrement d'accord	70,4
Plutôt en accord (mais...)	18,4
Plutôt en désaccord	9,3
Pas du tout d'accord	1,9

Les opinions exprimées indiquent un taux d'adhésion au registre plus important que lors de la consultation pré-colloque (88,8% contre 75,6%). Toutefois, plus de 18% des personnes en accord ont émis des réserves (registre seul insuffisant, outils de sensibilisation nécessaires, etc.).

Les personnes présentes aux ateliers se sont notamment penchées sur la question de l'instance responsable du registre. Quelques propositions ont été mises sur la table : la Régie de l'assurance-maladie du Québec, la Direction de la santé publique en collaboration avec le milieu des femmes, le Collège des médecins du Québec, l'Office des professions du Québec ou encore Santé Canada. Les avis sont partagés quant à la participation des médecins : d'un côté, on désire les impliquer; de l'autre, on envisage plutôt un organisme complètement indépendant de la profession.

ateliers

Quant au contenu du registre, on voudrait y voir apparaître des données sur les interventions non chirurgicales comme l'épilation au laser ou les injections de toxine botulique (Botox). De plus, il faudrait s'assurer de dénominaliser les informations afin de protéger la confidentialité de l'identité des personnes concernées.

Des moyens alternatifs de mieux faire connaître les risques de la chirurgie esthétique

consultation pré-colloque

Sensibilisation : mieux s'accepter

L'éducation et la sensibilisation se détachent comme des alternatives ou encore des suppléments au registre public. On souhaiterait une campagne de sensibilisation à la diversité des images corporelles – préférablement sur le long terme – qui valoriserait des modèles réels et sains. Avec l'envergure d'une campagne publicitaire contre l'alcool au volant ou le tabac, tous les moyens et les lieux seraient bons pour la diffuser : médias variés, écoles, milieux de travail, bars, etc. Pour certaines, le temps est venu de remettre en question nos valeurs par rapport à l'apparence et à la sexualité. Ce type de campagne pourrait s'accompagner d'une enquête auprès des femmes et des jeunes filles sur la façon dont elles aimeraient être représentées dans l'espace public.

De façon plus ciblée, des commentaires suggèrent une campagne de dénonciation des abus et des dangers réels de la pratique esthétique. Certaines envisagent d'un bon œil une éducation à l'anatomie humaine afin de faire prendre conscience que certaines parties du corps, comme les seins, ne sont pas de simples jouets transformables à souhait mais possèdent des fonctions physiologiques particulières.

Protéger le public

Il est clair que l'instauration d'un registre n'apparaît pas comme une solution suffisante en soi. Elle doit s'accompagner de mesures de contrôle et d'obligations spécifiques pour le personnel soignant. Il faudrait réexaminer le pouvoir des corporations professionnelles et mettre sur pied un mécanisme d'accréditation et de surveillance des cliniques. On réclame l'implantation d'un dispositif de protection et de soutien aux plaignant(e)s. Sans préciser qui en aurait la responsabilité, on demande aussi la mise en place de normes de qualité pour les produits esthétiques. Enfin, l'État devrait réglementer sur l'âge minimum d'accès à la chirurgie esthétique.



Les chirurgien(ne)s et médecins devraient davantage accompagner les femmes dans ce genre de démarche et les référer à un(e) psychologue afin de démystifier les motivations réelles de leur choix.



Les spécialistes de ce type de chirurgie devraient offrir un meilleur encadrement à leurs clientèles. Une évaluation systématique de différents éléments s'avère nécessaire : symptômes de dépression ou de dysmorphophobie (crainte obsessionnelle de la laideur ou de malformation); antécédents chirurgicaux; motivations; etc. On suggère l'imposition d'un délai de réflexion avant la chirurgie, comme en France, ainsi qu'une obligation de suivi de la part des chirurgien(ne)s. En outre, la clientèle devrait avoir accès à d'autres sources d'information que celle dispensée en clinique privée.

