

RAPPORT DU CONSEIL NATIONAL DE LA CONSOMMATION SUR L'INFORMATION DU CONSOMMATEUR DANS LE SECTEUR DE L'ESTHÉTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

NOR : FCEC9610458X

RAPPEL DU MANDAT

(conféré par le bureau du CNC dans sa séance du 6 mars 1995) :

« La chirurgie esthétique est un secteur particulier des activités de santé : les dépenses ne sont généralement pas prises en charge par la Sécurité sociale et les tarifs sont libres. L'entente contractuelle sur le résultat attendu de l'acte chirurgical place le praticien dans une obligation de résultat. La jurisprudence fait en outre obligation au praticien d'informer son patient sur tous les risques encourus, y compris les risques exceptionnels.

« La chirurgie esthétique doit donc mettre en œuvre les moyens d'assurer l'information complète du consommateur sur le contenu, le niveau et le montant des prestations, conformément à l'article 28 de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986, repris par l'article L. 113-3 du code de la consommation.

« Compte tenu de la spécificité du secteur, il est souhaitable qu'un groupe de travail spécialisé du CNC étudie les problèmes qui se posent dans ce secteur au consommateur, notamment les modalités selon lesquelles cette information peut être formulée et portée à la connaissance du consommateur, par exemple sous forme d'un contrat type rendu obligatoire par la réglementation. »

RAPPORT

Dans un monde où une grande importance est accordée à l'image et à l'apparence des personnes, le secteur de l'esthétique, et plus précisément celui de la chirurgie esthétique, connaît un fort développement. Ce dernier peut être évalué notamment par la multiplication des moyens de communication publicitaires.

Le constat actuel réalisé dans le secteur de la chirurgie esthétique fait apparaître l'existence de divers problèmes qui sont exposés dans le présent rapport.

Après s'être réuni neuf fois, le groupe de travail du CNC propose des solutions de nature à améliorer l'information et la protection des consommateurs ou personnes examinées dans l'avis annexé au présent rapport.

En effet, la chirurgie esthétique ne diffère en rien des autres domaines chirurgicaux en tant qu'acte chirurgical, cependant, par sa pratique, ses indications et ses rapports avec les médias, elle se différencie des autres spécialités et affirme son originalité.

La chirurgie esthétique est en effet un secteur particulier des activités de santé dès lors qu'elle a non pas pour objet de guérir une maladie organique ni de rétablir une fonction physiologique, mais de modifier l'aspect extérieur de l'individu. Contrairement aux autres domaines de la chirurgie, la chirurgie esthétique s'adresse à des personnes saines et n'a donc pas pour objet de donner des soins.

Les dépenses ne sont généralement pas prises en charge par la Sécurité sociale et les tarifs sont libres.

Comme les autres médecins, le chirurgien esthétique est soumis à une obligation de moyens en matière de soins. En revanche, il est soumis, selon la jurisprudence du fond, quant à la « géométrie de l'intervention », à une obligation de moyens renforcée pour obtenir le meilleur résultat possible.

Le praticien a également l'obligation d'informer la personne examinée sur tous les risques encourus, y compris les risques exceptionnels, en vue d'obtenir un consentement libre et éclairé.

Or, une enquête de la DGCCRF réalisée au cours du deuxième trimestre 1993 a fait apparaître des problèmes relatifs à :

- la qualification des médecins ;
- la sécurité des matériels utilisés et des établissements dans lesquels les interventions sont réalisées ;
- l'information du consommateur, rarement complète sur les honoraires et sur les risques encourus.

Cette carence dans l'information du consommateur a également été constatée par certaines organisations de consommateurs.

1. LE CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE ET JURISPRUDENTIEL ACTUEL

1.1. Le cadre législatif et réglementaire

1.1.1. Les règles régissant la profession

- Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
- Arrêté du 5 mars 1992 modifiant l'arrêté du 4 mai 1988 modifié fixant la liste des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine et l'arrêté du 4 mai 1988 modifié fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

1.1.2. Les règles relatives à la sécurité de l'intervention

- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.

- Articles L. 665-1 et R. 5274 du code de la Santé publique et arrêté du 4 février 1991 modifié fixant la liste des produits et appareils soumis à homologation.

- Articles L. 665-3 à L. 665-9 du code de la Santé publique et décret n° 95-292 du 16 mars 1995 relatifs aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 665-3 du code de la Santé publique, textes ayant transposé la directive 93/42/CEE du 14 juin 1993 (art. R. 665-1 à R. 665-32 CSP.).

1.1.3. *Les règles relatives à l'information et à la protection du consommateur*

- Articles L. 111-1 du code de la Consommation (obligation d'information sur les caractéristiques essentielles de la prestation de service).

- Article L. 113-3 du code de la Consommation (obligation d'information sur les prix).

- Article 16-3 du Code civil créé par la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (interdiction des atteintes à l'intégrité physique non justifiées par des raisons thérapeutiques).

- Dispositions du code civil concernant la responsabilité.

