

COMITE NATIONAL
D'ETHIQUE MEDICALE



LA CHIRURGIE ESTHETIQUE :
Aspects médicaux, éthiques
et juridiques



Actes

Douzième Conférence Annuelle

Tunis, Vendredi 13 Juin 2008

Comité National d’Ethique Médicale

B.P. 74 – Institut Pasteur de Tunis

1002 - TUNISIE

Téléfax : (216) 71 783 828

E-mail : cnem@rns.tn

Site web : comiteethique.rns.tn

SOMMAIRE

Discours d'ouverture 5
DAGHFOUS J.

ASPECTS PHILOSOPHIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Réflexions philosophiques sur le corps 11
SAID J.

**De la symbolique du corps
à l'image corporelle..... 21**
BEN ALAYA D.

**Aspects psycho-pathologiques
de la chirurgie esthétique..... 31**
BEN REJEB R.

ASPECTS MEDICAUX

**La chirurgie esthétique : parcours
à travers les âges 41**
ZITOUNA M.

**Les potentialités de la chirurgie plastique
et esthétique 47**
NEFZI A.

**Les risques de la chirurgie esthétique :
insatisfactions et complications 51**
AOUN KANOUN S.

Place de la dermatologie esthétique..... 57
KAMOUN R.

ASPECTS JURIDIQUES ET DEONTOLOGIQUES

Aspects réglementaires	65
CHERNI N.	
Esthétique : exportation de prestations de soins	71
AOUIJ MRAD A.	
Obligations déontologiques	81
CHAABOUNI N.	
La responsabilité professionnelle du chirurgien esthétique	87
ZEMNI M. et MASMOUDI T.	
Synthèse de la journée	93
BOULAKBECHÉ M. et BEN AMMAR M.S.	
Recommandations	99
BEN AMMAR M.S.	

DISCOURS D'OUVERTURE

Pr Emérite J. DAGHFOUS

Président du Comité National d'Ethique Médicale

Monsieur le Ministre, mesdames, messieurs,

Pour la 12^{ème} fois et conformément à la volonté du législateur le Comité National d'Ethique Médicale rompt avec la confidentialité de ses réunions pour tenir sa conférence publique annuelle.

Nous sommes heureux de le faire dans ces lieux où se fonde la science médicale et en votre présence, Monsieur le Ministre, qui êtes si attentif à accompagner de votre intérêt et de votre sollicitude la mission qui nous est confiée.

Lors des conférences précédentes nous avons, à travers un certain nombre de thèmes, réfléchi aux comportements et au sort des personnes face aux progrès des sciences et des techniques médicales et nous avons essayé de définir les principes à préserver dans cette évolution.

Si « patient », « praticien », « maladie » et « thérapeutiques » étaient toujours les mots clefs de nos exposés et de nos débats, nous observions que leur sens se modifiait insensiblement.

Les événements, le brassage des idées et des cultures, l'extraordinaire essor de la communication ont concouru à façonner une personne nouvelle qui, vis-à-vis de son corps, de sa santé et de ses choix de vie, revendique et exerce sa libre détermination.

Face à cela les attitudes et les pratiques médicales ont dû aussi évoluer au point d'établir parfois des relations soignant-soigné d'un type nouveau.

Avec la chirurgie esthétique nous avons voulu en aborder l'expression la plus évidente, celle qui connaît l'essor le plus significatif mais celle qui suscite des questionnements essentiels.

Le premier est celui qui a trait à la construction et à la pertinence de la demande.

Nous avons convenu d'organiser la réflexion en partant de l'appréhension du corps et de la soumission à son image, pour explorer ensuite les ressorts psychologiques et parfois psychopathologiques du besoin d'intervention.

On observera combien peuvent être diverses les motivations et peut être l'appréciation de leur légitimité : entre l'incontestable indication des thérapeutiques réparatrices et les gestes opératoires qu'on réclame pour sacrifier à une mode ou un caprice, il y a tous ces niveaux de mal-être qui fait de la chirurgie esthétique une médecine de l'âme plus qu'une chirurgie du corps ...

Poser le problème de la légitimité de la demande c'est évidemment poser le problème de la légitimité de la réponse :

En nous référant à l'O.M.S. qui définit la santé comme un « état de complet bien-être physique et mental », nous devons inscrire la chirurgie esthétique au même titre que les autres spécialités médicales dans une vocation et une logique thérapeutique ... Thérapeutique riche, au demeurant, par l'étendue de ses possibilités :

Il n'est pas de disgrâce réelle ou supposée, il n'est pas de stigmates des vicissitudes de la vie, il n'est pas même jusqu'à l'outrage des ans que le tragédien pensait « irréparables » qui ne trouve une réponse et l'indication d'une intervention ; et il n'est aucune partie de la surface du corps, à quelque intimité qu'elle soit vouée qui ne puisse justifier de la chirurgie esthétique.

De cela le public a la plus large information mais peut être de façon superficielle et biaisée : les risques per et post-opératoires comme les insatisfactions sont rarement évoqués et pourtant bien réels.

Médecine sans caractère d'urgence, ne traitant ni une maladie ni une douleur, médecine séduisante par ses possibilités et ses promesses mais où les risques ne sont pas exclus ... autant de particularités qui cristallisent et légitiment les attentes éthiques.

Pour assurer la satisfaction de ces attentes, des prescriptions règlementaires apportent l'essentiel ; encore qu'elles n'aient pas toujours la spécificité souhaitée.

Le code de déontologie médicale, remanié à intervalles réguliers dans un souci d'exhaustivité et de rigueur est la plus pertinente et la plus indispensable des références mais une référence jamais achevée en raison de l'évolution de l'exercice.

Instruits de surcroît de l'acuité avec laquelle est envisagée la responsabilité médicale dans ce domaine nous pensons que des propositions sont à envisager et que notre conférence peut y contribuer.

Préconiser des dispositions particulières pour baliser un exercice particulier ne nous semble pas réducteur mais au contraire de nature à confirmer qu'il n'y a pas de médecine du nécessaire et de médecine du facultatif mais en toutes circonstances une rigueur médicale.

Cette rigueur doit d'autant plus être revendiquée et ses conditions fixées que notre pays est devenu une destination privilégiée pour les prestations médicales et singulièrement de chirurgie esthétique.

Nous le devons à la compétence de nos praticiens, nous le devons à la qualité de notre accueil, nous voulons le devoir aussi à l'exemplarité de notre exigence éthique.

Je vous remercie.

**ASPECTS PHILOSOPHIQUES
ET PSYCHOLOGIQUES**

REFLEXIONS PHILOSOPHIQUES

SUR LE CORPS

Jaleddine Saïd

*Professeur de Philosophie. Faculté des Sciences
Humaines de Tunis*

Vis-à-vis de l'Orient, l'homme occidental n'est plus à la traîne quant à l'image qu'il se donne désormais de son Corps propre, quant aux soins dont il l'entoure et quant à la valeur, inimaginable auparavant, dont il l'investit.

Il n'appartient pas à notre propos de délimiter les origines de ce changement radical dans la perception du corps, ce serait là l'objet d'une recherche à part entière, mais il nous tient simplement à cœur de proposer à la réflexion quelques retombées ou répercussions de cette perception nouvelle du corps propre en tant que corps vécu et senti de l'intérieur, corps subjectif identique au Moi (« Je suis mon corps », disait Gabriel Marcel), absolument différent du corps objectif, le corps organique perçu de l'extérieur, objet de l'anatomie ou de la physiologie⁽¹⁾.

Les événements de Mai 68 semblent avoir sonné le glas d'une époque, celle où le corps était objet de honte et de mépris, tout juste digne d'être dissimulé derrière vêtements et parures, et d'en avoir annoncé une nouvelle, celle du corps connu et reconnu, celle du « désir de connaître, d'habiter, de célébrer son corps dans ses moindres recoins, d'écouter son fonctionnement, ... de le faire tourner à plein régime »⁽²⁾, celle du corps beau et séduisant – ou

⁽¹⁾ Il existe en effet une perception spécifique du corps humain, *réalité expressive* s'il en est, *lieu du sens et de la signification*, comme dirait M. Merleau-Ponty. Croiser quelqu'un du regard, par exemple, ce n'est pas voir un globe oculaire, tel que décrit par un ophtalmologue, mais appréhender un donné signifiant, saisir une intention (colère, confiance, amour, ...). De même, un geste du corps n'est pas un simple déplacement de muscles, une simple gesticulation animale, mais il porte en lui une signification et exprime une intention dans sa façon même d'appréhender l'espace et de se situer en lui.

⁽²⁾ Jean-Louis Schlegel, *Le culte du corps dans la société contemporaine*, in *Revue Projet*, 181, 1984, p. 75.

qui se veut tel – qui recherche et multiplie les occasions de s'exhiber au sein d'une culture du narcissisme qui va bon train. Désormais, « tous ces instincts écrasés par des siècles de mépris et d'interdits, le corps malade, le corps guenille, voilà ce que beaucoup de nos contemporains refusent »⁽³⁾. Désormais, la faute serait de délaisser son corps, de ne pas lui rendre ce qui lui est dû, tant de la part de l'individu lui-même que de la part de la société.

Il serait certainement abusif, de notre part, de réduire ce positionnement nouveau vis-à-vis du corps à la simple dialectique persécution/libération, refoulement/déroulement, etc. Il faudrait aussi en chercher l'origine dans les conditions culturelles et les pratiques sociales y afférentes.

Ainsi, on peut relever une évolution qui est passée par trois étapes. A une époque assez ancienne, en effet, car cela ne date pas d'aujourd'hui, il y a eu une invasion spectaculaire de ce qu'on appelle de nos jours la mode vestimentaire avec ses canons de beauté corporelle et ses exigences de soins et d'hygiène (lotions, crèmes, gels). A une époque récente, ce sont les thérapies psychocorporelles qui ont fait florès, en se démocratisant sous forme de thérapie de déblocage ou de simple relaxation (massage, yoga, rolfing, cri primal, bioénergie...). Plus récemment encore, nous assistons à une recrudescence des sports individuels (jogging, ski de fond, planche à voile, aérobic, musculation, stretching...) qui n'ont cure des sports collectifs ou de compétition. Tout cela sans compter les divers recours aux tonus naturels et aux bienfaits de la diététique et de dame nature. Il ne s'agit pas d'oublier, non plus, la demande de plus en plus pressante de chirurgie plastique. A tout cela nous reviendrons plus loin.

Nous avons tantôt souligné la distinction que la philosophie contemporaine établit entre le corps objectif, « chose étendue » ou *Res extensa* comme dirait Descartes, objet d'étude de l'anatomiste ou du physiologiste, et le corps subjectif, appelé aussi corps propre, objet de réflexion du philosophe, sujet plutôt qu'objet, puisque vécu profondément et senti de l'intérieur, non point comme m'appartenant, mais comme étant mon propre Ego lui-même : il est «cette *image* vécue, dynamique et non statique, où convergent et se combinent des éléments tactiles, visuels,

⁽³⁾ Francis Major, *Un hymne à l'aérobic*, in *Télérama*, N° 1734, p. 13, cité par Schlegel, *ibid.* p. 76.

musculaires, cette sensibilité diffuse par laquelle nous nous sentons vivre, cette sensibilité qu'éveille chaque mouvement de nos muscles et de nos articulations »⁽⁴⁾. Or les travaux de Freud sur l'hystérie ont énormément contribué à confirmer cette distinction en montrant que l'approche scientifique du corps comme organisme objectif ne rend pas compte de la manière dont l'individu perçoit son propre corps et l'imagine comme corps désirant. C'est ainsi que certaines formes de paralysie et d'insensibilité organique se rapportent, chez certains hystériques, à leurs désirs corporels, à l'histoire de leur vie et de leurs désirs. Considérons, avec Freud, le cas d'Elisabeth von Er⁽⁵⁾, qui souffre de symptômes physiologiques douloureux. Ces symptômes ne relèvent pas d'une étiologie physiologique, mais ils s'expliquent plutôt par un conflit inconscient que la malade n'est pas parvenue à résoudre. Pleine d'affection pour sa sœur d'une part, mais amoureuse de son beau-frère, de l'autre, le conflit psychique inconscient qui s'ensuit se répercute sur son corps propre ; mais il n'a rien à voir avec son corps objectif, qui est objet de la médecine et qui peut répondre aux soins médicamenteux. Le corps malade, dans le cas d'Elisabeth von Er, corps rebelle à la médication classique, c'est le corps subjectif, le corps fantasmatique, corps désirant dont l'image se trouve brisée dans certains cas extrêmes comme la schizophrénie où le malade perd l'image globale de son corps vécu et devient incapable de reconnaître certains de ses membres, dans une confusion totale de l'intérieur et de l'extérieur, de l'espace privé et de l'espace public, etc.

Cet exemple nous invite à lorgner du côté de la dimension socio-culturelle du corps, étant donné que le conflit inconscient dont nous parlions – et qui s'exprime à travers les symptômes corporels dans le cas de l'hystérique, et dans la confusion de l'image de soi et de la perception du corps propre dans le cas de la schizophrénie – est un conflit entre les désirs du corps, d'une part, et le sur-moi, c'est-à-dire les interdits sociaux, de l'autre. En effet, si le corps est, selon le mot de M. Merleau-Ponty, le lieu d'expression d'une symbolique générale du monde, c'est la société qui inscrit bien en lui ses symboles, et ce par le moyen de ses diverses instances coercitives, qui « éduquent » le corps et le « disciplinent ». Chaque société inscrit dans le corps de ses citoyens certaines de ses lois et règles, mais chacune le fait à sa

(4) François Chirpaz, *Le corps*, Paris, P.U.F., 1963, p. 31.