Un groupe avance que si la rémunération des spécialistes était moins attrayante, il y aurait moins de promotion en faveur de la pratique esthétique.

La chirurgie esthétique : une affaire d'État

Pour plusieurs organismes, le message est clair : le gouvernement doit prendre ses responsabilités en matière d'interventions esthétiques. L'État québécois doit réglementer ce secteur marginal de la médecine : élaborer un code d'éthique; imposer un protocole; implanter un mécanisme de divulgation obligatoire des incidents; interdire, ou mieux, contrôler la publicité; imposer un âge minimum; limiter les lieux de formation pour les médecins; augmenter les frais de chirurgie de façon dissuasive; interdire les émissions de chirurgie réalité; exiger l'étiquetage des produits issus de la nanotechnologie; etc. Certains commentaires évoquent même le bannissement pur et simple de ces chirurgies. La création d'un registre public ne peut-elle pas être perçue comme un appui déguisé à ce type de chirurgie, que certain(e)s considèrent comme une forme de violence faite aux femmes?

Investir en éducation populaire

Bien qu'une participante aimerait qu'on s'attaque d'abord à l'industrie et aux médecins plutôt que de miser uniquement sur la sensibilisation des femmes, l'éducation populaire demeure une approche privilégiée par plusieurs. Un commentaire relève que les milliards dépensés pour la création d'un registre – le registre des armes à feu est un exemple criant de gouffre financier – pourraient être mieux investis en éducation.



Les femmes disent qu'elles ont lu les conditions [de leur chirurgie] mais parfois, ce n'est pas vrai. Elles veulent tellement transformer leur corps qu'elles ne veulent pas toujours en connaître les risques. C'est pourquoi l'information ne suffit pas.



Le milieu communautaire manque d'outils pour faire la promotion de l'estime de soi et sensibiliser la population aux risques de la chirurgie esthétique. Il faut travailler avec les hommes ainsi qu'avec les mères pour changer leur perception de la beauté corporelle et leur discours sur le sujet. La beauté au naturel doit être remise au goût du jour. On suggère de construire des sites Web bidons de chirurgie plastique pour mieux révéler les dessous de l'industrie à la clientèle potentielle, comme le Bureau de la concurrence du Canada l'a fait pour certains produits de santé et PSMA (produits, services ou moyens amaigrissants). En outre, il appartient à toutes et à tous de poser des gestes individuels et de prendre position à la maison, au travail ou dans les tribunes publiques.



Il faut prendre le temps de dire à nos filles qu'elles sont belles.



Du côté des médias, on estime qu'il est grand temps de briser le tabou et d'aborder les conséquences fâcheuses des chirurgies esthétiques. Les journalistes devraient d'ailleurs être mieux informé(e)s. Il conviendrait aussi d'améliorer la représentativité des femmes de 45 ans et plus à la télévision.

Mieux documenter le phénomène

Dans un des ateliers, les personnes présentes ont insisté sur la nécessité de faire de la recherche pour étayer l'action, notamment sur les aspects sociologiques de la chirurgie esthétique. On souhaiterait que l'Institut de la statistique du Québec se penche sur l'image corporelle, en général, ainsi que sur les consommatrices et les consommateurs de chirurgie esthétique afin d'obtenir des données à moyen et à long terme, ventilées selon le sexe (à des fins d'analyse différenciée selon le sexe, ADS). Une étude sur l'impact des interventions esthétiques sur la confiance et de l'estime de soi serait aussi d'une grande utilité.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

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.

Cicoella, André et Dorothee Benoit-Browaeyns. 2005. *Alertes santé. Experts et citoyens face aux intérêts privés*. Fayard : Paris. 421 p.

Fox-Keller, Evelyn. 1999. *Le rôle des métaphores dans les progrès de la biologie*. Les Empêcheurs de penser en rond/Institut Synthélabo : Paris.

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.

Marzano, Michela, dir. 2007. *Le dictionnaire du corps*. PUF : Paris. 1048 p.