1.2. **Le cadre jurisprudentiel**

- Existence d'un contrat entre le médecin et le patient (civ. 20 mai 1936).

- Obligation d'information du consommateur par le praticien sur les risques même exceptionnels (civ. 1^{er} novembre 1969).

- Responsabilité contractuelle du médecin : émergence dans la jurisprudence du fond d'une obligation de moyens renforcée quant à la « géométrie » de l'intervention, la pratique des soins étant soumise à une obligation de moyens, obligation de refuser l'intervention en cas de disproportion entre le risque encouru et l'amélioration espérée, existence d'une obligation de sécurité de résultat concernant les matériels utilisés.

2. LA PROBLÉMATIQUE DU SECTEUR DE L'ESTHÉTIQUE

Après avoir examiné les problèmes posés dans le secteur de l'esthétique, le groupe de travail a émis diverses propositions présentées dans l'avis annexé au présent rapport.

Celles-ci visent à améliorer tant la sécurité du consommateur que son information et à assainir quelque peu une profession qui est exercée par certains comme un véritable commerce.

2.1. **La problématique concernant le secteur de l'esthétique**

2.1.1. *La reconnaissance de l'esthétique en général*

Le groupe de travail a constaté que, selon l'état actuel de la législation relative à la Santé publique, l'esthétique en général n'est pas prise en compte. En effet, le code de la Santé publique envisage les actes à visée de diagnostic, de prévention ou à visée thérapeutique alors que l'esthétique concerne l'homme sain.

Selon le ministère de la Santé, une commission ad hoc créée en son sein mène une réflexion sur ce domaine afin notamment de définir l'esthétique.

Esthétique, dont il faut souligner qu'elle a deux composantes : chirurgicale et médicale, diversement imbriquées dans l'exercice courant. À ce propos, le mandat donné au groupe de travail est limité à la chirurgie, mais poser le problème de l'esthétique et vouloir apporter un remède aux importantes dérives constatées implique d'aborder aussi l'étude du versant médical, dans la mesure où certaines des règles proposées pour la chirurgie pourraient au moins en partie être applicables en médecine esthétique.

Cela suppose d'indispensables adaptations, car les problèmes se posent différemment de la chirurgie, ne serait-ce que par le faible coût de la plupart des techniques traditionnelles utilisées par exemple en dermatologie et de leurs conséquences médico-légales très faibles.

Il conviendra de poursuivre ultérieurement la réflexion sur ce point.

La reconnaissance expresse par le législateur de l'esthétique en général s'avère donc nécessaire afin de mieux encadrer les pratiques relatives aux actes de médecine ou de chirurgie esthétique.

Le groupe de travail s'est également interrogé sur la portée des dispositions de l'article 16-3 du Code civil (issu de la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain) selon lesquelles « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne ». Selon la lettre même de cet article, les actes de chirurgie esthétique sont proscrits.

Il apparaît aux deux collègues que cette lecture au sens strict rendrait leur travail sans objet et devrait entraîner des poursuites immédiates contre tous les professionnels ! Cette loi a en fait des objectifs bien différents sur lesquels il n'est pas utile de s'étendre. Au surplus, la démarche consistant à vouloir modifier son apparence n'est pratiquement jamais frivole, mais bien en rapport avec quelques irrégularités de la nature qu'on peut trouver légitime de corriger si cela est possible. Les chirurgiens se font d'ailleurs habituellement une règle de récuser des demandes ne leur apparaissant pas motivées par une disgrâce objective.

2.1.2. *Le renforcement de la sécurité des consommateurs*

La sécurité des consommateurs dépend de la qualification professionnelle du praticien et de la sécurité des matériels et des établissements dans lesquels l'intervention va être pratiquée.

La formation et la qualification professionnelle du médecin

Selon l'article 70 du code de déontologie médicale : « Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins ni formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »

Tout médecin peut, a priori, sous les réserves sus-indiquées, pratiquer tout acte en vertu de l'omnivalence du diplôme.

La compétence en chirurgie plastique et reconstructrice a été créée au niveau du Conseil national de l'ordre en 1973. Elle est devenue « chirurgie plastique reconstructrice et esthétique » en 1989. Son enseignement s'est individualisé en 1983.

Actuellement, il y a donc deux sortes de spécialistes en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique :

Les qualifiés exclusifs : ce sont les médecins titulaires d'un DES (diplôme d'études spécialisées), puis d'un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) par la voie de l'internat qualifiant (loi du 23 décembre 1982);

Les « compétents », qui sont les « anciens régimes » qui possèdent une qualification d'origine, qui peut être la chirurgie générale, l'orthopédie, l'ORL, la stomatologie, l'ophtalmologie. Cette compétence est obtenue en se présentant devant une commission nationale de qualification. Un arrêté est réclamé par les médecins faisant partie de cette catégorie pour que leur compétence devienne spécialité. En effet, seule la spécialité est reconnue dans les pays de l'Union européenne par le législateur européen.