(5) Cf. Freud et Breuer, *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, p. 106 à 145.

manière, selon l'époque et la culture. C'est ainsi que certaines sociétés primitives inscrivent sur les corps des adolescents les signes du passage à l'âge adulte, tatouages qui sont autant de stigmates indélébiles et qui jouent le rôle de « mémoire sociale » rappelant à chaque individu son statut, ses limites et son appartenance au groupe. Nos sociétés actuelles, sans avoir systématiquement recours à de pareilles pratiques, semblent user de moyens beaucoup plus efficaces. En effet, depuis les XVIII^e et XIX^e siècles, le but recherché dans les sociétés occidentales dites civilisées, au niveau de l'école, de l'atelier de travail et de la caserne, est de dresser les corps à l'obéissance et de les rendre aptes à certains usages. Le but est de réaliser une sorte *d'anatomie politique du corps humain*, pour parler comme Foucault, qui rendrait le corps apte à produire mieux et plus, tout en demeurant sous le joug du pouvoir dominant. L'autorité n'a plus besoin de se manifester par la violence brute, puisqu'elle dispose désormais de moyens qui lui permettent de diffuser ses valeurs propres d'une manière insidieuse, voire même démocratique, si l'on peut dire. Autrement dit, c'est à l'intérieur même des institutions sociales (école, atelier, usine, bureau, association ...) que se fait le dressage. Le but ultime, donc, de cet appareillage que Michel Foucault appelle « micro-physique du pouvoir », est de réduire le corps à une fonction unique qui est la productivité, à telle enseigne que le modèle du corps est devenu désormais celui de l'automate, et nous en avons un excellent témoignage dans le chef-d'œuvre de Charlie Chaplin, « Les temps modernes ».

En plus de cette fonction productive qui lui est dûment assignée, alors même que cette fonction est aussi vieille que l'asservissement et l'esclavage, le corps se trouve investi d'une dimension toute nouvelle, relative tant à sa capacité de consommer des produits qu'à sa capacité d'être lui-même un produit consommable. Le corps humain est devenu, de nos jours, un capital vivant et une marchandise consommable. Le sociologue Jean Baudrillard a bien montré, en ce sens, que nous vivons à notre époque un phénomène tout à fait nouveau, concernant le rapport que désormais nous entretenons avec les objets de consommation (dont le corps humain fait désormais partie), ces objets n'ayant plus une simple valeur d'usage ou une simple valeur d'échange : ils ont aussi une valeur symbolique, une valeur de signes et de symboles qui envahissent la société moderne immodérément. Ce qui importe, désormais, ce n'est plus la consommation pour la consommation, mais l'acquisition des objets

et leur consommation en tant que signes distinctifs des individus et symboles d'appartenance sociale. En ce sens, il est juste de dire avec Baudrillard que nous ne consommons plus des objets, mais des signes et des symboles⁽⁶⁾. Ainsi, le corps humain se retrouve au centre d'un réseau de signes et de symboles, purs produits de la société, qui font de lui, à son tour, un produit éminemment symbolique et riche de signification. Nous pouvons citer, à titre d'exemple, le mannequin dont le corps, modèle de beauté, n'est plus en lui-même un simple objet de désir, mais plutôt un entrelacs de signes qui traduisent l'esprit du temps, symboles d'une mode actuelle et symptômes d'une libido effervescente, figure majeure de notre époque. Dans ce qui suit, essayons de jeter un regard rapide sur ce phénomène des temps modernes et cherchons des témoignages dans la publicité, dans les activités sportives et les techniques corporelles, dans les médecines douces et les médecines parallèles.

Regardons tout d'abord du côté du langage publicitaire qui met en scène des corps humains chargés d'exprimer certaines fonctions sociales simples, comme s'habiller, manger, boire, se reposer, etc., fonctions qui constituent la texture du quotidien. Pareille mise en scène publicitaire du corps dénote un mode culturel précis qui aurait pour mission l'exacerbation de la libido en vue d'un but unique : il s'agit toujours de vendre un produit. Le corps et sa beauté ne constituent pas une fin en soi, sa nudité n'est pas recherchée pour elle-même, mais tout cela est utilisé comme un facteur de vente. Le corps est un instrument de commerce. En tant que simple instrument de commerce, il voit son sens premier se perdre et s'aliéner, puisqu'il n'est plus l'objet qu'il était, l'objet principal du désir. Désormais, il est le biais par lequel on accède, le moyen qui ouvre accès à d'autres objets de désir. Autrement dit, le désir ne se concentre plus sur le corps lui-même, mais il le dépasse vers d'autres objets destinés à la vente. Quand, par exemple, la souplesse d'une taille et la beauté d'un sourire sont offerts au regard pour vanter un vêtement ou un produit électro-ménager, on peut se demander à juste titre si le pouvoir érotique ne change pas purement et simplement d'objet, puisque le désir ne se porte plus sur la personne de l'autre, mais sur l'objet à acquérir : « L'artéfact commercial draine dorénavant la

⁽⁶⁾ Cité par Skrzypczak , *Le corps aujourd'hui*, in Revue A l'écoute du monde , 1981 /12, p. 21.

libido »⁽⁷⁾. Or, comme le corps publicitaire est généralement le corps d'une femme, avant d'être, plus récemment, le corps d'un enfant, le corps d'un athlète, etc., il n'est pas faux de dire, avec G. Lascault, que « notre société prostitue et les femmes et l'image de la féminité, qu'elle nous oblige à penser comme commerce toute relation entre hommes et femmes, qu'elle nous abîme les yeux, qu'elle avilit le désir »⁽⁸⁾. Il faut entendre par là que le corps humain est nié comme puissance érotique et asservi à la puissance du capital, ce qui en fait un *fétiche*, c'est-à-dire que la marchandise que présente l'image publicitaire ne peut à elle seule susciter en nous le désir de l'acquérir et de la consommer, mais il faut associer son image à celle d'un corps beau ou du moins à celle d'une partie suggestive du corps. De préférence, ce corps serait dans une position donnée, vêtu d'une certaine manière, corps d'un enfant, si possible, reflétant la candeur, l'innocence, la jeunesse : « Introduit avec tant de naturel dans la problématique d'une libido déviée de son but vers des objets mercantiles toujours, le symbole de l'enfant ouvre comme la possibilité d'une investigation psychanalytique de ce phénomène. Pervers-polymorphe, l'enfant depuis Freud sert de paradigme à l'une des formes de la sexualité : celle des plaisirs préliminaires qui poussent leurs racines dans les terres meubles et profondes de l'oralité et de l'analité » ; ce qui expliquerait « la prédilection des graphistes à représenter bouches et postérieurs » en focalisant le regard sur eux grâce au maniement de cadrages audacieux⁽⁹⁾.

A cet aspect publicitaire d'un *éros infantile*, s'adjoint un *éros maladif*, par le moyen d'une autre forme de publicité, la *publicité médicale*. En effet, par exemple, la publicité médicale des années 1960 et 1970 se fondait sur des images réalistes, comme celle d'un homme plié sous l'effet d'un infarctus fulgurant, avec à côté de lui les comprimés préventifs ou salvateurs. Dans ce genre de publicité, certes, l'attention est dirigée vers la douleur et les moyens de s'en défaire ; mais, depuis, l'on commence à rencontrer dans les Revues médicales d'autres formes d'images publicitaires, où le médicament n'est plus associé à la douleur et au corps

⁽⁷⁾ Murielle Gagnebin, *D'Eros à Narcisse*, in Revue Esprit, Février 1982, N° 2, p. 56.

⁽⁸⁾ Cf. J. Lascault, *Figurées, défigurées. Petit vocabulaire de la féminité représentée*, Paris, 10/18, 1977, page 118.

⁽⁹⁾ Cf. Murielle Gagnebin, *Ibid.*, p. 56-57.

malade, mais au corps beau et sain qui, par la prévention et les soins, a su résister à la maladie. Et c'est là une occasion propice à une nouvelle manifestation d'Éros, comme dans telle publicité pour un antibiotique spécifique des infections du rein et des voies urinaires, où le ventre et le pubis d'une femme apparaissent sous une forme propre à éveiller le désir.⁽¹⁰⁾

Ce que nous refusons, ce n'est pas seulement qu'Éros en soit réduit à la pathologie et à la morbidité pour se manifester⁽¹¹⁾, mais qu'il soit fait de lui un usage commercial et lucratif.

Cependant, un pareil usage n'est pas propre à la publicité. La publicité n'est pas l'unique phénomène de transfert de l'éros et de la mutation de la libido naturelle en une libido fétichiste (c'est-à-dire qui ne s'attache au corps propre que comme fétiche). Car en effet la libido ne se manifeste plus dans les sociétés développées, ou du moins dans certaines classes aisées, à travers la surconsommation et l'avidité excessive, mais bien plutôt à travers la recherche de plaisirs à la fois légers et intenses, plaisirs qui aident à la conservation du corps en parfait état d'équilibre et de santé. C'est ainsi que, après le phénomène envahissant de la mode, nous assistons depuis quelques décennies à un phénomène nouveau, qui se répand pour ainsi dire d'une manière plus globale et plus démocratique, celui des pratiques corporelles et psychosomatiques (Yoga, bioénergie, massages, gestaltthérapie, etc.) qui visent soit à guérir soit à apaiser le stress et les tensions de la vie courante. En même temps, un autre phénomène a commencé à voir le jour, celui des activités sportives individuelles qui n'ont cure des compétitions (Aérobic, Energic dance, Planche à voile, Ski de

⁽¹⁰⁾ Cf. Murielle Gagnebin, *ibidem*, p. 65 ; cf., en bas de page, les titres des Revues dépouillées par ses soins, dont : *Le concours médical*, *La revue du jeune médecin*, *La revue du praticien*, *Les cahiers Sandoz*, *BD médical*, *Panorama du médecin*, etc.

⁽¹¹⁾ C'est là le point de vue de Murielle Gagnebin qui écrit : «Complice du corps pathogène, Éros semblerait donc réapparaître subrepticement à la faveur d'une certaine publicité médicale. Le paradoxe est significatif : qu'induire en effet d'un pareil renversement ? Si la condition de possibilité d'un échange érotique est la menace de la maladie, si Éros pour se manifester a besoin de l'écran du pathologique, alors la société que réfléchissent semblables images serait quant à elle bien souffrante. *D'un côté la solitude d'un auto-érotisme étriqué, de l'autre l'avènement d'Éros dans les limites mêmes de la maladie ! Le tableau est sinistre* » (*Ibid*, page 65).

fond, Jogging, Musculation, etc.). Sans oublier le développement d'un autre phénomène encore, celui de la chirurgie plastique et esthétique qui est en train de prendre un essor très considérable de nos jours.

Ces nouvelles approches du corps et ces nouvelles pratiques corporelles laisseraient à penser que le but tant recherché n'est autre que d'apporter soins et vitalité à la vie du corps et de l'esprit, ainsi que d'acquérir un pouvoir de résistance et de dépassement de soi. Pourtant, tel n'est pas vraiment l'objet de ces diverses pratiques qui viseraient plutôt, à travers un repliement sur soi, à s'offrir un plaisir d'un genre nouveau, caractéristique de ce que Georges Vigarello a pu appeler le « vertige de l'intime »⁽¹²⁾. Les nouvelles pratiques corporelles visent, en effet, à se dépasser en tant que simples techniques corporelles en vue de développer la vie intérieure de l'individu, sa vie intime. La santé demeure, certes, l'atout majeur et la référence principale comme cela a été le cas depuis des décennies, mais il y a une nouvelle exigence psychologique, ainsi notifiée par Vigarello : « La pratique est surtout faite d'un travail sur soi (...). L'attitude *cool* prime sur toute crispation, et l'attention au moi sur tout investissement transcendant (...). Les grandes ambitions concurrentielles et agressives font place à un retour sur soi et à un culte du mieux être »⁽¹³⁾. « A quoi s'ajoute, poursuit Vigarello, une désaffection du politique et du social au bénéfice d'un rapport nouveau avec la sphère privée »⁽¹⁴⁾. C'est dire que le désintérêt pour la politique, pour le social et le syndical, ainsi que la désaffection de la religion, s'expliqueraient non pas uniquement par un manque d'intérêt pour ces domaines, mais aussi et surtout par la concentration de l'individu sur soi, sur son intimité propre. Le souci du corps n'est pas pour autant disqualifié, puisqu'il est le socle du *souci de soi*, lequel a généré une forme de narcissisme propre à notre époque⁽¹⁵⁾.

(12) Cf. G. Vigarello, *Les vertiges de l'intime*, in Revue Esprit, Février 1982.

(13) Cf. G. Vigarello, *Ibid.*, p. 68.

(14) *Ibid.* ; cf. aussi J.L. Schlegel, article cité, p. 76.

(15) Comme certains travaux américains ont pu le montrer, « Le concept de narcissisme nous donne un portrait passablement exact de la personnalité *libérée* de notre temps » ; cf. C. Lasch, *Le complexe de Narcisse. La nouvelle sensibilité américaine*, Paris, R. Laffont, 1981 (1^{ère} éd. New York, 1979), p. 77, cité par G. Vigarello, *ibid.* p. 68.

Ce narcissisme, il est essentiel d'y insister avec J-L Schlegel, « n'est pas le fruit de déceptions dans l'ordre socio-politique ou religieux, de peurs devant l'avenir ; il serait faux de l'interpréter comme une réaction. Il n'est dirigé contre rien ni personne, il tient par lui-même comme un art de vivre des sociétés avancées, en s'adaptant à elles, ou plutôt en personnalisant au maximum son adaptation. Car le narcissisme n'est pas dépersonnalisation dans les foules anonymes (...) : il est, au contraire, au sein de la société de masse, personnalisation. Il s'agit de renforcer sa singularité, son impression d'exister, son image de soi, d'affirmer cette réalité floue, mais appelée à des explorations et des dévoilements excitants, qui s'appelle Moi »⁽¹⁶⁾.