Marzano, Michela. 2007. *La philosophie du corps*. PUF : Paris. 127 p. Collection « Que sais-je? »

Mironewicz, Jacques. 2000. *Sciences et démocratie : le couple impossible?* Éd. 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.
- 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.
- Taschen, Angelika, éd. 2005. *La chirurgie plastique*. Taschen France : Paris. 440 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, n° 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 [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 québécoise 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*, n° 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, n° 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, n° 7, p. 1447-1490.
- Vandelac, Louise. 1996. « Technologies de reproduction l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre... » *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2, p. 109-122.
- Virilio, Paul. 2002. *Ce qui arrive*. Galilée : Paris. 109 p.

La chirurgie en milieu extrahospitalier. Guide d'exercice. Collège des médecins du Québec : Montréal. 2005. 33 p. [En ligne]
<http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Guide-chirurgie-extrahosp.pdf>

« Prothèses mammaires : les femmes sont-elles des cobayes? », *Consommation, magazine d'information et d'action d'Option consommateurs*, vol. 13, n° 1, printemps 2002, p. 10.

« Prothèses mammaires : révélations et controverses », *Consommation, magazine d'information et d'action de l'ACEF-Centre, une association de consommateurs*, vol. 5, n° 2, mai 1994, p. 17.

« Santé Canada accorde des homologations de classe IV conditionnelles aux fabricants de prothèses mammaires de silicone » (communiqué du 20 octobre 2006). In *Santé Canada* [En ligne]. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2006/2006_103_f.html

Arrêté du 17 octobre 1996 relatif à la publicité des prix des actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique, *Journal officiel de la République française*, n° 253, 28 octobre 1996.

Code civil du Québec, L.Q., 1991, c. 64, article 11 [En ligne].
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ/CCQ.html>

Code de déontologie des médecins du Québec. Code des professions, L.R.Q., c. C-26, a. 87; 2001, c. 78, a. 6) (en vigueur depuis le 7 novembre 2002 [En ligne].
http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/cmq_codedeontofr.pdf

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, article 4 et ss. [En ligne]. (Dispositions générales sur les droits des usagères et des usagers)
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

Sites d'intérêt

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
<http://www.cadth.ca/>

*The American Society for Aesthetic Plastic Surgery
Cosmetic Surgery National Data Bank 2005*
<http://www.surgery.org/>

Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie (ANEB)
<http://www.anebquebec.com/>

Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec
<http://www.ascpeq.org/>

Dossier « Chirurgie plastique »
L'encyclopédie de l'Agora
http://agora.qc.ca/mot.nsf/Dossiers/Chirurgie_plastique

Fédération des médecins spécialistes du Québec
<http://www.fmsq.org/>
 Données sur les effectifs médicaux spécialisés
http://www.fmsq.org/fmsq/cequestlafmsq/enbref/GRAPH_SPECIALITE.pdf

Emergency Care Research Institute (ECRI)
<http://www.ecri.org/>

ETC group
www.etcgroup.org

Medicard Finance
<http://www.plasticsurgerystatistics.com/>

NanoQuébec (section cosmétiques et produits de toilette personnelle)
http://www.nanoquebec.ca/nanoquebec_w/site/explorateur.jsp?currentlySelectedSection=283

Programme d'accès spécial (PAS)
 Santé Canada
http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/index_f.html

Radio-Canada. Émission *La facture*, mai 2006 : « Retour en douce des implants mammaires au gel de silicone »
http://www.radio-canada.ca/actualite/v2/lafacture/niveau2_8655.shtml

Radio-Canada. Émission *Zone libre*, 30 mars 2001 : « La beauté à tout prix »
<http://www.radio-canada.ca/actualite/zonelibre/01-03/beaute.html>

Parce que les choses peuvent changer

FAITS SAILLANTS À CONNAÎTRE

En mars 2006, le propriétaire du Campus Pub de Granby se voit contraint d'annuler le concours *Les Jeudis seins* en raison d'un vif mouvement de contestation et de mobilisation. Ce concours dont le prix était «une paire de seins», soit des implants mammaires, avait pour but d'augmenter la fréquentation du bar les jeudis soirs.