Selon l'Académie nationale de médecine, dans son rapport sur la chirurgie esthétique adopté lors de sa séance du 15 février 1994 : « L'exercice habituel de la chirurgie esthétique, a fortiori la mention de cette spécialité sur du papier à en-tête, est donc en contradiction formelle avec le Code de déontologie si le médecin n'est pas titulaire de la spécialisation en « chirurgie plastique reconstructrice et esthétique » reconnue par le Conseil de l'ordre des médecins ou d'un DES de cette spécialité. »

Or, selon certaines statistiques, sur environ 4 000 médecins pratiquant la médecine et/ou la chirurgie esthétique, 550 sont reconnus compétents en chirurgie esthétique par le conseil de l'ordre des médecins.

L'enquête de la DGCCRF a effectué un constat équivalent : sur 54 chirurgiens rencontrés, la compétence de seulement 13 d'entre eux était reconnue par le Conseil de l'ordre.

Force est cependant d'admettre qu'on ne peut réfuter la compétence professionnelle réelle d'un certain nombre de ces médecins issus de disciplines diverses et qui ont parfois été les promoteurs de nouvelles techniques. En ce qui concerne la chirurgie proprement dite, il n'y a pas à écarter de l'esthétique les spécialités médico-chirurgicales qui, dans leur domaine, sont naturellement confrontées avec des problèmes relevant de l'esthétique. L'enseignement traditionnel comporte depuis toujours l'apprentissage des techniques nécessaires et on ne peut que reconnaître l'existence d'une compétence esthétique découlant de l'obtention de la qualification en dermatologie.

On peut donc retenir qu'il y a actuellement une spécialité de chirurgie esthétique incontournable, car la seule à pouvoir en faire état en usage quasi exclusif, et d'autres spécialités dont le domaine naturel comporte une part d'esthétique médicale et/ou chirurgicale, qui ont vocation

à en assumer l'exercice pour autant qu'elles restent dans les limites du champ normal dévolu à leur activité.

Les représentants des professionnels et des consommateurs ont longuement débattu sur la nécessité de clarifier les règles relatives à l'exercice de cette spécialité et sur leur contrôle.

Dans l'immédiat, il importe bien de définir aussi exhaustivement que possible les limites de l'esthétique en général. Préciser quelles sont les spécialités déjà normalement concernées. Les commissions de qualification peuvent certainement jouer un rôle pour reconnaître d'autres professionnels indiscutablement compétents.

Pour l'avenir, le problème est de définir si la médecine esthétique deviendra une compétence ou une spécialité; ou si chaque spécialité comportant une part d'esthétique sera reconnue compétente dans son domaine. La spécialité ne pouvant être obtenue que par l'internat, cela ne peut concerner que quatre ou cinq spécialités, car on ne peut envisager de n'apprendre que la chirurgie esthétique à un étudiant, ou la médecine esthétique sans avoir des connaissances importantes sur la peau. Il ne serait d'ailleurs sans doute pas sain de former des médecins exclusivement dédiés à l'esthétique !

Les compétences peuvent s'acquérir hors internat, mais le problème demeure de l'inadéquation des connaissances. Aucune technique médicale ou chirurgicale n'est une fin en soi. Son utilisation implique une connaissance approfondie de la pathologie pour ne pas méconnaître ce qui est pathologique et ne l'est pas.

Compte tenu du développement de cette nouvelle discipline, la bonne alternative serait sans doute de renforcer l'enseignement de la partie esthétique de chacune des spécialités déjà concernées.

La sécurité des matériels utilisés

Les produits et matériels couramment utilisés en matière d'esthétique ne sont pas systématiquement soumis à homologation, procédure prévue à l'article L. 665-1 du code de la Santé publique, préalablement à leur mise sur le marché, dès lors qu'ils n'ont pas un usage préventif, diagnostique ou thérapeutique.

Il en est ainsi, par exemple, de certains matériels prothétiques ou des produits utilisés pour le comblement des rides.

Les représentants des consommateurs ont dénoncé une telle situation. Le secteur de l'esthétique ne doit pas échapper aux règles de sécurité et de Santé publique au motif que la personne opérée est saine et non pas malade.

En outre, le groupe de travail s'est interrogé sur l'application aux matériels utilisés des dispositions des articles L. 665-3 et suivants du code de la Santé publique relatives aux dispositifs médicaux transposant en droit français la directive communautaire 93/42/CEE du 14 juin 1993. Ce texte prévoit uniquement la nécessité d'obtention du marquage CE, marquage attestant du respect des exigences essentielles de sécurité.

Le groupe s'est interrogé sur le point de savoir si les dispositifs et matériels à visée esthétique étaient couverts par la directive. Il a conclu à la nécessité de saisir la

Commission de l'Union européenne afin de déterminer si un produit utilisé exclusivement en esthétique est couvert par la directive concernant les dispositifs médicaux.

*La sécurité des établissements
pratiquant exclusivement la chirurgie esthétique*

L'enquête de l'Administration a également révélé que des actes chirurgicaux, tels que la liposuccion, étaient réalisés par des médecins dans leur cabinet alors que, pour la sécurité des patients, ceux-ci devraient être effectués au sein d'un établissement.