Le narcissisme contemporain consiste donc dans le souci de soi, dans les soins que l'on apporte à son propre corps en vue de le prémunir contre la maladie, la douleur, la vieillesse et la décrépitude. En vérité, l'homme a de tous temps essayé de donner un sens à la vie, à la souffrance et à la mort, « cette obscénité qu'on cache aux enfants »⁽¹⁷⁾, mais il n'a que peu réussi à vaincre leur absurdité. Tout au plus a-t-il réussi, de différentes manières, à sublimer sa crainte de souffrir, de vieillir et de mourir ; comme, à titre d'exemple, par l'intérêt croissant qu'il montre pour le *troisième âge*, âge précédant la veulerie et la vieillesse. Les personnes du troisième âge sont devenues, en effet, la cible privilégiée de la publicité et de la mode, en raison de leurs dispositions pécuniaires. Sans attendre l'âge fatidique de la vieillesse (le quatrième âge), et avant même qu'elles aient atteint le troisième âge, elles font l'objet de sollicitations diverses, et l'attrait est devenu grandissant non seulement pour les pratiques corporelles précédemment citées, mais aussi, par delà la médecine classique, pour les médecines parallèles, appelées communément médecines douces. Il n'entre pas dans notre intention de débattre des rapports parfois difficiles, pour ne pas dire conflictuels, entre médecine officielle et médecine parallèle. Mais certains faits ne peuvent être ignorés. Tout d'abord, la médecine parallèle repose sur des connaissances empiriques indéniables. Et ce que l'on reproche de nos jours à la médecine classique, mais de moins en moins depuis quelques années, faut-il avouer, c'est son désaveu des médecines douces (homéopathie, médecines « manuelles », etc.), ainsi que son approche *objective* et *neutre* du corps humain

⁽¹⁶⁾ J.L. Schlegel, *ibid.*, p. 79.

⁽¹⁷⁾ J-L Schlegel, *ibid.*, p. 77.

qui demeure pour elle un corps fonctionnel semblable à tout autre corps humain, alors que la médecine douce s'implique devant un corps singulier qui a des besoins spécifiques, un corps propre différent de tout autre corps et qui demande à être envisagé comme tel⁽¹⁸⁾. Il ne s'agit plus ici de narcissisme ou de culte du corps, car on est loin du marché de la forme et de la beauté. Il s'agirait plutôt du besoin de se sentir unique, d'être reconnu et traité comme unique, car chacun est unique ; et chacun, en tant qu'unique, tend non seulement à « persévérer dans son être », mais à y persévérer *en forme et en beauté*.

⁽¹⁸⁾ En ce sens, l'humanisation des hôpitaux, soit dit en passant, est aussi importante que les soins qui y sont prodigués ; bien plus, elle fait partie des soins.

DE LA SYMBOLIQUE DU CORPS

A L'IMAGE CORPORELLE

Dorra BEN ALAYA
*Maître assistante – Institut des Sciences Humaines
de Tunis. Département de Psychologie*

Afin de mieux saisir les enjeux psychologiques sous-jacents à la demande d'intervention chirurgicale esthétique, il est nécessaire de se pencher sur le caractère socialisé et culturel du corps ainsi que sur la notion d'image du corps.

LE CORPS SOCIALISE

Le corps est l'un des premiers objets de socialisation à travers celui des pulsions, par le jeu des frustrations/satisfactions (de la faim, etc.). Le corps est la première interface entre la personne et le monde extérieur. Avant même l'apparition d'un « moi », un « pré-moi » corporel se construit chez le bébé (le « moi-peau » de Anzieu). Ce pré-moi corporel est construit à travers les divers soins apportés au corps de l'enfant dès sa naissance. En d'autres termes, on prend conscience de son existence à travers le corps et cette construction progressive se fait par et dans les relations à autrui.

L'IMPREGNATION DU CORPS PAR LA CULTURE

Les premières relations que l'enfant établit avec son entourage se font sous forme de traitements physiques. La culture influence la structuration de la personnalité à travers les règles qu'elle instaure dans ce traitement (Mead, 1930).

Le traitement physique subi par l'enfant au début de la vie est structurant pour la personnalité du fait qu'il peut donner des impressions différentes à l'enfant (cf. Stoetzel, 1963) :

- l'impression de régularité ou d'irrégularité (donnée, par exemple, à travers le rythme alimentaire, etc.).
- l'impression de continuité ou de discontinuité (donnée, par exemple, à travers les écarts de température de l'eau lors

des bains, les pratiques d'emballage/déballage, etc.).

La régularité/irrégularité et les rythmes inscrits dans les traitements physiques, vont donner lieu à une perception de la vie comme étant plus ou moins organisée, plus ou moins continue et plus ou moins régulière. Il s'ensuit que les événements seront perçus comme étant prévisibles ou imprévisibles, subits ou agis ...

Les soins participent également à l'établissement des frontières du corps et par prolongement de celles de la communauté à laquelle appartient la personne, ainsi qu'à la distinction entre intérieur et extérieur de soi, du groupe et du monde.

On voit là à quel point le corps joue un rôle important en tant que médiateur entre la structuration de la future personnalité du bébé et son environnement social.

ETUDE EMPIRIQUE

Concernant la dimension culturelle, une étude que nous avons menée (non encore publiée) porte sur la perception différenciée des différentes régions du corps auprès d'étudiants tunisiens de différentes branches d'études (garçons=83/filles 110) et dont l'âge varie entre 19 et 29 ans.

Les études précédentes (Bruchon-Schweitzer, 1977), suggèrent l'idée que la structuration perceptive du corps connaît une modulation culturelle.

L'outil utilisé, le Body Focus Questionnaire de Fisher (1970), permet « d'étudier la manière selon laquelle l'individu distribue son attention aux différentes parties de son corps » (Bruchon-Schweitzer, 1977). Il s'agit de mesurer le corps perçu. Cette perception ne se limite pas à un schéma simple (de type Stimulus-Réponse), mais renvoie à l'individu dans sa totalité. Cela signifie qu'elle n'est pas seulement déterminée par l'organisme biologique et physique, mais aussi par des processus psychiques.

Les mesures effectuées avec le Body Focus Questionnaire de Fisher ont montré que les individus ressentaient certaines régions corporelles plus que d'autres et que cette organisation

perceptive était stable chez les individus. Ces patterns particuliers de l'attention portée sur le corps, peuvent être dégagés selon les groupes de sexe mais aussi d'appartenances géographiques, ethniques et culturelles.

L'étude que nous avons menée montre par exemple que l'organisation perceptive du corps :

1. se fait chez les sujets interrogés en fonction de deux facteurs (axes) ;
2. qu'il existe une différence significative entre sujets de sexe masculin et féminin dans la manière dont la perception corporelle s'organise ;
3. qu'il existe des différences interculturelles significatives.

Concernant l'échantillon total interrogé en Tunisie, l'organisation perceptive du corps oppose selon un premier facteur, à un ensemble comportant l'avant, la droite, la tête, les yeux et le cœur, à un autre ensemble comportant l'arrière et la gauche du corps.

Culturellement, cela renverrait à une dimension opposant des parties « nobles », « sacrées » à des parties dévalorisées, « profanes ». Cet axe se retrouve dans la symbolique religieuse et populaire du corps. La gauche et l'arrière renvoyant à l'« impur » (utilisation de la main gauche), tandis que la droite et l'avant au « pur » (utilisation de la main droite).

Par ailleurs, les yeux, le cœur et la tête, renverraient à une symbolique elle aussi sociale et culturellement déterminée. Les yeux sont porteurs de « regard nocif » (mauvais œil) mais aussi dépositaires de ce qui est précieux. Quant au cœur et à la tête, ils correspondraient à des éléments fondamentaux de la définition de soi.

Selon le deuxième facteur, les sujets tunisiens opposent le ventre et la bouche, au cœur, à la tête et aux bras. Cela correspondrait à une opposition entre une fonction alimentaire (bouche et ventre) et une fonction relative au vécu (cœur), au contrôle (tête) et à l'action (bras).

Les résultats montrent aussi que la différence est plus grande entre sujets de nationalité différente qu'entre sujets de

même nationalité et de sexe différent. Le pattern culturel commun organisant la perception corporelle, serait par conséquent plus puissant que les effets de genre.

On voit là à quel point la dimension perceptive du corps peut être déterminée par la symbolique culturelle. Ce qu'on croit souvent être exclusivement déterminé par la dimension neurologique, est en réalité, également lié aux significations accordées aux différentes parties du corps socialisé.

LE CORPS ET LE SOI

Pour reprendre l'idée de la structuration de la personnalité à travers le corps-médiateur, disons que le « pré-moi corporel » constitue l'une des bases de la construction de soi dans la relation primaire mère-enfant à travers les notions de « holding », de « handling » (Winnicott), etc. Ainsi, parallèlement au « moi », s'élabore un « soi corporel » qui constituera un élément primordial du concept de soi. Le soi corporel est l'enveloppe de peau, marquée d'ouvertures (narines, yeux, bouche ...) perçues comme lieu de fragilité. Ce sont autant de portes ouvertes sur le corps (Nemeroff, 1999, cité par De Plaen, 2005).

Soi et corps sont ainsi intimement liés.

IMAGE DU CORPS ET IMAGE DE SOI

Par conséquent, l'image du corps participe ainsi à l'image de soi. Il existe un lien entre la satisfaction par rapport à son corps et l'évaluation de l'image de soi. Les enfants, dès l'âge de 6 ans, connaissent ce qui, socialement, valorise ou stigmatise la personne au niveau de son apparence (Nemeroff, 1999, cité par De Plaen, 2005).

L'image du corps joue donc un rôle dans l'identité individuelle et l'estime de soi. Cela se répercute sur les conduites relationnelles et socio-affectives. Une image positive de son propre corps, est en relation avec l'existence de conduites d'approche dans les interactions sociales (Secord & Jourard, 1953).

La modification du corps correspondrait autant à un désir d'embellissement qu'à un désir d'intervention sur l'image de soi.

CORPS ET IDENTITE

Par ailleurs, le corps est un objet d'affirmation de l'identité par le contrôle des frontières au niveau individuel (De Plaen, 2005), à travers :

- le contrôle de ce qui rentre et ce qui sort (Falk, 1994, cité par De Plaen, 2005) ;
- des modifications corporelles (tatouages, piercing...) (Van Wolputte et al., 2004, cité par De Plaen, 2005).

Le corps participe donc à la problématique identitaire de l'individu. Cette problématique est double :

- Il s'agit de se distinguer par rapport aux autres, par plus de beauté par exemple ;
- Il s'agit d'être semblable à ceux de son groupe d'appartenance ou de référence.

On oscille ainsi entre différenciation et individuation dans la gestion de l'image du corps.

CARACTERISTIQUES PHYSIQUES ET IMPRESSION SUR AUTRUI

Corollairement, l'apparence physique joue un rôle déterminant dans la formation d'impression sur autrui. Le sens commun a tendance à associer des types physiques à certains traits de personnalité. La science elle-même a succombé à ce biais simplificateur de la pensée naïve. C'est ainsi qu'on a vu apparaître des théories, aujourd'hui reléguées par les scientifiques à l'article des antiquités, notamment celle de Kretschmer (1888-1964) et de Lombroso (1835-1909).

Kretschmer a assigné à des types morphologiques, des qualités psychiques. Il distingue trois formes : le type leptosomatique, l'athlétique et le picnique. Lombroso lui, a décrit des types humains tout en faisant des catégories plus générales. Il a ensuite imaginé établir un lien entre l'appartenance à ces catégories physiques, certaines affiliations ethniques et des caractéristiques criminelles (Ferrari, 2001). Cette théorie raciste a contribué à des mouvements de pensée aussi fondamentalement erronés que dangereux.

Les théories de Kretschmer et de Lombroso sont nourries de biais sociocognitifs qu'on retrouve dans la pensée commune. Celle-ci a par exemple tendance à attribuer aux personnes minces, des traits positifs (statut élevé, vertu, succès, signe de contrôle de soi et de supériorité). En revanche, elle attribue des traits négatifs aux maigres et aux personnes en surpoids (Nemeroff et al., 1999, cité par De Plaen, 2005 ; Ryckman et al., 1991). De façon générale, depuis l'enfance, on apprend à associer aux caractéristiques physiques, des valeurs positives et négatives.

Les stéréotypes induits par les caractéristiques physiques, donnent lieu chez les interlocuteurs à des attitudes gratifiantes ou frustrantes, voire agressives à l'égard de l'autre, qui du coup, intègre une image négative de soi. Cette image négative de soi va à son tour produire des conduites socio-affectives et relationnelles inadaptées, ce qui finira par justifier à nouveau des attitudes négatives de la part des autres. Et la boucle est bouclée.

BREF HISTORIQUE DE L'IDEAL ESTHETIQUE

L'existence d'un idéal esthétique masculin et féminin n'est pas nouvelle. Le corps a toujours été socialement et symboliquement investi. Ce qui est par contre nouveau, c'est l'idée d'un contrôle de plus en plus banalisé de l'apparence ainsi que la mondialisation d'un modèle esthétique (celui de la minceur par exemple). On en arrive à l'idée d'un type idéal invariant dans l'espace.

En fait, les critères de la beauté ont été déterminés à travers l'histoire par ceux de la bonne santé et donc par les conditions de vie dans lesquelles évoluent les communautés. Une nourriture riche et élaborée était associée à la bonne santé, au temps où avoir des réserves adipeuses constituaient une garantie de survie en temps de disette. Aujourd'hui, la bonne santé est associée à une nourriture légère, voire brute (culture dite « biologique », légumes crus, farines complètes, etc.).

Les règles imposées aujourd'hui de façon mondialisée dictent à la fois un idéal mais surtout l'idée que nous sommes responsables de notre apparence. Ne pas correspondre aux canons actuels de la beauté, est de moins en moins toléré du fait qu'on

considère la personne apte à modifier son apparence au regard de la multitude des solutions offertes.