En octobre 2006, en réaction au rapport du coroner Jacques Ramsay concernant la mort de Micheline Charest, décédée dans une clinique privée à la suite à d'une chirurgie esthétique, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, monsieur Philippe Couillard, reconnaît que ce type d'établissement fonctionne dans un flou juridique « assez considérable ». Ces cliniques d'esthétique devraient faire l'objet d'un encadrement plus rigoureux. Le ministre précise : « La loi 33 recommande que, dans ces cliniques, il y ait un encadrement avec des directeurs médicaux et un agrément qui fait en sorte que la qualité de l'acte médical reçoive le même encadrement et suivi que dans les autres milieux de dispensation de soins. »

Le 20 octobre 2006, Santé Canada délivre à la société Inamed Corporation une homologation pour les implants *Inamed Style 410 Silicone-Filled Breast Implants*. Le gouvernement canadien lève ainsi le moratoire interdisant depuis 1992 la distribution et l'utilisation d'implants mammaires en gel de silicone. Cette homologation de classe IV, bien qu'assortie de conditions, présente les risques les plus élevés selon le *Règlement sur les instruments médicaux* (en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*).

Vouloir changer le monde... et pourquoi pas!

RESSOURCES À CONNAÎTRE

Action cancer du sein de Montréal

Téléphone : 514.483.1846

Courriel : info@bcam.qc.ca

Site web : www.bcam.qc.ca

- ➔ **Campagne en faveur de cosmétiques sécuritaires** pour l'élimination des substances toxiques des produits cosmétiques utilisés au quotidien.
- ➔ Liens et outils d'information sur les cosmétiques.
- ➔ Liste des entreprises canadiennes ayant signé le *Compact for Safe Cosmetics* (en anglais).
<http://www.bcam.qc.ca/pdf/Canadian%20Signers%20of%20Compact08-07.pdf>
- ➔ **La face cachée des produits de beauté**, brochure d'information sur la réglementation canadienne des cosmétiques. Disponible sur demande en version papier.

Association canadienne d'accréditation pour les locaux de chirurgie ambulatoire (CAAASF)

Téléphone : 905.831.5804

Courriel : csacps@sympatico.ca

Site web : www.caaasf.org (en anglais seulement)

- ➔ Répertoire de locaux de chirurgie, utilisés à l'extérieur des centres hospitaliers, répondant aux critères de sécurité et de salubrité énoncés par l'Association. Les membres de l'Association acceptent l'inspection de leurs collègues afin d'offrir une alternative sécuritaire aux chirurgies en milieu hospitalier.

Association des dermatologistes du Québec

Téléphone : 514.350.5111

Courriel : dermatofmsq.org

Site web : www.adq.org

- ➔ Répertoire des membres de l'Association des dermatologistes du Québec. Ces dermatologistes détiennent un permis d'exercice et un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec. Ces spécialistes ont suivi une formation de base en chirurgie générale et une formation spécialisée d'une durée de cinq ans.

Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec

Téléphone : 514.350.5109

Courriel : ascpeq@fmsq.org

Site web : www.ascpeq.org

- ➔ Répertoire des membres de l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec. Ces spécialistes détiennent un permis d'exercice et un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec, attestant d'une formation de base en chirurgie générale et d'une formation spécialisée d'une durée de cinq ans.
- ➔ Informations sommaires sur les différentes interventions esthétiques (procédures, risques, complications, etc.) et sur les interventions couvertes par la RAMQ.
- ➔ Liste des différentes associations apparentées au Canada et à travers le monde.

Association médicale canadienne

Téléphone : 1.888.855.2555 (sans frais)

Courriel : cmamsc@cma.ca

Site web : www.amc.ca

- ➔ Articles scientifiques canadiens vulgarisés et accessibles gratuitement sur les interventions esthétiques et les cosmétiques. Utilisez le moteur de recherche du site.