En tout état de cause, tout praticien doit respecter les dispositions relatives à la sécurité anesthésique prévues par le décret du 5 décembre 1994. Le groupe s'est interrogé sur le respect de ces dispositions.

Les établissements de santé, publics ou privés, doivent obtenir une autorisation préalable à leur ouverture, selon les dispositions des articles L. 711-1, L. 711-2 et L. 712-8 du code de la Santé publique.

Le groupe de travail a déploré que les établissements dans lesquels sont exclusivement pratiqués des actes de chirurgie esthétique ne soient pas soumis à une telle obligation et, en conséquence, aux contrôles des inspecteurs de la Santé.

Selon le représentant du ministère de la Santé, le domaine d'application des textes précités sera élargi aux activités de chirurgie esthétique, à l'exception des contingences quantitatives quant au nombre de lits, c'est-à-dire au schéma d'organisation sanitaire. Une telle activité sera alors encadrée et pourra faire l'objet de contrôles.

2.1.3. La responsabilité du médecin

Les représentants des consommateurs ont évoqué la question des recours en responsabilité, impliquant la nécessité pour le consommateur de connaître les intervenants (chirurgiens et anesthésistes) par le biais du devis et de la facture remise après l'intervention.

Les représentants des professionnels ont soulevé la question de la différence existante en matière de prescription de la responsabilité du médecin et de celle des fabricants. La prescription de la responsabilité du médecin est de trente ans, alors que celle des fabricants est de dix ans, à compter de la manifestation du dommage ou de son aggravation.

Il y a là un problème fondamental qu'il faudra bien résoudre, car l'honnêteté intellectuelle pour autant qu'elle ait droit de cité, ne peut admettre que le chirurgien nullement impliqué dans la fabrication du produit puisse devenir responsable lorsque cesse la responsabilité du fabricant. Cela ressemble à un déni de justice. De plus, il implante ce matériel «à la demande» du patient. Il serait normal qu'on admette, comme en matière de prothèse de hanche, qu'il peut y avoir des complications au bout de tant d'années (usure du matériel) et donc, éventuellement, une obligation d'échanger le matériel.

Pour les représentants des consommateurs, il n'est pas question de diminuer cette durée. Seule l'augmentation de la durée de la responsabilité des fabricants est envisageable. Si la responsabilité des médecins était réduite à

dix années, les consommateurs ayant subi, par exemple, une implantation d'un matériel prothétique se révélant défectueux pour la santé au-delà de dix ans seraient alors démunis de tout recours. Or l'actualité a démontré qu'il ne s'agissait pas d'une hypothèse d'école.

Le groupe de travail a également examiné la nature de la responsabilité du médecin à l'égard du consommateur. Le groupe a pour cela, auditionné un juriste spécialisé dans le domaine du droit médical. Selon ce dernier, le médecin est soumis à une obligation de moyen quant aux soins pratiqués. En revanche selon une tendance de la jurisprudence du fond, en ce qui concerne «la géométrie» de l'intervention, le chirurgien est tenu à une obligation de moyens renforcée.

Lorsque des photos retouchées ou une simulation informatique sont présentées à la personne examinée, celle-ci en attend une adéquation absolue avec le résultat post-opératoire. Pour le collègue professionnel, il est évident que cette perfection est rigoureusement impossible, du fait des paramètres biologiques non maîtrisables impliqués dans les processus de réaction et de cicatrisation tissulaires. L'expression «géométrie» de l'intervention n'implique nullement une reproduction strictement exacte d'un idéal qui peut d'ailleurs n'être pas identique dans l'esprit du patient et dans celui du chirurgien, mais plutôt le respect général de la forme de la correction souhaitée. À l'impossible perfection, nul ne peut être tenu, mais en revanche, il est normal et nécessaire que l'intervention aboutisse à une amélioration aussi importante que possible, dans le sens souhaité et défini préalablement à l'intervention. De ce fait, des promesses formelles ne peuvent être susceptibles d'entraîner une obligation de résultat, car le collègue pense que de telles assurances s'apparentent plus à une sorte «d'illusion», voire des techniques de vente mensongères, qu'à une information objective.

Les représentants des consommateurs ont dénoncé la pratique du recours aux schémas «avant-après» tels que ceux réalisés sur ordinateur et de la présentation de «press-book» utilisés comme arguments commerciaux. En revanche, ils reconnaissent l'utilité de tels schémas pour informer clairement la personne examinée sur l'intervention envisagée, dès lors qu'ils sont présentés comme ayant un caractère strictement informatif.

Ils considèrent que, si de tels schémas sont utilisés à des fins commerciales pour obtenir le consentement de la personne, ceux-ci font *partie intégrante de l'information* et doivent donc lui être remis.