Des interventions de type chirurgical sur le corps, aux fins de son embellissement, existaient déjà dans l'ancienne Egypte (Haiken, 1999). Par ailleurs, dans toutes les ethnies, existent des rituels d'ablation (circoncision), de scarification, de perforation (des oreilles, piercing ...), de limage (des dents) etc. Dans les organisations sociales traditionnelles, ces interventions sont ritualisées et standardisées dans les groupes, mais diversifiées selon les cultures. Elles marquent une appartenance et non une singularité personnelle. Dans les organisations sociales modernes, elles sont diversifiées d'un individu à l'autre mais uniformisées quant à la signification et aux normes. Elles visent la singularité.

Mais existent également des interventions qui visent l'invisibilité en tant que personne portant les marques de son appartenance. C'est ainsi qu'au début du XX^e siècle, lorsqu'il devient possible de modifier son corps, aux Etats-Unis par exemple, des citoyens noirs ont recours à la chirurgie esthétiques ou à l'éclaircissement de la peau afin d'effacer ce qui est supposé les caractériser, dans un but d'évitement de la discrimination (Mattei, 2006).

On observe un phénomène analogue dans le Japon de l'ère Meiji, à la fin également du XIX^e siècle. Les Japonais qui commencent alors à s'ouvrir à l'Occident, se font opérer, notamment au niveau des yeux et du nez, pour se rapprocher davantage du phénotype européen (Mattei, 2006).

Dans les années 1970, les Vietnamiens installés aux Etats-Unis font appel aux mêmes interventions afin de mieux se dissoudre dans leur communauté de référence (Mattei, 2006).

La chirurgie esthétique devient ainsi un moyen d'assimilation sociale.

DEFINITION DE L'IMAGE DU CORPS

Comme on le voit, le corps est plus qu'un organisme. Il possède la qualité d'objet symbolisé. La définition de ce qui le fonde en tant qu'objet d'évaluations, d'attitudes, de représentations, d'affects, etc. passe par celle d'image du corps.

La notion d'image du corps (Schilder, 1935) correspond à une image mentale du corps propre. C'est en d'autres termes, la façon dont nous nous le représentons de façon plus ou moins consciente (Le Breton, 2003).

DIFFERENCE ENTRE IMAGE DU CORPS ET SCHEMA CORPOREL

Le corps possède une double dimension à ne pas confondre : le schéma corporel et l'image du corps.

Le schéma corporel (notion introduite par Bonnier en 1893) renvoie à une perception objective et neurologiquement déterminée du corps. C'est une « figuration topographique neurologique du corps ».

En revanche, l'image du corps correspond à une dimension subjective, psychologiquement et socialement déterminée de son corps.

LE CARACTERE GLOBALISANT DE L'IMAGE DU CORPS

L'image du corps comprend les attitudes, les sentiments et les croyances que nous avons de notre corps (Freedman, 1988; Hutchison, 1985, cités par De Plaen, 2005). L'attitude vis-à-vis de son corps est impliquée dans des processus psychologiques et psychosociaux plus larges. De ce fait, l'image du corps est en relation avec les conduites socio-affectives. Elle les détermine mais est aussi déterminée par elles. L'image du corps fonctionne ainsi comme un modèle totalisateur.

On comprend alors comment l'image du corps peut être en relation avec certains troubles psychiques. Elle est par exemple liée à « des troubles perceptuels des états internes et de la conscience de soi » (Bruch, 1994, citée par De Plaen, 2005).

Les sujets dysmorphophobes (cf. DSM IV) perçoivent de façon erronée leur corps. Cette perception distordue se focalise en général sur le nez et le visage. Le problème ici se situe non pas au niveau de l'apparence objective mais à un niveau représenté. On

comprend alors en quoi une intervention chirurgicale ne résout pas le problème de fond.

Dans le syndrome de Munchausen la demande d'intervention par les patients ne vise pas l'apparence physique en tant que telle ni même un soin quelconque, mais l'intervention elle-même. Sous-jacent, se trouve un désir de subir des actes invasifs.

On comprend bien ici l'intérêt de la consultation psychologique et psychiatrique de certains patients demandeurs de chirurgie esthétique.

CONCLUSION

On voit à travers ce bref aperçu, le rôle joué par le corps, dans la construction de la personnalité et de l'image de soi, dans l'intégration sociale, dans l'activité relationnelle et dans des processus psychiques globaux.

La demande de chirurgie esthétique est contextualisée et prend son sens dans une situation sociale donnée. Elle doit en l'occurrence être actuellement appréhendée selon un contexte où, selon Le Breton (2003), existe un processus d'individualisation. Dans ce contexte, l'apparence physique est un moyen d'affirmation sociale (Le Breton, 2003).

Il faut aussi tenir compte du fait que les frontières traditionnelles (individu/société, privé/public, nature/culture, masculin/féminin...) soient devenues incertaines (De Plaen, 2005). Le désir de changer son corps correspondrait alors à un besoin de redéfinition et de délimitation des frontières du soi.

=====

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu, D. (1974). Le Moi-Peau. *Nouvelle Revue Psychanalytique*, n°9, p. 195-208.

Bruchon-Schweitzer M. (1977). Pour une approche quantitative de l'image du corps, adaptation française du Body Focus Questionnaire. *Revue de Psychologie Appliquée*. Vol. 27, n°3, p. 157-176.

- De Plaen S.** (2005). Regards sur le corps : dimensions multiples de l'image corporelle. *Colloque « La balance et le miroir »*, Chicoutimi.
- Ferrari, G.** (2001). Le corps et le stéréotype. *Hermès*, 30, p. 85-90.
- Haiken, E.** (1999). *Venus envy, a history of cosmetic surgery*. John Hopkins Paperbacks.
- Le Breton D.** (2003). *Des visages. Essai d'anthropologie*. Anne-Marie Métailié, [1ère édition 1992].
- Mattei, J.F.** (2006). Ouverture des 1ères Rencontres internationales « Le Corps et son image ». *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, Vol. 51, Issue 3, p. 207-210.
- Mead, M.** (1930). *Un éducation en Nouvelle-Guinée*. Payot.
- Ryckman, R.M.; Robbins, M.A.; Thorton, B.; Kaczor, L.M.; Gayton, S.L.; Anderson, C.V.** (1991). *Public Self-Consciousness and Physique Stereotyping*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 17, No. 4, p. 400-405
- Schilder, P.** (1935) *Image and Appearance of the Human Body*. Kegan Paul.
- Secord, P.F., & Jourard, S.M.** (1953). The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17 (5), p. 343-347.
- Stoetzel J.** (1963). *La psychologie sociale*. Flammarion.

ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA CHIRURGIE ESTHETIQUE

Riadh BEN REJEB

*Professeur de psychologie clinique ; Directeur
de l'Unité de Recherche en Psychopathologie
Clinique (URPC) et Président des Commissions*

RESUME :

Il est question dans cette intervention de développer quelques aspects de la psychopathologie des demandeurs de chirurgie esthétique. Des concepts clés relevant de la métapsychologie freudienne permettent de comprendre ce développement : image du corps, narcissisme, estime de soi, perte de l'objet, angoisse de mort, etc.

L'acte chirurgical va agir sur l'esthétique certes, soit l'apparence extérieure et visible de la personne. Mais on a tendance à oublier qu'il agit également sur l'image du corps de l'individu et sur sa dimension implicite.

Serait-ce un hasard si la demande d'intervention sur la silhouette féminine se manifeste notamment en périodes de crise, soit autour de l'adolescence, soit encore autour de la quarantaine ? Quels sens donner à ces demandes, sinon la recherche d'une perfection physique et psychologique, ou la restauration d'une forme perdue ?

Une chose est évidente, c'est qu'on ne peut pas procéder à ce genre d'actes de façon automatique ou rapide. La prudence s'impose. Il y aurait des indications et des contre indications à certains actes de chirurgie esthétique. La connaissance des dimensions psychologiques sous-jacentes à ces demandes ainsi que leurs contextes permettent de mieux comprendre ces éléments. Diverses décompensations sur différents modes pathologiques sont possibles. Une coopération ainsi qu'une collaboration entre chirurgiens et psychologues cliniciens s'avèrent indispensables pour limiter ces risques.

Je tiens à remercier plus particulièrement Mme le Professeur Fatma Haddad qui a été à l'origine de cette démarche.

INTRODUCTION

Ce texte se base sur des pré-requis :

- 1) le fait que nous avons deux corps : un corps objectif, réel et un corps subjectif, fantasmé, imaginé ;
- 2) le fait que la psychanalyse nous a apporté beaucoup quant à l'importance de la symbolique des névroses, du « choix » inconscient du type de névrose ou de la pathologie, voire du « choix » inconscient de l'organe atteint : la sémantique d'une aphonie, d'une paralysie, d'un cancer, etc. (Ben Rejeb, 2004 et 2007).⁽¹⁾

Cela étant dit, mon point de départ pour introduire les aspects psychopathologiques de la chirurgie esthétiques ce sont les deux constats cliniques suivants :

J'avais été invité une fois, il y a bien longtemps, par le Pr Zouheir Hachemi pour voir une jeune malade hospitalisée dans son service à l'hôpital Razi. Agée de 18 ans, cette jeune fille venait de décompenser juste à son réveil d'une opération chirurgicale, plus précisément d'une appendicite. Une fois libérée de l'effet de l'anesthésie générale, elle a développé directement un délire psychotique aigu.

Deuxième fait : le Docteur Hajer Karray m'avait adressé pour avis clinique et tests psychologiques, un jeune garçon qui lui a été adressé par un chirurgien plasticien. Ce jeune adolescent demandait à ce qu'on procède à une opération pour rendre parfait le profil de son nez. J'avais déconseillé alors cette opération demandée par le jeune garçon, un risque de décompensation psychotique était imminent. Mon avis a été partagé par le psychiatre et respecté par le chirurgien. Nous avons salué d'ailleurs sa perspicacité et son flair clinique.

Ces deux constats me permettent de remarquer ce qui suit :

⁽¹⁾ Cf. bibliographie à la fin de l'article.

Premier élément : Il s'agit probablement dans les deux cas de deux personnalités fragiles.

Deuxième élément : Le premier acte chirurgical est d'ordre **thérapeutique**. Il s'agit d'un acte inévitable autrement il y a une menace vitale pour le sujet malade. Le deuxième acte d'ordre **esthétique** appartient au registre de ce qu'on pourrait appeler la médecine de confort et de l'aisance. Cet acte peut être évité dans certaines situations.

Ces deux exemples cliniques montrent l'extrême importance de l'acte chirurgical en lui-même, et plus particulièrement esthétique. L'être humain étant composé de corps et de psyché fortement associés dans une combinaison psychosomatique, toute opération chirurgicale peut être perçue comme étant à la fois une ouverture au niveau du corps mais également au niveau de la psyché. Procéder à une intrusion au niveau du corps menace de causer des dégâts psychologiques chez certaines personnalités fragiles, vulnérables, dites encore « à risque ».

Les actes de chirurgie peuvent se faire suite à une demande impulsive, dans un agir, dans l'immédiat, dans ce qu'on appelle, le passage à l'acte. Mais là aussi, de quel type d'impulsivité ? celle du psychopathe, du schizophrène ou du cyclothyme⁽²⁾ ? ou d'autres pathologies non encore déclarées ?

Est-ce que le chirurgien d'une façon générale et plus particulièrement le chirurgien plasticien sont supposés connaître les différents types de personnalité des individus qui viennent les consulter pour demander une intervention chirurgicale ? Est-il censé pouvoir repérer les personnalités qualifiées de « fragiles » ? Comment distingue-t-il la demande logique rationnelle d'une demande illogique ? Autrement dit, comment distinguer une demande qui réclame une réparation physique objective, d'une demande émanant d'une personne vindicative, arrogante et qui menace de réclamer un jour des dommages et intérêts, soit des réparations psychologiques, pour un préjudice commis ?

⁽²⁾ Désormais appelé également « bipolaire ».

Autant de questions qui appellent à la nécessité d'un véritable dialogue entre la chirurgie esthétique et la psychologie clinique et pathologique.

Mon objectif n'est pas ici de faire un cours sur les différentes personnalités fragiles pouvant courir le risque de décompenser un jour suite à une quelconque manœuvre chirurgicale. Mon but est de soulever certaines questions en attirant l'attention sur le fait que l'acte chirurgical, qu'il soit esthétique ou pas, n'est pas vécu psychologiquement comme étant un acte banal. Sur le plan médical, il s'agit de procéder à des ouvertures, à des corrections, à une extraction, etc. Sur le plan psychodynamique, ces opérations suscitent plusieurs actions mentales inconscientes pouvant être vécues sur un mode régressif archaïque et véhiculer un sens particulier. Il s'agit d'ouvrir une partie du corps, de s'introduire dans ce corps, de voir à l'intérieur de ce corps, de toucher les organes internes, de couper, coller, remplacer, modifier, éventuellement greffer puis coudre ce corps pour le fermer de nouveau. Ces opérations peuvent être vécues sur un mode prégénital ravivant des angoisses de morcellement et d'éclatement, angoisses qui constituent l'apanage des tableaux psychotiques.

En outre, la cicatrice finale n'est pas uniquement anatomique. Elle est aussi psychologique. Et si, à la limite, l'empreinte anatomique peut disparaître, les séquelles psychologiques peuvent rester encore là agissantes en sourdine et rappelant à chaque fois cet acte associée à une opération angoissante pouvant être vécue comme traumatisante. Il faut certes cicatriser l'ouverture réalisée au niveau du corps. Mais il faut également cicatriser et panser les pensées. Le rôle du psychologue clinicien peut être donc préventif, quand il agit avant l'opération. Mais ce rôle peut être également post-opératoire puisque le psychologue peut apporter un soutien psychologique à une opération vécue comme délicate.