Collège des médecins du Québec

Téléphone : 514.933.4441 ou 1.888.MEDECIN (sans frais)

Courriel : info@cmq.org

Site web : www.cmq.org

- ➔ Répertoire des membres du Collège des médecins du Québec. Le Répertoire indique la spécialité du médecin en exercice.
- ➔ Procédure de formulation et de suivi d'une plainte (demande d'enquête). Dans la section « Population » du site.

Option consommateurs

Téléphone : 514.598.7288 ou 1.888.412.1313 (sans frais)

Courriel : info@option-consommateurs.org

Site web : www.option-consommateurs.org

- ➔ Informations pertinentes concernant le dossier des prothèses mammaires. Utilisez le moteur de recherche du site.

Émission *Le Fric Show*, Radio-Canada

Site web : www.radio-canada.ca/television/fric_show/

- ➔ Dossier sur la chirurgie plastique, dans la section « Dossiers » (bref historique, opinions, entrevues, etc.).

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Téléphone : 514.877.3189

Courriel : rqasf@rqasf.qc.ca

Site web : www.rqasf.qc.ca

- ➔ **Chirurgie esthétique... du rêve au cauchemar**, grille thématique d'information. Disponible pour consulter ou télécharger en version PDF. http://www.rqasf.qc.ca/site/imac_publi_grille.htm
- ➔ **Chirurgie esthétique : la quête d'une beauté... stéréotypée** (2005), un article de Isabelle Mimeault paru dans la revue *Audacieuses, le défi d'être soi*, p. 17 à 19. Disponible pour consulter ou télécharger en version PDF. http://www.rqasf.qc.ca/site/imac_publi_guide.htm
- ➔ **Interventions esthétiques : le droit d'être informé(e)**, un texte du RQASF, paru dans le cahier de participation du colloque *Le marché de la beauté... Un enjeu de santé publique*. Disponible pour consulter ou télécharger en version PDF. <http://www.rqasf.qc.ca/site/colloque/cahier.htm>

Santé Canada

Courriel : info@hc-sc.gc.ca

Site web : www.hc-sc.gc.ca

- ➔ **Liste des vérifications suggérées pour les questions et les renseignements que toutes les femmes devraient envisager avant de décider d'une intervention chirurgicale destinée à l'implantation d'une prothèse mammaire**. Article disponible pour consulter ou télécharger en version HTML ou PDF. http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/med/questions_f.html
- ➔ **Les cosmétiques et votre santé**. Article disponible pour consulter ou télécharger en version HTML ou PDF. http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/prod/cosmet_f.html
- ➔ **Liste critique des ingrédients dont l'utilisation est restreinte ou interdite dans les cosmétiques** (mise à jour régulière). Cette liste permet de se renseigner sur les ingrédients cosmétiques interdits ou à usage restreint au Canada. Disponible pour consulter ou télécharger en version HTML ou PDF. http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/person/cosmet/hotlist-liste_f.html
- ➔ Avis et mises en garde concernant les cosmétiques. Disponibles pour consulter ou télécharger en version HTML. http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/advisories-avis/cosmet/index_f.html
- ➔ **Foire aux questions sur les cosmétiques**. Disponible pour consulter ou télécharger en version HTML. http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/person/cosmet/faq_f.html

- ➔ **Étiquetage d'ingrédients de produits cosmétiques**, article sur la réglementation de l'étiquetage des cosmétiques. Disponible pour consulter ou télécharger en version HTML ou PDF. http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/prod/cosmet_prod_f.html
- ➔ **Programme des cosmétiques**, ce programme a pour mandat de protéger la santé des Canadiennes et des Canadiens en réduisant au minimum les risques associés à l'utilisation des cosmétiques. Disponible pour consulter ou télécharger en version HTML. http://hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hecs-dgsesc/psp-psp/cosmet_f.html
- ➔ **Cosmétiques@Santé Canada**, bulletin électronique de nouvelles et de renseignements dans le domaine des cosmétiques. Abonnement gratuit en ligne. http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/person/cosmet/subscribe-abonnement/index_f.html

Skin Deep

Site web : www.cosmeticsdatabase.com (en anglais seulement)

- ➔ Base de données gratuites, en ligne, sur les ingrédients et sur l'innocuité de plus de 25 000 produits cosmétiques populaires, créée par l'*Environmental Working Group*. Cet organisme sans but lucratif, fondé en 1993 aux États-Unis, s'est donné pour mission de protéger et d'informer la population sur les risques pour la santé liés aux produits toxiques (pesticides, cosmétiques, etc.).