Les professionnels sont également réservés sur l'utilisation des «press-book». Quant aux schémas, photos retouchées et autres, il leur paraît difficile de s'en passer dans la mesure où la nécessité d'une bonne information est reconnue par tous. Ils souhaitent également que ces moyens restent strictement informatifs et ne représentent pas une forme de publicité mensongère.

Les professionnels se doivent de souligner qu'ils font la distinction entre ce qui est montré en toute bonne foi, pour renseigner au mieux la personne examinée, et qui représente à l'évidence un élément de la décision, et ce qui entrerait dans le cadre d'une incitation reposant sur une publicité mensongère.

Le mieux serait de préciser, dans un document d'information, que ces schémas et autres sont bien des documents indicatifs.

2.1.4. *Le contrôle de la publicité*

Le groupe de travail a également examiné la question de la multiplication de la publicité sous toutes ses formes en faveur de l'esthétique, voire même en faveur des praticiens.

Il a constaté que l'interdiction faite à ces derniers par le code de déontologie médicale de recourir à tous procédés directs ou indirects de publicité n'était pas toujours respectée.

La publicité diffusée en faveur des cliniques pratiquant exclusivement la chirurgie esthétique a retenu l'attention du groupe de travail. Étant émises par des établissements commerciaux et non par des médecins, elles ne sont pas soumises au respect du code de déontologie. Le groupe a notamment déploré le fait qu'elles ne renseignent pas le consommateur sur la qualification des médecins qui interviennent dans ces établissements. Ce constat a conduit le groupe de travail à demander qu'une réflexion soit poursuivie sur ce point, notamment sur celle de l'éventuelle modification de l'article 20 du code de déontologie selon lequel le médecin « ne doit pas tolérer que les organismes publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours, utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle ».

Les représentants des professionnels sont tout aussi irrités des méthodes utilisées en matière de publicité en esthétique et soulignent que la faute en est partiellement due à toute une presse dont les consommateurs potentiels sont littéralement investis. Ils précisent que certaines organisations syndicales luttent à grands frais contre ces dérives, mais avec des résultats bien maigres.

Question est posée de l'existence, au sein des cliniques en question, d'une conférence ou d'une commission médicale d'établissement, où les médecins ont obligatoirement à connaître de tout ce qui concerne leur structure d'exercice. Si tel est le cas, il devient difficile pour ces confrères de prétendre qu'ils ne sont pas au courant et donc directement impliqués dans les publicités vantant les mérites de leur établissement.

Les représentants des consommateurs ont également abordé la question des publicités effectuées dans les annuaires des abonnés au téléphone, de l'inscription des praticiens sous la rubrique « Médecins : chirurgie plastique reconstructrice et esthétique », de la vérification du libellé des ordonnanciers et des plaques professionnelles. Les consommateurs ne doivent pas être induits en erreur sur la qualification réelle des praticiens dont ils envisagent la consultation.

Le collège Professionnels ne peut que s'associer à la demande de clarté et souhaite plus de rigueur.

2.1.5. *La certification de qualité des services*

Des représentants des professionnels ont émis l'idée d'élaborer une charte de qualité.

Les représentants des consommateurs ne sont pas favorables à ce type d'engagement unilatéral. En règle générale, ils préfèrent le recours à la certification de qualité des services.

2.2. *La problématique concernant l'information du consommateur*

Selon la jurisprudence, une intervention de chirurgie esthétique nécessite l'obtention d'un consentement éclairé, notamment après une information sur l'opération elle-même et sur les risques, même exceptionnels, qu'elle comporte.

S'agissant d'une prestation de service offerte à un consommateur, ce dernier doit être informé sur le contenu, le niveau et le montant des prestations, conformément à l'article 28 de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986, repris par l'article L. 113-3 du code de la consommation.

Or, selon l'enquête effectuée par la DGCCRF, « le consommateur est peu informé sur la prestation fournie, sur son coût, sur les risques et sur les obligations du praticien ». L'information sur les coûts est particulièrement importante dans la mesure où l'opération est en principe entièrement à la charge du consommateur. Elle l'est d'autant plus que « les tarifs sont extrêmement variables d'un chirurgien à l'autre et pour un même chirurgien, sans que les raisons de cette variabilité soient très claires ».

Le collège des professionnels apporte certaines explications sur cette variabilité : adaptation des honoraires à la situation de la personne, variabilité des difficultés pour une intervention similaire, en fonction par exemple de l'état de la peau ou de l'intensité des lésions.

De tels constats de carence dans l'information des consommateurs ont été également réalisés par certaines associations de consommateurs.

2.2.1. *La problématique des modalités d'information du consommateur*

Le groupe de travail a longuement examiné les moyens d'améliorer l'information des consommateurs. Il a particulièrement insisté sur la nécessité que l'information soit loyale et complète et en aucun cas de nature publicitaire.

Les représentants des consommateurs s'étaient tout d'abord orientés vers la remise d'une fiche d'information et d'un devis. Les représentants des professionnels avaient, de leur côté, proposé un document intitulé : consentement éclairé en vue d'une intervention à visée esthétique.