QUELS SONT ALORS LES DIFFERENTES PERSONNALITES MARQUEES LE PLUS PAR LA FRAGILITE ?

Certaines personnalités sont plus fragiles que d'autres. L'entretien clinique peut repérer des failles au niveau de la personnalité de certaines personnes. L'entretien est d'ailleurs le premier outil d'investigation de la personnalité. Le clinicien est

sensible à tout ce qui est verbalisé par le sujet mais également à tout ce qui n'est pas mis en mots. Ainsi, la tenue vestimentaire, l'hygiène, les gestes, attitudes, postures, etc. sont autant d'indices importants qui peuvent apporter des informations sur un certain type de personnalité.

Cependant, le discours constitue l'élément de base de l'entretien. Ce discours peut déjà être marqué par la discordance et l'incohérence. Mais indépendamment de sa forme, le contenu du discours véhicule et traduit à travers un lexique particulier, un type de personnalité. Nous savons depuis de nombreux travaux qu'il y a un discours qui marque la personnalité obsessionnelle, un autre qui marque la personnalité hystérique, un autre qui distingue la personnalité phobique, etc. Et il est bien plus facile de repérer le discours mélancolique, psychopathique ou schizophrénique.

Toutefois, l'entretien n'arrive pas à permettre au clinicien de recueillir un minimum d'indices renvoyant à un type de personnalité précis. Certaines personnes réussissent à se cacher derrière une armada de mécanismes de défense psychologiques. On passe alors à l'utilisation d'autres outils d'investigations qui sont plus poussées. Ce sont fondamentalement les tests de personnalité.

Ces tests permettent de dévoiler l'existence de pathologies ou d'altérations de l'image du corps. Ainsi, on peut repérer l'existence **d'éléments de dépersonnalisation** qui peuvent refléter des impressions d'étrangeté et de déformation du corps et mettant en cause l'intégrité de ce corps, vécu comme modifié, étrange, irréel. La dépersonnalisation est accompagnée souvent d'une déréalisation ou trouble de la perception du monde extérieur.

Le but de l'examen psychologique est de voir s'il s'agit d'une dépersonnalisation pouvant exister chez un sujet normal suite à un excès de fatigue, insomnie, ou suite à des questions banales et transitoires chez tout adolescent (intérêt porté au poids, à la forme du nez, celle des oreilles, du menton, etc.) ou s'il s'agit d'une dépersonnalisation pouvant exister dans des états névrotiques notamment la névrose obsessionnelle ou dans l'hystérie, ou encore d'une dépersonnalisation pouvant exister dans des états psychotiques (psychoses aiguës, schizophrénies, avec notamment le fameux signe du miroir et des éléments

d'hallucination et de dédoublement ou dans certaines mélancolies). Dans quelques cas, les malades peuvent développer un sentiment de dévalorisation corporelle pouvant aller jusqu'au désir de destruction du corps et ayant du coup valeur d'un passage à l'acte suicidaire. Dans d'autres cas, on rencontre le syndrome de Cotard ou « délire de négation » caractérisé par la négation de la réalité intérieure du corps avec des délires de possession ou d'immortalité.

Les tests permettent également de repérer certaines formes d'**hypocondrie** qui est, rappelons-le, la croyance erronée d'être gravement malade. La crainte peut se localiser sur une partie du corps et se déplacer d'un organe à un autre.

L'hypocondrie peut se voir chez le sujet normal (pendant l'adolescence, la ménopause, la sénescence), dans les états névrotiques (elle se greffe notamment sur la phobie ou l'hystérie) mais également dans les états psychotiques (chez le paranoïaque revendicateur et le schizophrène persécuté).

On distingue également la **dysmorpho-phobie** qui consiste en des préoccupations morbides entraînant un sujet à apprécier de façon fautive et péjorative le tout ou une partie de son apparence corporelle. Dans ce cas, la phobie n'est pas localisée sur un objet extérieur puisque c'est le corps lui-même qui fait peur. Le sujet vit avec la conviction qu'il a un corps déformé, laid.

L'ensemble de ces pathologies s'inscrit dans le cadre non pas des altérations réelles du corps mais plutôt au niveau des représentations de ce corps.

Par ailleurs, l'investigation de la personnalité se situe systématiquement, dans ce genre de demande, dans le cadre d'un bilan global comprenant également un examen des capacités intellectuelles du sujet (Ben Rejeb, 2001) ainsi que de ses capacités graphiques, etc.

Faut-il déduire de ce que je viens de développer qu'on doit systématiquement faire passer tout le monde au scanner des tests psychologiques avant toute opération chirurgicale ? Ce serait une entreprise impensable et ingérable.

Mais il s'avère qu'un minimum de savoir relatif à la psychologie clinique est nécessaire pour tout chirurgien. Mais l'idéal serait d'établir un lien direct entre ces deux secteurs de la santé. On ne peut en aucune manière isoler une partie du corps de la totalité de la personne.

La rencontre entre un individu qui consulte et un chirurgien est d'abord une rencontre humaine de deux personnes. Cette rencontre, marquée par l'écoute attentive et confiante de la nature de la demande, peut permettre au chirurgien esthéticien, de situer cette demande dans une trajectoire, par rapport à un sexe, un âge et une sémantique particulière. L'opération chirurgicale commence en fait sur le plan mental avant d'être vécue ensuite sur le plan de la réalité⁽³⁾.

=====

BIBLIOGRAPHIE

- BEN REJEB, R.** *Intelligence, test et culture. Le contexte tunisien.* Paris, L'Harmattan, 2001.
- BEN REJEB, R.** *Les Echelles Différentielles d'Efficiences Intellectuelles, version tunisienne adaptée (E.D.E.I.-A);* Manuel en langue française préfacé par Roger Perron; manuel en langue arabe + le matériel complet du test. Tunis; Cogehr sélection, 2003.
- BEN REJEB Riadh,** *Psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Clinique maghrébine.* Paris, Editions In Press, 2003.
- BEN REJEB Riadh,** « Anatomie et culture. A propos d'ambiguïté et de métamorphoses sexuelles en milieu musulman. » in *Psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Clinique maghrébine.* Paris, Editions In Press, 2003.
- BEN REJEB, R.** (sous la direction de), *Le destin en psychanalyse.* Paris, Editions In Press, 2004.

³ J'avais été sollicité pour donner un avis concernant une demande de placement d'un anneau gastrique réclamé par une jeune fille obèse. Le chirurgien voulait absolument avoir des garanties concernant la personnalité mais également l'intelligence de sa patiente. De même, j'avais été sollicité par des chirurgiens pour avis clinique suite à la découverte de cas d'ambiguïté sexuelle.

REJEB, R. (sous la direction de), *La dette à l'origine du symptôme*. Paris, L'Harmattan, 2007

FENNIRA Ibtissem, *Approche psychopathologique de la chirurgie esthétique*. Mémoire de master professionnel (DESPA) de psychologie clinique (dir. R Ben Rejeb). Tunis, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, 1998.

ASPECTS MEDICAUX

LA CHIRURGIE PLASTIQUE

Parcours à travers les âges

Moncef ZITOUNA,
Foued MAKHLOUF
Service d'Anatomie Pathologique.
Hôpital la Rabta Tunis

La chirurgie plastique englobe toutes les interventions qui modifient, réparent ou embellissent les téguments et les formes. On distingue :

- la chirurgie réparatrice qui apporte une transformation allant de "l'anormal ou pathologique" vers le "normal", tels les malformations congénitales, les séquelles de brûlures ou de morsure.

- la chirurgie esthétique qui fait passer du "normal" vers le "beau" hors contexte de maladie (...). »

Cette spécialité chirurgicale, toute récente, qui s'adresse essentiellement à la pathologie externe est en réalité beaucoup plus ancienne que la chirurgie générale née de « la pathologie interne » et qui permit d'intervenir dans les trois grandes cavités : abdominale, thoracique et crânienne. En effet les règles d'asepsie, qui sont des conditions nécessaires pour pénétrer dans ces cavités sont moins strictes et souvent peuvent ne pas avoir les conséquences mortelles qu'elles ont souvent en pathologie interne. De même les interventions en chirurgie plastique pouvaient être supportées sans anesthésie générale, ce qui n'était souvent pas le cas en chirurgie générale.

C'est à la plus haute antiquité, vers les années 1350 avant J.C., qu'il faut remonter pour trouver les traces de la chirurgie plastique : selon Taboui, les chirurgiens égyptiens auraient été experts dans la restauration faciale. Des momies ont été retrouvées, sur lesquelles il a pu être prouvé que les oreilles avaient été décollées du vivant du personnage.

Quant aux indous, ils procédaient à des rhinoplasties qui se faisaient fréquemment sentir car l'amputation du nez était une des punitions légales des criminels, des femmes adultères ou des prisonniers de guerre. Ce procédé de rhinoplastie dit à l'indienne consiste à préparer un lambeau cutané frontal à pédicule naso-orbitaire et à le rabattre vers le bas pour lui permettre de s'implanter sur la zone cicatricielle d'amputation nasale.

Les premières tentatives chirurgicales à visée purement esthétique datent du XIX^{ème} siècle: J. F. Dieffenbach essayait de corriger les nez déformés par la syphilis en utilisant des incisions externes destinées à diminuer le volume du nez, Ely pratiquait la première otoplastie et Roe les premières rhinoplasties endonasales.

LA PREMIERE GUERRE MONDIALE

Si la chirurgie plastique était pratiquée occasionnellement depuis longtemps, c'est lors de la première guerre mondiale qu'elle prit un développement considérable.

Jusqu'à-là, le traitement des traumatismes de la face, n'était pas un chapitre majeur de la chirurgie. La guerre des tranchées mit au premier plan ces blessures. Dans les tranchées, la face et le cou des soldats, protégés seulement par leur casque, étaient particulièrement exposés. Très vite, des milliers de blessés de la face furent transportés dans les hôpitaux de campagne pour être traités par des chirurgiens sans aucune expérience de ce genre de lésions. Devant l'afflux des blessés et la complexité des traumatismes, furent créées des unités de chirurgie maxillo-faciale, rendues nécessaires par le nombre effroyable de blessés de la face, lié à la guerre des tranchées.

C'est ainsi que la chirurgie esthétique fit un prodigieux bond en avant grâce au savoir-faire acquis pendant cette guerre auprès des gueules cassées.

L'ENTRE-DEUX GUERRES

En Europe, après la fin de la première guerre mondiale, le développement de la chirurgie plastique était essentiellement consacré à la réhabilitation des « gueules cassées ». La chirurgie esthétique démarrait modestement, encore critiquée par la morale

courante. Aux États-Unis, le désir d'oublier les années d'angoisse se manifestait, c'était une période de liberté intellectuelle et artistique. Plusieurs facteurs avaient favorisé cette chirurgie, parmi lesquels nous citons :

- Les problèmes psychologiques.

- les problèmes raciaux : divers immigrants furent atteints par les règles de standardisation de la beauté. Ils étaient identifiés par leur nez. Et pour avoir accès aux emplois offerts, beaucoup choisirent de se faire faire une chirurgie du nez conforme aux critères de beauté imposés par les premiers migrants.

- Les mouvements d'émancipation féminine se sont développés dans les pays occidentaux, et la société de consommation apparaît, favorisée par la relative prospérité des premières années du XXe siècle et l'essor de la production industrielle. Prendre soin de soi, de sa beauté, rejeter la condition féminine traditionnelle, qui faisait des femmes de plus de trente ans de vieilles femmes, faisait partie des revendications féministes.

- Et enfin, le cinéma devient la distraction préférée, et les vedettes des modèles auxquels il faut ressembler.

Bien que la chirurgie des blessés de la face se soit développée d'une manière considérable pendant et après la première guerre mondiale, la chirurgie esthétique n'a été admise nulle part comme une vraie spécialité chirurgicale.

Les années vingt, les « années folles », furent celles de la description des techniques de chirurgie esthétique dont certaines sont toujours pratiquées : rhinoplastie par voie endonasale, lifting cervico-facial, blépharoplastie par voie conjonctivale, plastie mammaire à cicatrice courte ou verticale. Seules la liposuction, l'augmentation mammaire par prothèse en silicone et les greffes capillaires ont été proposées après la 2^{ème} guerre mondiale.

APRES LES SUCCES, LES PROCES

La réputation de la chirurgie esthétique a été altérée par plusieurs facteurs :

- Les nombreux échecs thérapeutiques,

- Le scandale créé, en 1934, à la suite de la modification du visage de l'ennemi public no 1, aux Etats-Unis qui avait subi une intervention de chirurgie esthétique modifiant les traits de son visage.

- Les inconvénients, les complications et les catastrophes créés par l'injection sous la peau de la paraffine. Cette nouvelle technique qui eut au début un succès foudroyant se répandit rapidement à travers le monde et persista jusqu'aux années cinquante. Par la suite on constata que la paraffine migre à travers les tissus, forme des nodules et des fistules de traitement très difficile, laissant des séquelles irrémédiables.

LA 2^{EME} GUERRE MONDIALE

Interrompt le développement de la chirurgie esthétique, mais favorisa celui de la chirurgie réparatrice.

Les blessures de guerre ne ressemblaient pas à celle de la 1^{re} guerre mondiale. Les traumatismes étaient plus diffus, atteignant toutes les parties du corps. Il y avait de nombreux brûlés, des pertes de substance des parties molles découvrant les os et nécessitant des recouvrements par lambeaux.

APRES LA 2^{EME} GUERRE MONDIALE

La chirurgie esthétique passa par trois périodes : une période de reconnaissance jusqu'au début des années soixante-dix, une période d'affirmation pendant les vingt années suivantes, et enfin un passage dans le « domaine public ».