Recommandations

Interventions esthétiques : le droit d'être informé(e)

Étant donné :

➔ **La progression fulgurante du nombre d'interventions esthétiques¹ et de chirurgies esthétiques.**

En l'absence de statistiques officielles au Québec, nous devons nous référer à celles produites par l'*American Society of Plastic Surgeons (ASPS)*² pour saisir l'ampleur du phénomène. En 2006, selon l'ASPS :

- 11 millions d'interventions esthétiques ont été pratiquées par ses membres, soit une augmentation de 48 % depuis 2000;
- 1,9 millions de chirurgies esthétiques ont été réalisées dont 329 000 augmentations mammaires;
- 11,5 milliards USD ont été dépensés en interventions esthétiques seulement;
- les femmes constituaient 90 % de la clientèle;
- une augmentation de 9 % des interventions et chirurgies esthétiques a été observée chez les jeunes de 18 ans et moins entre 2000 et 2005.

Parmi les rares données dont nous disposons au Canada, celles de *Medicard Finance*³ (compagnie de crédit médical) indiquent qu'en 2003 :

- 302 000 interventions et chirurgies esthétiques auraient été réalisées au Canada, une augmentation de 24,6 % par rapport à 2002;
- les chirurgies esthétiques, pratiquées à 85,5 % sur des femmes, seraient passées de 86 207 à 100 569, totalisant des dépenses de 665 millions CAD.

Au Québec, le Collège des médecins reconnaît également, dans son guide d'exercice *La chirurgie en milieu extrahospitalier*⁴, que le nombre d'interventions esthétiques réalisées en clinique privée connaît une forte progression.;

➔ **La grande banalisation de ce type d'interventions dans l'espace public.**

Nous sommes témoins d'une offensive médiatique de plus en plus affirmée: publi-reportages multiples dans les magazines féminins, émissions de transformation extrême, témoignages favorables de personnalités publiques, tenue de concours du genre *Les jeudis seins*, concours dont le prix était des implants mammaires et qui avait pour but d'augmenter la fréquentation dans un bar les jeudis soirs, etc.;

1 On entend par « intervention esthétique », toute intervention non chirurgicale consistant à modifier l'apparence physique d'une personne.

2 Site de l'*American Society of Plastic Surgeons (ASPS)* [En ligne]. <http://www.plasticsurgery.org>

3 Site de *Medicard Finance* [En ligne]. <http://www.medicard.com>

4 Collège des médecins du Québec. 2005. *Guide d'exercice. La chirurgie en milieu extrahospitalier*. 33 p. [En ligne]. <http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Guide-chirurgie-extrahosp.pdf>

→ Les risques de complication associés à tout acte médical.

Il existe un consensus médical à l'effet que tout acte comporte des risques qui peuvent être d'ordre anesthésique, hémorragique, infectieux ou cicatriciel. Tout type d'intervention pratiquée comporte également des risques spécifiques.

→ L'absence de données publiques et complètes pour le Québec.

La santé des femmes ne peut être adéquatement protégée en l'absence de données sur les risques à court, moyen et long termes liés aux diverses interventions esthétiques. Ces informations sont essentielles pour donner un consentement libre et éclairé.

→ L'encadrement quasi inexistant de la pratique.

En octobre 2006⁵, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Philippe Couillard, reconnaît que les cliniques privées de chirurgie esthétique fonctionnent dans un flou juridique « assez considérable » et qu'elles doivent faire l'objet d'un encadrement plus rigoureux. Les textes législatifs en vigueur (Code civil, codes de déontologie, etc.) n'ont pas la portée escomptée. De plus en plus de pays, notamment la France, admettent l'importance de mieux encadrer cette industrie et adoptent diverses mesures législatives en ce sens.