Finalement, la notion même de contrat a dû être abandonnée car chacun prouvait s'être finalement trop engagé. Le souhait profond du groupe étant de prouver le meilleur compromis possible, il a d'abord été préconisé de favoriser la remise d'un document d'information, ce qui est d'ores et déjà pratiqué par certains professionnels.

Les débats se sont finalement orientés vers l'élaboration d'un devis type ci-après annexé à l'avis, les informations d'ordre médical pouvant figurer sur ce devis ou sur un document séparé. La remise d'un tel devis permet une transparence totale des prix et peut avoir un effet psychologique sur le consommateur.

Les deux collègues ont souhaité que la remise de ce devis soit obligatoire au-delà d'un montant total de 2 000 F (TTC). En effet, il n'apparaît pas réaliste au collègue Professionnels d'engager dans un formalisme les actes ou séries d'actes de faibles coûts. Ces actes correspondent le plus souvent à l'utilisation de techniques peu invasives et à faibles conséquences médico-légales.

En revanche, lorsqu'une anesthésie générale s'impose, le devis sera toujours obligatoire.

Sur demande expresse de la personne examinée, il devra être remis, quel qu'en soit le montant.

2.2.2. L'information du consommateur sur la chirurgie esthétique en général

Les actes de chirurgie esthétique font actuellement l'objet d'une certaine banalisation, notamment à cause de la publicité et des articles qui paraissent dans les magazines féminins ou de santé.

Or, comme toute opération chirurgicale, l'opération de chirurgie esthétique présente des risques et des aléas, notamment ceux liés à l'anesthésie et aux risques cicatriciels.

Par conséquent, le groupe a estimé que l'information du consommateur sur la chirurgie esthétique en général doit être renforcée.

2.2.3. L'information du consommateur préalablement à l'acte médico-chirurgical à visée esthétique

Les travaux du groupe ont porté sur la détermination du contenu de l'information des consommateurs qui devrait figurer dans le devis et/ou dans un document d'information relatif aux actes médico-chirurgicaux à visée esthétique.

L'information sur la qualification professionnelle du praticien

La qualification professionnelle du praticien est un critère de choix important pour le consommateur. Celui-ci doit pouvoir la connaître dès avant la première consultation. Cette qualification peut faire l'objet d'une mention sur la plaque du praticien.

L'information donnée par le conseil de l'ordre sur la possibilité de vérifier la qualification du médecin devrait être plus large et plus accessible.

Enfin, elle doit également apparaître sur le devis remis à la personne examinée, avec l'indication du numéro d'inscription au conseil de l'ordre et du département d'inscription, afin de permettre un éventuel recours disciplinaire devant ce conseil.

De plus, afin d'éviter que les opérations soient en réalité effectuées par un praticien différent de celui auquel la personne examinée a accordé sa confiance, le devis type doit indiquer que le praticien consulté s'engage à intervenir personnellement. Le praticien peut, bien entendu, solliciter l'aide jugée nécessaire en cas de survenance de complications durant l'opération.

L'information sur la souscription d'une assurance

Le groupe de travail a abordé, en présence de représentants des compagnies d'assurances intervenant dans le secteur médical, la question de l'assurance responsabilité civile professionnelle des médecins.

La souscription d'une telle assurance n'est pas obligatoire pour les médecins et, *a fortiori* pour ceux pratiquant des actes de chirurgie esthétique.

Pour le collègue Consommateurs, la personne examinée doit pouvoir être informée sur la souscription d'une telle police d'assurance avec indication des références de la compagnie d'assurances par une mention du numéro de la police et de la compagnie d'assurances sur le devis type.

Les représentants des consommateurs se sont interrogés sur la nécessité de rendre une telle assurance obligatoire.

Le collègue Professionnels ne verrait quant à lui que des avantages à une assurance obligatoire vérifiée éventuellement par le conseil de l'ordre et réadaptée régulièrement pour tenir compte du changement possible d'orientation du souscripteur.

Toutefois, en l'état actuel de la législation, il n'apparaît pas souhaitable au collègue Professionnels de faire mention des coordonnées de cette assurance sur le devis.

En effet, dans la pratique, comme l'ont souligné les représentants des assureurs, il ressort que 98 % des praticiens sont assurés et que les non-assurés correspondent à l'impondérable (non-paiement d'une cotisation, changement d'adresse non enregistré, oubli...).

Les références précises de cette assurance sur un devis ne peuvent qu'inciter les personnes opérées à faire des déclarations systématiques aux compagnies d'assurances pour exprimer un reproche ou une déception trop près de l'acte chirurgical au lieu de se rapprocher directement et impérativement du médecin ou du chirurgien.

L'augmentation des déclarations de sinistres, qui ne manquera pas de découler de ce fait, inquiétera fortement les compagnies destinataires, qui, soumises à un équilibre des comptes, se retourneront vers les praticiens ou, trop sollicitées, se refuseront à garantir ce risque.

L'on obtiendra ainsi l'effet inverse recherché, à savoir un risque d'insuffisance voire même d'absence de garantie.