Au début des années soixante-dix, avec la création de services de chirurgie plastique, la spécialité a été admise dans les hôpitaux et la chirurgie esthétique commença à y être enseignée. Elle perdit peu à peu son caractère « honteux ». Elle ne représenta qu'une partie de l'activité des chirurgiens plasticiens. Rares étaient ceux qui la pratiquaient à titre exclusif et les autodidactes restaient peu nombreux.

Aux États-Unis où, avec la montée des classes moyennes, l'augmentation du niveau de vie, la diffusion de plus en plus grande de la télévision, la chirurgie esthétique est devenue un

phénomène social, les techniques chirurgicales utilisées alors étaient à peu près les mêmes que dans les années trente.

À partir du milieu des années soixante, les techniques se perfectionnent, s'affinent, bien que l'on fasse souvent du neuf avec du vieux.

Deux nouvelles interventions révolutionnaient la chirurgie esthétique puisque s'attaquant à des problèmes non résolus au début des années soixante: l'augmentation mammaire et le traitement des dépôts graisseux modifiant la silhouette. Elles deviennent rapidement les opérations les plus populaires aux États-Unis.

L'AUGMENTATION MAMMAIRE

L'augmentation mammaire ne commence vraiment qu'après la seconde guerre mondiale. Jusque-là, l'intervention n'était presque pas pratiquée, car les indications étaient considérées comme rares, et les possibilités techniques limitées. En effet, jusqu'à la 2^{ème} guerre mondiale, peu de femmes se plaignaient de la petite taille de leurs seins. C'est pendant la guerre avec les « pin-up girls » qu'affichaient les G. I. qu'apparaît le mythe de la « sweater girl » dont les formes abondantes devinrent un modèle pour beaucoup de femmes.

Après 1945, et pendant une quinzaine d'années, deux sortes d'interventions furent proposées. Les unes utilisaient les tissus de l'opérée, en particulier sa graisse prélevée au niveau des fesses, les autres utilisaient les matières plastiques nouvelles. Dans les deux cas, les résultats étaient médiocres et parfois désastreux. Au début des années soixante, a été mise au point une prothèse formée d'une enveloppe et remplie d'un gel de silicone. Cette nouvelle prothèse eut un succès immédiat et le nombre d'interventions d'augmentation mammaire s'accrut très rapidement. Après une période d'optimisme, il fallut admettre que le résultat était quelquefois décevant ou franchement mauvais, car le sein était souvent trop ferme, quelquefois dur et même déformé. Pendant les années soixante-dix et quatre-vingt, les implants furent régulièrement modifiés dans leur consistance et leur enveloppe, l'emplacement et la voie d'abord changés.

La **liposuccion** introduit un nouvel élément qui va changer dans l'esprit du public, l'idée de ce que doit être la chirurgie esthétique. Schrudde pratiquait des curetages graisseux à la curette tranchante dès 1964, Fischer avait eu l'idée de l'aspiration en 1976, Kesselring et Meyer avaient associé curetage et aspiration en 1976. Mais c'est Illouz qui, en 1977, utilisa une canule mousse et fit des tunnels séparés.

La simplicité apparente de la liposuccion a une conséquence redoutable. Dans tous les pays, de très nombreux médecins non spécialistes (et même des auxiliaires médicaux) se mirent à pratiquer cette technique.

Enfin, une technique chirurgicale révolutionna la chirurgie dentaire : la pratique **des implants dentaires**.

Les premiers implants datent de l'ère précolombienne et depuis, de nombreuses expérimentations ont été effectuées. Mais, ce n'est qu'au début des années quatre-vingt que des progrès significatifs sont accomplis dans le domaine de l'implantologie orale.

Actuellement, la chirurgie esthétique semble s'être imposée dans le monde entier.

En Tunisie, à ma connaissance, c'est au début des années soixante que la chirurgie esthétique débuta. Le Docteur Mokhtar Slaimia, le grand mélomane, qui faisait surtout de la chirurgie viscérale comme c'était le cas à l'époque, pratiquait des liftings, des augmentations mammaires et des rhinoplasties.

Le premier médecin à avoir pratiqué exclusivement la chirurgie esthétique est le Docteur Moncef Guigua au milieu des années quatre-vingt, suivi quelques années plus tard par le Docteur Abdelaziz Nefzi. Actuellement 35 chirurgiens exercent la chirurgie esthétique, recevant des patients de différents pays faisant de la Tunisie une destination mondiale pour le tourisme médical.

LES POTENTIALITES DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHETIQUE

NEFZI Abdelaziz

*Membre fondateur de la société tunisienne de
chirurgie plastique et son ex président*

Chirurgie plastique et esthétique

Centre Maghreb Médical – Tunis

De par son vaste champ d'action, la chirurgie plastique regroupe sous cette dénomination tous les actes de chirurgie qui touchent les téguments et les formes du corps. C'est en cela que nous distinguons, au sein de la chirurgie plastique (terme plus général et globaliste), d'une part la chirurgie réparatrice et reconstructrice et d'autre part la chirurgie esthétique.

La chirurgie réparatrice et reconstructrice a pour but de corriger toutes les difformités apparentes ayant été engendrées par des modifications génétiques (bec de lièvre, ...) ou par des accidents (plaies, brûlures ...), alors que le volet esthétique de la chirurgie plastique s'adresse à corriger ou améliorer l'aspect corporel suite à des modifications inhérentes au temps (vieillesse de la peau du visage ou chute des cheveux) ou corriger un défaut physique non pathologique mais qui n'obéit pas aux standards de beauté (gros nez, petits seins ...).

En matière de chirurgie réparatrice et reconstructrice nous citerons comme exemples et de façon non exhaustive les actes suivants :

- la chirurgie des brûlés au stade aigu et au stade des séquelles ainsi que la chirurgie réparatrice des séquelles morphologiques d'accident de la circulation et autres accidents en tout genre.
- la chirurgie de la main et la microchirurgie avec les greffes de doigts, de mains ou de membres ;

- la chirurgie plastique congénitale tels les accollements de doigts des mains (syndactylie) ou des becs-de-lièvre jusqu'aux difformités crânio-faciales plus complexes ;
- la chirurgie reconstructrice d'un organe perdu en totalité ou en partie comme le cas fréquent de reconstruction du sein après cancers.

En matière de chirurgie esthétique toutes les possibilités d'embellissement du corps sont envisageables chirurgicalement, ainsi et à titre d'exemple nous citerons de la tête au pied :

- Les greffes de cheveux pour alopecie ;
- La correction des oreilles décollées ;
- La rétention de la peau des paupières (blépharoplastie) et du visage et du cou (lifting) ;
- La correction de nez gros, large ou bossu (rhinoplastie) ;
- Labioplastie pour la correction des lèvres minces ;
- Réduction ou augmentation du volume des seins ;
- Lifting du ventre (abdominoplastie) ;
- Augmentation du volume des fesses par prothèses ;
- Aspiration de la graisse de toute partie du corps (Liposuccion) ;
- Sculpture des cuisses, des mollets ... soit par diminution de volume, ou alors augmentation par injection de graisse ou mise en place de prothèses ;
- La chirurgie intime telle que l'augmentation du volume ou l'allongement du pénis, l'augmentation de volume des grandes lèvres ou la réduction de longueur des petites lèvres chez la femme.

Toutes ces interventions chirurgicales se font le plus souvent sous anesthésie générale, parfois sous anesthésie locale assistée d'une neurolepte-analgésie ; de même à partir du moment qu'il s'agit de chirurgie il y a toujours une cicatrice mais la spécificité de cette cicatrice est qu'elle est le plus souvent de petite taille, mais surtout cachée pour qu'elle soit peu ou pas visible. C'est ainsi et à titre d'exemple que la cicatrice de lifting est placée

derrière l'oreille et dans le cuir chevelu, que la cicatrice de rhinoplastie est endonasale, que la cicatrice d'augmentation mammaire est placée dans le sillon sous mammaire ou en periaréolaire et que la cicatrice d'abdominoplastie est placée dans une zone cachée par le maillot.

Ainsi nous voyons que les potentialités de cette spécialité sont innombrables, mais jusqu'à quel point peut-on aller dans la modification du corps et quelles en sont les limites !

Cela, en fait, dépend de plusieurs facteurs dont :

- L'authenticité de la demande : cette demande d'embellissement du corps doit être vraie et correspondre à une véracité de la difformité : un nez correctement bâti ne peut faire l'objet d'intervention.
- L'état psychologique du sujet doit être normal ou du moins stable et c'est en cela qu'au moindre doute l'avis d'un spécialiste peut être utile sinon nécessaire.
- Pour raison d'éthique médicale certaines demandes bien que possible doivent être refusées telle la chirurgie des trans-sexués pour donner l'apparence de femme à un homme ou vice versa.

Dans cette spécialité de chirurgie esthétique le seul guide aux bonnes pratiques est la conscience du chirurgien pour accepter ou refuser une demande si elle n'est pas conforme à la déontologie et à l'esprit de l'éthique médicale.

LES RISQUES DE LA CHIRURGIE ESTHETIQUE. COMPLICATIONS ET INSATISFATIONS

Samia AOUN KANOUN
Spécialiste en chirurgie esthétique.

INTRODUCTION

La chirurgie esthétique a connu ces dix dernières années une évolution considérable aux plans de la demande des patients, des techniques chirurgicales, de la médiatisation et enfin de la « judiciarisation » de la spécialité.

Le chirurgien esthétique, normalement tenu par une obligation de moyen devient de plus en plus tenu par une obligation de résultats. Par conséquent, la gestion des complications médicales légitime et conséquente à sa formation s'est transformée en une gestion des complications « médico-judiciaires » parfois même en l'absence de complication médicale vraie. Il en résulte une transformation de la relation « paternaliste » qui caractérisait la relation médecin patient en une relation « consumériste » où le chirurgien doit non seulement protéger son patient des aléas de la chirurgie, mais également se protéger lui-même.

PARTICULARITE DE LA CHIRURGIE ESTHETIQUE

Cette spécialité récente est encore jeune dans notre pays. La demande des patients est de l'ordre du contingent et non pas du nécessaire. Pour beaucoup d'entre eux, le changement physique représente une solution à certains problèmes d'ordre familial, social voir professionnel. L'obligation de moyens renforcée fait que la demande du patient vire rapidement vers l'exigence, la réclamation et rarement du moins chez nous vers la condamnation.

En plus de ces contraintes, le chirurgien plasticien se trouve confronté à une pression médiatique de plus en plus importante qui fera de lui un mythe qui ne reflète guère la réalité.

Touchant plusieurs régions du corps humains avec plus qu'une technique pour chaque intervention, cette chirurgie peut générer des complications de plusieurs ordres dont les plus fréquents sont ceux de toute chirurgie, les autres sont en rapport avec chaque type d'intervention et vont des vraies complications aux aléas thérapeutiques et parfois même à l'indiscipline du patient.

COMPLICATIONS GENERALES

Il est unanimement connu par tous les médecins et particulièrement les chirurgiens d'entre eux que chaque intervention aussi simple qu'elle soit comporte une part d'aléas. Notre rôle est de faire que les risques deviennent statistiquement négligeables.

Avant de parler des complications de la chirurgie, il faut rappeler que certaines complications sont en rapport avec l'anesthésie. De nos jours, grâce à l'amélioration des techniques et des produits anesthésiques ainsi que les méthodes de surveillance per et post opératoires, une sécurité optimale est garantie aux patients. Une consultation pré anesthésique actuellement de routine, permettra au médecin anesthésiste d'informer le patient des risques encourus et surtout de le rassurer quant à leur fréquence de plus en plus négligeable.

Concernant le risque chirurgical, il est au maximum limité par un chirurgien qualifié et compétent sans toutefois être supprimé totalement.

Les complications générales, secondaires à toute chirurgie sont thromboemboliques, infectieuses et cicatricielles. Si un lever précoce et une bonne anti-coagulation permettent souvent d'en éviter les premières, ce sont l'asepsie rigoureuse et l'antibioprophylaxie qui minimisent le risque des secondes.

Quant aux problèmes de cicatrisation dans lesquelles interviennent des facteurs plutôt intrinsèques, ils peuvent causer soit une nécrose de la peau responsable d'un retard de

cicatrisation et d'une altération provisoire de la sensibilité, soit une mauvaise cicatrisation responsable d'hypertrophie voire de chéloïde d'apparition et d'évolution imprévisibles.

COMPLICATIONS SPECIFIQUES

Leur fréquence dépend non seulement du nombre d'intervention mais aussi du type d'intervention, des techniques utilisées et de l'habileté du chirurgien.

Pour l'American Society of Plastic Surgery (ASAPS), le nombre des interventions en chirurgie plastique a augmenté de 228 % entre 1997 et 2002. Pour la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et esthétique (SOFCPRE), cette augmentation est de 111 % pour la liposuccion et de 147% pour les prothèses mammaires. Dans une étude réalisée par cette dernière auprès de 600 membres, plus de 19000 interventions ont été réalisées avec un nombre moyen de complications de l'ordre de 7%.

Concernant les prothèses mammaires qui représentent 3000 interventions, les complications dépendent de plusieurs éléments dont la voie d'abord (57% pour la péri aréolaire contre 9% pour la axillaire) ; la position rétro ou pré pectorale de la prothèse. Ces complications sont variables à type d'épanchements 44,6 %, de malpositions 30,7%, de coque 23% de dégonflement 9,2% et d'infections 6,1%. Pour les réductions mammaires, qui représentent 11% de toutes les interventions de cette large série, troubles de la cicatrisation 36,6 % et la nécrose (cutanée et cytostéatonécrose) 26% étaient les complications les plus fréquentes.