→ Les dangers de conflits d'intérêt.

Dans un contexte de libre entreprise où les enjeux économiques sont considérables, la ou le médecin en clinique privée peut avoir intérêt à ne pas divulguer toutes les informations, même si elle ou il est légalement soumis à un devoir d'information accru.

→ La pression croissante de cette industrie sur le système public de santé.

Il y a lieu d'analyser l'impact du développement de cette industrie sur l'ensemble de nos ressources publiques en santé :

- drainage des ressources professionnelles (anesthésistes, infirmières spécialisées en bloc opératoire, soins intensifs, dermatologues);
- ratés et complications prises en charge par un réseau public déjà surchargé.

→ La reconnaissance du problème par l'État.

La nouvelle politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2007-2010), *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, reconnaît explicitement les enjeux sociaux et de santé liés à la problématique de l'image corporelle des femmes et l'importance de se mobiliser pour contrer le phénomène de « quête sociale de la beauté ».

Une crise anticipée...

Compte tenu de l'essor de cette industrie et du laxisme actuel des diverses institutions de santé concernées, le RQASF anticipe une crise sérieuse au niveau de la santé publique si aucune correction de la situation n'est rapidement apportée. Le RQASF formule donc les recommandations suivantes :

⁵ En réaction au rapport du coroner Jacques Ramsay concernant la mort de madame Micheline Charest. Bureau du coroner. 2006. « Recommandations » dans *Rapport d'investigation du coroner*, n° A-151242.

PRÉVENIR LA CRISE

AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, de par sa mission de protection de la santé publique

A) Contrer la banalisation.

Notamment :

- a) développer et diffuser des outils d'information pour développer le sens critique du grand public, présentant notamment les risques pour la santé, les mises en garde, les droits et responsabilités de la personne traitée, les devoirs et responsabilités du personnel médical et les recours en cas de préjudice;
- b) développer un programme de sensibilisation et de prévention pour les jeunes afin de développer leur esprit critique;
- c) établir les partenariats nécessaires pour optimiser les impacts du travail de sensibilisation et d'information sur le terrain, notamment, avec le RQASF.

B) Surveiller l'évolution de la problématique : documenter la situation au Québec, rendre publiques les données recueillies et apporter les corrections nécessaires.

Notamment :

- a) conférer un mandat spécifique à la Direction générale de la santé publique;
- b) déterminer, avec l'Office des professions et le Collège des médecins du Québec, les mesures législatives et les mécanismes permettant au ministère de la Santé et des Services sociaux d'accéder aux données, non nominales, du registre⁶ que doit constituer et tenir toute ou tout médecin pratiquant des interventions en milieu extrahospitalier. Adopter un règlement précisant les éléments devant être indiqués dans ledit registre, notamment, **exiger** que tout incident, accident ou complication survenue pendant la prestation des soins (incluant la période de suivi), y soit inscrits.

C) Réaliser une étude sur les enjeux éthiques.

Donner un mandat prioritaire à la Commission de l'éthique de la science et de la technologie de réaliser une analyse des enjeux éthiques entourant le développement de cette industrie et de ses impacts sur le réseau public de la santé.

⁶ Collège des médecins du Québec. 2005. Guide d'exercice. *La chirurgie en milieu extrahospitalier*. 33 p. [En ligne] <http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Guide-chirurgie-extrahosp.pdf>

ENCADRER LA PRATIQUE, PROTÉGER LA POPULATION

AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

A) S'assurer que les consentements soient véritablement « libres et éclairés ».