Enfin, cette mention est ressentie par les praticiens comme une mesure « vexatoire » : il n'est pas habituel de voir figurer ces renseignements sur des documents lorsqu'ils ne sont pas obligatoires.

L'accord sur la nature et les principales caractéristiques de l'opération envisagée

Conformément aux dispositions de l'article L. 111-1 du code de la consommation et à la jurisprudence relative au consentement éclairé en matière médicale, la personne examinée doit être informée sur les caractéristiques essentielles de l'intervention proposée.

L'information sur le lieu de l'intervention

Les représentants des consommateurs ont demandé que figure expressément sur le devis type le lieu de l'intervention, avec précision du numéro d'agrément de la DASS s'il y a lieu. Cette information peut permettre à la personne examinée de vérifier l'existence de cet agrément auprès de la DASS si elle le désire.

L'information sur le coût global de la prestation

Les honoraires des praticiens et le coût des actes à visée esthétique, non soumis à la nomenclature officielle, sont librement déterminés. Par conséquent, la personne examinée doit être informée sur le coût global de l'intervention afin de pouvoir s'engager financièrement en toute connaissance de cause.

Il s'agit d'obtenir en ce domaine le strict respect des dispositions de l'article L. 113-3 du code de la consommation.

Le devis doit indiquer l'ensemble des frais susceptibles d'être engagés :

- frais de consultations pré-opératoires ;
- frais d'anesthésie ;
- frais d'hospitalisation (locations de salles, frais de séjour) ;
- honoraires médicaux ;
- prix des prothèses ;
- frais de consultations post-opératoires (nombre et coût).

Il a également été suggéré qu'une information sur le coût de la première consultation soit faite par le biais d'un affichage lisible dans la salle d'attente du praticien, et que le prix soit annoncé au téléphone.

Le groupe a longuement débattu la question de la gratuité de la reprise des complications esthétiques éventuelles. Après discussions, le terme : « complication » a été préféré à l'expression : « retouches justifiées », cette dernière formulation obligeant les praticiens à accéder à la demande des personnes examinées s'estimant insatisfaites du résultat. Le terme : « complications » permet de prendre en compte l'aspect : « complication de l'intervention » et de gérer toutes les suites post-opératoires telles que les complications infectieuses, les hématomes ou des petites asymétries, à l'exception des reprises de cicatrices.

En effet, l'aspect définitif d'une cicatrice dépend avant tout de la qualité de la peau. Cette qualité peut varier dans le temps et en fonction de la zone traitée. Quelles que soient les précautions prises, chaque personne cicatrise de façon différente. L'évolution des cicatrices peut demander un à trois ans. Elles peuvent disparaître presque complètement ou, au contraire, s'élargir et même, très rarement, s'épaissir exagérément. Cette évolution dépend de la nature de la peau et non des modalités opératoires.

Habituellement, il est bien évident que les reprises post-chirurgicales sont assurées par le chirurgien qui a pratiqué l'intervention, après en avoir discuté avec la personne opérée, à titre gratuit. Mais, cependant, les frais d'hospitalisation et d'anesthésie pour cette nouvelle intervention restent à la charge de la personne opérée.

Il s'agit là d'un problème important pour le collège des professionnels problème qui est dû au fait que des opérés peuvent avoir un bon résultat sur le plan morphologique, mais ne pas l'être sur le plan psychologique. Ce constat peut engendrer des conflits entre le chirurgien et la personne opérée. Il conviendra de souligner, dans cette chirurgie, l'importance de la décision de reprise, qui doit effectivement correspondre à une anomalie visible.

En cas de conflit entre l'opinion du chirurgien et celle de l'opéré, seule une procédure d'expertise, amiable ou judiciaire, pourrait trancher.

La chirurgie esthétique est une chirurgie comme une autre, non à l'abri des complications, mais dont le résultat peut être différent de celui évoqué dans des schémas informatifs faits lors de consultations précédant l'intervention.

Le groupe a décidé que cette question serait réexaminée dans dix-huit mois, à l'occasion d'une réunion de bilan sur le suivi de l'avis.

Les représentants des consommateurs ont également rappelé l'obligation de remise d'une facture après l'intervention. Outre les mentions susvisées dans le devis, ils ont demandé que le nom de l'anesthésiste intervenu lors de l'opération y soit indiqué, ainsi que les références des matériels utilisés ou des produits injectés.

L'information sur les examens préalables

La personne examinée doit être informée, avant l'intervention, des examens médicaux nécessaires. Le groupe a abordé la question des tests VIH 1 et 2. Ce dernier examen, non obligatoire, ne peut être mentionné sur le devis. En revanche, le praticien peut lui demander oralement de lui en communiquer les résultats. Il peut en être de même pour les examens relatifs à la détection des hépatites B et C.

La prise en charge éventuelle par l'assurance maladie (frais d'examen...)