Les 2700 blépharoplasties de cette série ont eu comme complications surtout des ectropions 61,9%, des chémosis 16,6 % et des infections 9,5%. Quant aux 2400 abdominoplasties, elles se sont compliquées de cicatrices disgracieuses 67,2 %, d'épanchements 46,5 %, de thrombose veineuse 6,8% et d'infections 5,1%. Pour le lifting cervico-facial, la fréquence des complications dépend de la technique utilisée. Il s'agissait d'hématome 59,6% ; de nécrose cutanée 25% et de parésies 15,3%. Les rhinoplasties se sont compliquées surtout d'irrégularités et d'asymétries persistantes. Enfin, les liposuccions réalisées chez 3700 patients, ont présenté comme complications une

imperfection 79,4 %, une phlébite 14,7%, une anémie post opératoire 5,8%, une nécrose cutanée 5,8% et une infection 2,9 %.

INSATISFACTIONS ET PREJUDICES

Ces complications, assez fréquentes pour certaines, sont dans la plupart du temps inévitables et curables (seuls deux décès ont été recensés). Elles ont été gérées bien sûr dans les meilleures conditions et relativement bien acceptées par les patients et leur entourage.

Mais même dans les meilleures situations, des insatisfactions voire des plaintes et des procès peuvent avoir lieu. Ce qu'il faut préciser c'est que la complication médicale n'est pas synonyme de complication juridique. L'aspect psychologique de la relation chirurgien patient prend une importance capitale dans ces situations : la sincérité, dialogue et confiance.

L'origine de l'insatisfaction des patients peut résulter de l'une ou de plusieurs de ces anomalies : mauvais contact, mauvaise écoute, méconnaissance de l'acte par insuffisance de l'explication préalable. Ce sont, le plus souvent, ces imperfections qui conduisent à la mise en cause juridique.

Les préjudices causés par les complications médicales sont de trois ordres :

En cas de préjudice sévère, une réparation financière est obligatoire

En cas de préjudice minime, cas les plus nombreux, il s'agit de patients mauvaise foi désireux de réparation financière ou de patients de «type psychiatrique» avec discordance entre l'intensité de la demande et le peu d'importance du defect esthétique, revendication à la limite de l'hystérie et préjudice objectivement minime.

- En l'absence de préjudice, une gestion «psychologique » de la complication est nécessaire avec diplomatie contrôle de la situation.

PREVENTION DES COMPLICATIONS MEDICO-JURIDIQUES

- Se donner les moyens de poser une bonne indication opératoire.
- Délivrance de l'information en constituant la preuve à l'aide d'une fiche d'information associée à un consentement éclairé «lu et approuvé» et signature. Un délai de réflexion de 15 jours doit être donné au patient avant de décider de l'intervention.
- Connaître ses devoirs pour faire valoir ses droits. Tout acte en chirurgie esthétique doit être normalement honoré.
- Réalisation d'un geste opératoire sans faute : compétence, expérience, prudence.
- Assurer un suivi post opératoire personnalisé et de qualité.
- Surinvestir en cas de problème ou complication post opératoire : affronter, assumer sur les plans technique, humain et familial (le praticien qui n'est pas attaqué est celui qui sait gérer la complication).
- Délivrer une information complète et sans retard sur le problème post opératoire.
- Faire preuve d'humilité :
 - Etre confraternel toujours, encore et malgré tout ;
 - Avoir de la chance !!!!!

CONCLUSION

Pour la chirurgie esthétique, touchant normalement à des patients non malades, les complications sont le plus souvent mal acceptées par le patient, son entourage et la société. Le chirurgien ne doit pas banaliser l'acte. Au contraire, il est obligé de s'entourer du maximum de précautions en passant par des consultations préopératoires obligatoires explicatives de l'intervention et des risques courus. Un climat de confiance doit régner. Pour assurer sa protection, le chirurgien doit pouvoir obtenir un consentement non seulement verbal, mais signé de la part de son patient. Cette

démarche très logique sur le plan théorique l'est beaucoup moins sur le plan pratique

Ceci ne doit pas l'empêcher, en cas de complications, de s'investir au maximum pour expliquer à son patient son type et sa cause, mais surtout pour remédier à cette anomalie et trouver le meilleur moyen pour la corriger.

PLACE DE LA DERMATOLOGIE ESTHETIQUE

Mohamed Ridha KAMOUN
Professeur de dermatologie.
Faculté de Médecine de Tunis.

Les êtres humains, dans leur quête universelle et éternelle de vivre et d'être heureux, sont contraints de s'adapter continuellement à un environnement en perpétuelle transformation. L'accélération prodigieuse de cette transformation représente la principale caractéristique de l'époque actuelle et l'un des principaux défis pour l'homme. Le rythme des avancées scientifiques et technologiques est tellement soutenu qu'il impose à l'homme une grande capacité d'assimilation et d'adaptation pour lui permettre d'exploiter tous les acquis du savoir tout en préservant, au présent et au futur, sa vie, son environnement et ses valeurs. La puissance que tous ces progrès donnent à l'homme est telle qu'il est légitime de se demander si sa sagesse parviendra à canaliser cette puissance pour et non contre son bien.

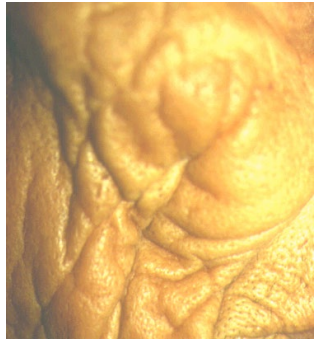
Les progrès sont continus et concernent tous les domaines, en particulier celui de la communication, de l'industrie, du commerce et de la santé. Tous ces acquis ont influencé de façon majeure les attentes de l'homme, ces attitudes et son comportement.

Les acquis des sciences de la santé ont permis un remarquable accroissement de l'espérance de vie. Ce prolongement de la durée de vie ne va, malheureusement pas, sans dommages pour les différents organes du corps humain. La peau, située entre un environnement extérieur agressif et un organisme intérieur fragile, représente le premier organe de protection. Pour assumer sa mission, la peau est amenée à subir les méfaits des facteurs environnementaux comme ceux des rayons solaires et des produits chimiques. Diverses lésions, de nature et de pronostic variables, vont progressivement apparaître sur la peau exposée aux agressions. Les lésions cutanées vont des inesthétiques taches dyschromiques, aux cancers cutanés en passant par les allergies, les irritations, les cicatrices, les rides, et les kératoses.



Kératoses

Ride



Cancer



Mélanose



Méfais de la chimie



Par ailleurs, les immenses progrès de tous les domaines de la communication, celui du transport, de la radio, de la télévision et des télécommunications, ont favorisé les mouvements de population et les rencontres humaines. Ceci explique l'importance qu'attribue actuellement l'homme à son apparence. Dans cette culture de l'image, l'esthétique est devenue une des préoccupations majeures. L'accroissement de la demande esthétique, favorisée aussi par la puissance du marketing, a considérablement stimulé la recherche en cosmétologie et l'exploitation industrielle des produits de cette recherche. La cosmétologie, connue et utilisée par l'homme depuis des millénaires, d'abord pour sa parure et puis pour son hygiène,

ambitionne actuellement et de plus en plus, de prévenir et même de réparer les méfaits de l'environnement et de l'âge. Les médicaments et les manipulations interventionnelles sont de plus en plus variées et performantes pour lutter contre les rides, les tâches, les cicatrices et tout ce qui est préjudiciable pour l'apparence et l'image de l'homme.

Ainsi, la dermato-vénéréologie qui soignait essentiellement les maladies infectieuses et parasitaires de la peau est devenue la dermato-cosmétologie qui s'occupe surtout de dermatoses allergiques, psychosomatiques et qui répond de plus en plus à une demande esthétique en constante progression.

Les moyens dont dispose cette spécialité sont de plus en plus nombreux et puissants. Ils vont des simples topiques aux moyens interventionnels, injections de comblement, lasers et petite chirurgie esthétique. Tous ces moyens posent, avec de plus en plus d'acuité, la question des risques, de l'efficacité et du coût. En effet, l'efficacité des techniques utilisées est souvent proportionnelle aux risques encourus. Par ailleurs, tout ce qui concerne l'esthétique a un coût élevé et pose ainsi la question de l'accessibilité.

Quelques exemples illustrent les nombreuses questions qui doivent interpeller tous ceux qui sont concernés par la recherche, l'industrie, le commerce, le conseil et l'utilisation des dermocosmétiques.

Le premier exemple est celui des topiques anti-tâches ou dépigmentants ainsi que celui des traitements anti-âge. Ces médicaments ont en commun un coût élevé et une modeste efficacité et posent ainsi la question de la justification du sacrifice financier ou de celle de la frustration ressentie par tous ceux qui n'ont pas accès à ces soins.

Le second exemple est relatif aux copies piratées. En effet, l'importance de la demande en dermocosmétiques a favorisé la montée d'une industrie et d'un marché parallèle de dermocosmétiques dont la conception et la fabrication ne répondent à aucune norme de bonne pratique et ne sont donc pas dénués de risque.

Le dernier exemple est relatif aux topiques anti-solaires dont l'utilisation a progressé de façon vertigineuse sous la pression de la promotion commerciale et qui ont tendance à supplanter la photoprotection comportementale et vestimentaire qui est plus accessible et plus efficace.

Ces trois exemples illustrent l'impact des facteurs économiques et financiers sur le comportement de l'homme dans un domaine en plein essor, la cosmétologie. Pour permettre à l'homme l'accès aux moyens actuels de la dermocosmétologie et le rêve de vivre éternellement jeune et beau avec le minimum de risque, il faut un accompagnement éthique à tous les niveaux de la recherche, du développement et de la distribution des dermocosmétiques.

**ASPECTS JURIDIQUES
ET DEONTOLOGIQUES**

CHIRURGIE ESTHETIQUE :

Aspects réglementaires et droits du patient

Noureddine CHERNI

Médecin Directeur de la direction de la réglementation et du contrôle des professions de santé au Ministère de la Santé Publique.

INTRODUCTION

Aborder un tel sujet, sensible par l'intérêt que lui portent de plus en plus de « consommateurs », complexe par les facettes multiples qu'il comporte, n'est pas du tout chose aisée.

C'est sciemment que plusieurs termes sont utilisés pour parler du patient. En effet, celui-ci passe du statut de consommateur, au statut de patient, en passant par celui de candidat à la chirurgie esthétique, tout cela avec beaucoup de subtilité en fonction de l'étape à laquelle il se trouve. C'est en tout cas ce qui ressort aujourd'hui de la bibliographie internationale.

1- DEFINITION

La chirurgie esthétique peut être définie comme étant « une chirurgie qui a pour finalité explicite la modification de l'apparence corporelle d'une personne, à sa demande, sans visée thérapeutique ou reconstructive ».

A partir de là, découlent toutes les conditions particulières de prise en charge d'un candidat à la chirurgie esthétique avec, d'une part, les obligations qui incombent au médecin et, d'autre part, les droits du patient.

2- PRINCIPES GENERAUX RELATIFS AUX DROITS DU PATIENT

La revue des textes législatifs et réglementaires tunisiens dans le domaine de la santé laisse apparaître une carence certaine en matière de droits du patient, de devoirs du médecin et de

conditions d'exercice de la chirurgie esthétique. Quelques principes généraux sont toutefois énoncés dans la loi relative à l'organisation sanitaire et dans le code de déontologie médicale. En effet:

- L'article premier de la loi n° 91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire stipule que « Toute personne a droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles».
- Le décret n° 93-1155 du 17 mai 1993 portant code de déontologie médicale prévoit dans son article 2 que « Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin ».

Toutefois, la législation comparée, notamment française, nous permet d'apporter des réponses à certains questionnements :

□ ***Le rapport bénéfice-risque :***

La chirurgie esthétique est une chirurgie au vrai sens du terme, avec tout ce que cela comporte comme risques et complications.

Et c'est à ce titre, justement, que la question du bénéfice-risque doit être posée systématiquement avant toute intervention de chirurgie esthétique. Il appartient au chirurgien de mesurer ce rapport et de savoir refuser la demande quand le risque est trop important par rapport au résultat attendu. Le chirurgien ne doit pas accepter d'exposer son patient à un risque démesuré par rapport au bénéfice attendu.

□ ***Devoir d'information du patient***

L'autre aspect non moins important, c'est le devoir d'information du patient, et là aussi, c'est au médecin qu'incombe cette tâche. Cette information embrasse plusieurs volets tels que les risques encourus et les complications possibles, ainsi que le coût de l'acte, étant donné qu'il s'agit d'une chirurgie coûteuse non prise en charge par l'assurance maladie.

Il importe également de s'assurer de la volonté réelle du candidat à cette chirurgie à franchir le pas et si sa décision a été mûrement réfléchie, d'où le délai de réflexion qui doit lui être obligatoirement accordé dans certains pays, notamment en France.

□ **La qualification du médecin**

Sur un autre plan, la qualification du chirurgien a été, et demeure encore dans plusieurs pays, un sujet épineux. Si le principe de l'omni pratique ou de la polyvalence a été dans les faits abandonné, car il a été assorti de certaines conditions qui ramènent le médecin à ses limites de compétences, l'article 13 du code de déontologie prévoit que « Tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Toutefois, un médecin ne doit jamais, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue. » La question se pose aussi pour les spécialistes.

En effet, parmi eux, il y a ceux qui sont titulaires de la spécialité et il y a les autres. Rappelons que la chirurgie esthétique, plastique et reconstructrice, en tant que spécialité, est relativement récente dans les pays européens puisqu'elle y a été créée il y a une vingtaine d'années environ. En Tunisie, elle a été identifiée en tant que telle en 1998, donc voilà juste dix ans.

Avant cela, plusieurs spécialités chirurgicales touchaient à la chirurgie esthétique dans tous ses aspects.