Notamment :

- a) adopter un règlement prescrivant la remise préalable d'un devis écrit énonçant, notamment, l'ensemble des risques de l'intervention (prévisibles, probables, possibles et rares) et un délai minimal de réflexion d'au moins 15 jours avant la signature du consentement écrit exigé par l'article 24 du *Code civil du Québec*⁷;
- b) exiger que la documentation produite par les fabricants (prothèses, techniques et produits utilisés) soit remise au même moment que le devis écrit, avant la signature du consentement;
- c) adopter un règlement imposant un formulaire de consentement standard visant à s'assurer qu'il y a bien eu remise, lecture et compréhension du devis écrit, et présentant l'ensemble des informations (risques, droits, responsabilités et recours) nécessaires à l'obtention d'un consentement libre et éclairé;
- d) fixer une limite d'âge minimum pour le recours à une chirurgie esthétique;
- e) mettre en place un service d'information gratuit et indépendant (ligne téléphonique sans frais).

B) Mettre en place un processus d'accréditation des cliniques privées selon les recommandations du coroner Jacques Ramsay⁸ et garantir la participation d'organisations représentant les droits et intérêts du public.

À L'OFFICE DES PROFESSIONS ET AU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC de par leur mission de protection du public,

A) S'assurer de la qualité des soins en milieu extrahospitalier, en particulier

- a) mettre en place un programme d'évaluation et de surveillance de l'exercice pour les médecins pratiquant dans le domaine des interventions et chirurgies esthétiques;
- b) resserrer les critères de qualité et les normes de compétence obligatoires en ce qui a trait aux actes médicaux non médicalement requis;
- c) mettre en place des mécanismes d'implantation;

7 « Le consentement aux soins qui ne sont pas requis par l'état de santé, à l'aliénation d'une partie du corps ou à une expérimentation doit être donné par écrit. Il peut toujours être révoqué, même verbalement. » 1991, c. 64, a. 24.

8 Bureau du coroner. 2006. « Recommandations » dans *Rapport d'investigation du coroner*, n° A-151242.

d) mettre en place des mécanismes d'inspection professionnelle spécifiques.

B) S'assurer que les normes de qualité d'exercice et de sécurité soient respectées, entre autres :

- a) exiger que la ou le médecin effectuant des chirurgies esthétiques détienne un certificat de spécialiste;
- b) établir une liste des interventions esthétiques⁹ pour lesquelles une ou un médecin devra détenir un certificat de spécialiste;
- c) établir une liste des interventions esthétiques pour lesquelles une ou un médecin est requis.

C) S'assurer de l'indépendance professionnelle de leurs membres, plus spécifiquement :

- a) faire enquête, à la suite du dépôt d'une plainte ou de leur propre initiative, et corriger toute situation de conflits d'intérêt;
- b) s'assurer que les pratiques commerciales des membres soient conformes aux articles du *Code de déontologie des médecins* et apporter les mesures de redressement nécessaires.

**AUX MINISTÈRES DE LA JUSTICE PROVINCIAL ET FÉDÉRAL,
ET À SANTÉ CANADA**

A) Interdire toute publicité relative à un acte médical, conformément à l'article 74 du *Code de déontologie des médecins*¹⁰ (publi-reportages, affichage dans les lieux publics, sollicitation des mineurs, etc.).

B) Appliquer la réglementation en vigueur pour les produits de santé et les produits dangereux

C) Appliquer la *Loi de protection du consommateur* et toute loi connexe.

⁹ On entend par « intervention esthétique », toute intervention non chirurgicale consistant à modifier l'apparence physique d'une personne.

FACILITER LES RECOURS EN CAS DE PRÉJUDICE

À L'OFFICE DES PROFESSIONS ET AU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Rendre plus accessibles les mécanismes de plainte existants, entre autres :

- a) publiciser davantage leur existence;
- b) offrir soutien et information durant le processus;
- c) garantir l'indépendance du traitement des plaintes en s'assurant qu'aucun membre ou personnel du Collège des médecins du Québec affecté au traitement des plaintes ne soit propriétaire d'une clinique privée;
- d) rendre publiques les résultats de toutes les plaintes déposées.

¹⁰ « Le médecin ne doit faire aucune sollicitation de clientèle. »