En général, les interventions à visée esthétique ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Par conséquent, le groupe de travail a considéré que le devis type devait clairement indiquer que les examens, les médicaments, l'intervention restent à la charge de la personne, ainsi que la période d'arrêt de travail.

Si l'intervention peut être prise en charge par l'assurance maladie, le devis devra mentionner les éventuels dépassements d'honoraires et autres frais susceptibles de demeurer à charge.

L'information sur l'intervention et sur les risques

L'obligation d'information du médecin est d'ordre déontologique et consacrée par une jurisprudence constante depuis cinquante ans.

L'objectif est de permettre à la personne examinée de donner son « consentement éclairé » au traitement ou à l'intervention que le médecin lui propose. Pour que ce consentement soit pris en parfaite connaissance de cause, l'information doit « être simple, intelligible, loyale et complète », selon les termes du code de déontologie médicale et de la Cour de cassation.

C'est une information très complète qui est exigée de la part du médecin, information qui doit concerner l'ensemble des risques liés à l'intervention, à l'anesthésie, aux cicatrices et aux complications.

Il convient toutefois de souligner que la Cour de cassation (arrêt de la 1^{re} chambre civile du 4 avril 1995) énonce « que sauf circonstances particulières, il ne peut être exigé du médecin qu'il remplisse par écrit son devoir de conseil ».

De même, cette information ne saurait engendrer une obligation de résultat. Il est rappelé que le médecin est tenu envers la personne examinée d'une obligation de moyens, obligation de moyens renforcée en matière d'esthétique.

L'information sur les prothèses ou autres produits utilisés

Les représentants des consommateurs ont demandé à ce que le praticien s'engage à n'utiliser, si nécessaire, que des produits et dispositifs médicaux autorisés.

La personne examinée doit être informée du type de produit injectable ou de matériel prothétique qui va être utilisé, ainsi que sur la durée de ce matériel garantie par les laboratoires. Cette information porte notamment sur le type de produit, sur leur référence (numéro de lot), sur leur éventuelle homologation ou autorisation de mise sur le marché.

De telles informations sont à mentionner sur la facture. Elles pourraient également figurer sur un document spécifique tel qu'une carte d'implant, déjà remise en matière de prothèses mammaires, ces documents rappelant alors certaines obligations à leurs porteurs telles que celles d'un suivi médical.

Les obligations du consommateur

Les professionnels ont évoqué la nécessité d'indiquer dans l'information donnée la nécessité pour le consommateur de ne pas omettre ou déguiser les faits en exposant son cas ainsi que ses antécédents médicaux (maladies ou allergies) chirurgicaux, familiaux... autres que ceux mentionnés lors de la consultation préalable.

Ils ont également insisté sur l'obligation pour la personne examinée de suivre les instructions du chirurgien, avant et après l'opération, et ce jusqu'à la fin des soins.

Le consentement de la personne examinée sur la réalisation de photographies

Les représentants des professionnels ont évoqué la nécessité de réaliser des photographies ou des films au cours du traitement, ces documents étant un moyen d'enregistrer l'apparence du consommateur avant et après l'intervention.

De tels documents peuvent aussi être utilement exploités sur le plan scientifique. Les représentants des consommateurs ont demandé que le choix soit offert à la personne examinée d'accepter ou de refuser la publication des documents la concernant dans des revues ou livres scientifiques, à l'exclusion de toute exploitation publicitaire ou commerciale.

L'information sur la possibilité d'obtention du compte rendu opératoire

Les représentants des consommateurs ont demandé que le devis type comporte une clause concernant la possibilité pour la personne examinée d'obtenir sur sa demande, par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle aura indiqué, la communication par le praticien d'un compte rendu opératoire, conformément aux dispositions en vigueur.

2.2.4. La problématique de l'instauration d'un délai de réflexion pour la personne examinée

Les représentants des consommateurs ont considéré qu'un délai de réflexion devait impérativement être accordé à la personne examinée, afin de lui permettre de prendre sa décision en toute connaissance de cause et en toute tranquillité. Un tel délai lui permettrait de demander des renseignements complémentaires, voire de consulter un ou plusieurs autres praticiens.

Cette obligation pourrait mettre fin au caractère précipité des interventions effectuées par certains praticiens.

Les représentants des professionnels en ont accepté le principe pour les actes faisant l'objet d'un devis (montant supérieur à 2 000 F [TTC] ou acte nécessitant une anesthésie générale). En revanche, la détermination du délai de réflexion a fait difficilement l'objet d'un consensus. Les représentants des consommateurs ont tout d'abord proposé le délai d'un mois. Les professionnels ont proposé un délai de sept jours, arguant notamment de la situation des consommateurs étrangers se déplaçant juste pour quelques jours en vue de subir une intervention.

En définitive, le délai proposé est de quinze jours, ce délai accordant au patient la possibilité de consulter plusieurs praticiens. Toutefois, les représentants des professionnels demandent que ce délai puisse être réduit à sept jours, dans des circonstances exceptionnelles et sur demande expresse de la personne examinée.

Le groupe propose que cette question soit réexaminée dans deux ans.