Aujourd'hui, ce qui se dégage à travers la lecture des textes organisant l'exercice médical en Tunisie et ailleurs, et du consensus auquel a abouti l'Ordre, c'est de permettre aux spécialistes qui ont pratiqué la chirurgie esthétique avant la création de la spécialité de continuer à le faire. En dehors de ceux là, seuls seront habilités à exercer la spécialité, à partir de 2002, les titulaires du diplôme en question.

Des dispositions transitoires doivent donc être prévues par un texte réglementaire pour la régularisation des différentes situations.

□ **Le volet publicitaire**

Le dernier point, et non des moindres, concerne le volet publicitaire qui caractérise cette activité. Il s'agit là d'un aspect très sensible de par son implication dans les aspects éthiques et déontologiques.

La chirurgie esthétique est devenue malheureusement souvent assimilée à un business. La question est non seulement délicate à aborder, mais complexe également, car elle concerne tous les intervenants de la chaîne, à savoir le médecin, la clinique et souvent l'intermédiaire, qui est la société de service ou l'agence de voyage. Si le statut d'une agence de voyage est commercial, la médecine ne l'a jamais été et ne doit pas le devenir.

D'ailleurs, souvent il y a violation du secret médical quand des questionnaires de santé atterrissent sur les bureaux des agences de voyage ou ceux de sociétés de services.

Parfois, une publicité est faite aux médecins partenaires dans ces circuits, notamment sur Internet, contrairement aux dispositions du code de déontologie médicale. D'un autre côté, les forfaits globaux de prise en charge (transport, clinique, hôtel,...) incluent les honoraires médicaux qui ne sont pas clairement identifiés, ce qui constitue une autre infraction à la législation et à la réglementation en vigueur.

En résumé, il s'agit d'un dérapage qu'il faut absolument contrôler, même si la Tunisie, riche de ses compétences médicales, a tout intérêt à développer cette activité. Mettre de l'ordre dans tout cet imbroglio ne peut que rendre à la médecine ses lettres de noblesse et amener le patient à choisir et se décider en connaissance de cause et en toute sérénité.

CONCLUSIONS

1. L'intérêt que porte aujourd'hui l'Homme à son apparence est plus important que jamais, allant de pair avec l'amélioration de ses conditions sociale et économique.
2. La chirurgie esthétique est une spécialité qui doit garder ses lettres de noblesse en évitant de tomber dans le mercantilisme.
3. La chirurgie esthétique doit s'exercer comme toute autre spécialité médicale, dans le respect des règles déontologiques et éthiques.
4. Considérer le candidat à la chirurgie esthétique comme un patient et non comme un simple consommateur de service,

l'éclairer et le conseiller dans ses choix, lui laisser le temps de réfléchir pour être sûr de sa détermination et bien peser le rapport bénéfices-risques, sont des éléments essentiels dans ce rapport de confiance médecin-patient.

LES EXPORTATIONS DES SERVICES DE SANTE*

AOUIJ MRAD Amel

Professeur à la Faculté de droit et des sciences politiques de Tunis. Membre du Comité national d'éthique médicale.

Exporter un bien ou une marchandise signifie « envoyer et vendre hors d'un pays ». L'exportation des services de santé peut être entendue de différentes manières, si l'on se situe dans le cadre de l'Accord général sur le commerce des services de l'OMC¹. Une « fourniture transfrontières », une « présence commerciale », une « présence de personnes physiques » et enfin une « consommation de services à l'étranger ». Marc Lautier⁽²⁾ analysant ces modes d'échanges de services, se rend vite compte que seul le mode 2 concerne les mouvements de personnes, en quête de services de santé, et s'effectuant soit dans le sens Nord-Sud, soit dans le sens Sud-Sud. Les modes (1) et (3) sont des mouvements qui s'effectuent du Nord vers le Sud³ ; le mode (4) quant à lui désigne essentiellement un phénomène migratoire qui, bien que s'effectuant du Sud vers le Nord, « participe pas (ou peu) au développement d'un secteur productif sur le territoire national »⁽⁴⁾.

* *Cet article a fait l'objet d'une intervention au colloque international « Rôle de l'Etat et restructurations des systèmes de santé », tenu à Tozeur les 2 et 3 novembre 2007. Il a été publié dans les Actes dudit colloque publiés par le Centre de publication universitaire en 2008.*

(1) L'accord cadre de l'AGCS, en tant qu'accord international qui met en place des règles générales de libéralisation du commerce des services, classe les secteurs concernés par la libéralisation en douze catégories, parmi lesquelles celle de « santé et services sociaux ».

(2) Le commerce international des services de santé, Problèmes économiques, septembre 2007 n°2930, p.37.

(3) Le mode (1) se concrétise essentiellement par la télémédecine ; le mode (3) renvoie aux investissements dans les structures de soins à l'étranger. Ces deux modes ont donc bien pour point initial d'exportation un pays du Nord.

(4) M. Lautier, op.cit. p.48.

Il existe donc plusieurs manières de comprendre ce sujet, selon les différentes optiques ou angles de vue dans lesquelles on désire se situer. Si l'on se situe globalement dans un cadre transnational et que l'on entende le terme « exportations » dans le sens de mouvements transfrontières des services de santé, on se rend vite compte du dynamisme nouveau acquis par lesdits services. Ils n'apparaissent plus comme statiques et spécifiquement nationaux. La fluidité caractéristique de la mondialisation les a atteints. Cette démarche ne sera pas la nôtre : nous avons choisi, ainsi que nous venons de le justifier, de nous situer au sein des frontières nationales et d'entendre le terme d'exportation dans le sens de « consommation des services de santé tunisiens par des non nationaux ». Ces exportations se différencient de celles des personnels de santé, simple situation de travail des diplômés hors du cadre national, dans le cadre de la coopération technique.

Concernant ces services de santé il semblerait que leur gamme déjà vaste, tendrait à s'élargir pour inclure, au-delà des strictes et classiques prestations liées au rétablissement d'un état physique ou physiologique, d'autres activités, actes, interventions bien plus en rapport avec le confort, le bien-être ou le paraître. La santé, champ et enjeu de politiques publiques, se laisse envahir par des besoins nouveaux mais subit aussi en revers des contraintes économiques de plus en plus tenaces.

L'histoire proche de notre pays nous révèle en effet une perception purement physique, clinique, de la santé et des services qui lui sont liés. Il s'agit, banalement, d'un état de « non maladie » dont les prestations sont destinées aux résidents. Jusqu'à une date fort récente, les mouvements transfrontières s'effectuaient uniquement en sens inverse, soit du Sud vers le Nord : nos nationaux allaient soigner certaines affections à l'étranger. Mais rapidement, la Tunisie connut une évolution identique à celle des pays occidentaux : augmentation du niveau socio- culturel et économique de la population, urbanisation et sédentarisation, ouverture des frontières, recherche effrénée de devises couplées à une « économisation » des secteurs les plus sociaux, dont celui de la santé. Tout cela amena tout naturellement, ou presque – si tant est que l'on puisse trouver naturel de rentabiliser des prestations de santé – à ce que certaines prestations de santé deviennent destinées à être consommées presque uniquement par des non résidents.

Certes, en termes d'échanges Nord-Sud, l'intérêt de cette formule est patent : « les facteurs assurant l'attractivité des systèmes de santé du Nord se sont banalisés »⁽⁵⁾ avec l'accroissement et l'amélioration des compétences médicales des pays en développement. Représentant actuellement le quart de l'activité du secteur privé tunisien, elles contribuent à près de 4% des exportations de services du pays. S'y rajoutent les services d'hébergement et de restauration qu'elles induisent, ce qui constitue un potentiel de développement supplémentaire pour le pays. **Ces exportations qui sont, d'une certaine manière, les retombées d'une culture et la manifestation d'une formation de bon niveau, constituent une preuve de qualité des services de santé offerts.** En-deçà d'un certain seuil de qualité, il ne pourrait y avoir aucune exportation.

Ces exportations doivent être distinguées du tourisme de bien-être⁶ qui se définit comme la « tentative, de la part d'un prestataire ou d'une destination d'attirer des touristes pour la promotion délibérée de ses services et équipements de soins, en plus de ses services d'accueil traditionnels »⁽⁷⁾, ou encore comme des « loisirs pris à l'étranger, dont l'un des objectifs est d'améliorer son état de santé »⁽⁸⁾. Ici s'insèreraient thalassothérapie et balnéothérapie pour lesquelles la Tunisie se distingue par son deuxième rang mondial.

Ces exportations se caractérisent en Tunisie par une présence massive de maghrébins, principalement des mauritaniens du fait des accords passés avec les institutions prestataires de santé, la banque centrale mauritanienne et la SNIM. La santé, non contente de flirter avec le commerce et le tourisme, s'acoquine à présent avec les finances. Mais d'autres nationalités sont également consommatrices des prestations tunisiennes⁽⁹⁾ : les ressortissants libyens sont présents en très

⁽⁵⁾ M. Lautier, op.cit.

⁽⁶⁾ Voir Muller et Kauffman, Wellness tourism: market analysis of a special tourism segment and implication for the hotel industry. Journal of vacation marketing. Janvier 2001, vol7 n°1. Cité par M. Lautier, op.cit.

⁽⁷⁾ Medlick : Managing tourism. Butterworth Heineman, Oxford 1995. Cité par M. Lautier.

⁽⁸⁾ S. Clift et J. Page, Health and international tourism. Routledge, Londres et New York, 1996. Cité par M. Lautier.

⁽⁹⁾ Voir Mohamed Cherrak El Ghosli : « Tourisme médical » et « exportations de soins ». Une occasion de mise à niveau de nos structures de soins ? www.santemaghreb.com/algerie.

grand nombre, à côté des algériens et des européens encore peu nombreux et se limitant à certains types de soins.

De grandes questions sont ici soulevées parmi lesquelles celle de connaître l'impact direct de l'offre touristique sur l'augmentation de l'activité des cliniques privées. Ou encore celle de savoir s'il y a des flux de patients générés uniquement par ce tourisme. Même s'il est avéré, du moins pour le moment, que les liens entre les deux secteurs sont lâches et que les influences de l'augmentation des flux de l'une n'a que des conséquences indirectes sur l'autre, il est indéniable que la relation tourisme-santé existe. Plus loin encore, on peut s'interroger sur l'étendue du lien entre la libéralisation des services, élément clé de la mondialisation des économies, avec ces exportations.

Autant de questions typiques d'une reconsidération des impératifs classiques de la politique de santé. Les exportations des services de santé, phénomène nouveau, n'ont pu en fait se développer que grâce à certains choix des pouvoirs publics(I). Drainant de grands espoirs économiques et financiers, ces exportations apparaissent pourtant fondamentalement limitées et même dangereuses (II).

I. L'ENGAGEMENT DES ACTEURS

Il s'agit d'un engagement dual, c'est-à-dire qu'il est à la fois politique et pragmatique. Politique car l'Etat, soit le ministère de la santé publique, s'est engagé dans une politique d'encouragement des investissements et des exportations dans leur ensemble, dont celles de santé. Mais la dimension pragmatique du phénomène apparaît dans la récupération des exportations de santé par la logique purement – basement pourrait-on dire – mercantile. Une collusion s'est faite entre les procédures utilisées et les buts poursuivis.

1°) Des procédures banales

L'Etat tunisien cherche à mettre en place, à encourager les investissements dans le secteur de la santé pour permettre, à moyen et long terme et en considération de l'élévation du niveau de vie et la généralisation de la couverture sociale, à une certaine catégorie de patients de recourir au secteur privé. A la base des exportations des services de santé il existe donc deux éléments indispensables : un secteur privé bien rôdé et aux prestations diversifiées et

un certain niveau de qualité et de sécurité reconnu internationalement . La politique de l'Etat tunisien a fait sienne l'étape de base, soit l'ouverture du secteur de la santé aux privés.

Les procédures et techniques utilisées pour encourager l'émergence, l'implantation et le raffermissement de ces nouveaux promoteurs s'appliquent en fait à tous les produits et services que l'on souhaiterait voir exporter. Elles ont pour base principalement le code d'incitation aux investissements⁽¹⁰⁾ qui énumère la santé parmi les catégories dans lesquelles on peut investir et profiter de multiples avantages et incitations. Ces derniers sont d'ordre essentiellement financier et fiscal, et s'obtiennent soit sur la base d'une autorisation préalable du ministère de la santé publique, soit sur la base de la signature d'un cahier des charges type. Il s'agit donc de conditions assez aisées à remplir, sans doute car leur but est d'assurer la mise à niveau globale des services de santé, par la participation des privés aux activités qui le composent. Il faut surtout savoir que la participation étrangère au capital des sociétés opérant dans le domaine de la santé est libre et non plafonnée.

Sur la base de ce code, et pour plus de lisibilité du droit, le ministère de la santé publique élabora le guide des investisseurs et promoteurs privés dans le domaine de la santé⁽¹¹⁾. Son champ d'application couvre toutes les activités de santé lato sensu entendues et notamment les cliniques et polycliniques, les laboratoires, les pharmacies, les services de transport sanitaire... D'autres textes sont venus organiser l'ouverture d'industries de fabrication des médicaments ou d'un centre de dialyse, non spécifiés par le CII⁽¹²⁾.

Demeure le cas particulier des cliniques off shore, catégorie d'établissements dont on a établi le cadre juridique⁽¹³⁾ et qui seraient réservées aux non résidents, elles ne sont pour

⁽¹⁰⁾ Loi 93-120 du 27 décembre 1993 portant promulgation du code d'incitations aux investissements, JORT 28 décembre 1993 p.2174.

⁽¹¹⁾ Arrêté du 16 décembre 1997. JORT 30 janvier 1998 p.238.

⁽¹²⁾ Voir l'arrêté du ministre de la santé publique du 28 mai 2001 portant cahier des charges relatif aux établissements sanitaires privés. JORT du 8 juin 2001. Voir aussi le décret 89-1078 du 4 août 1989 fixant les conditions de création et d'exploitation des centres d'hémodialyse. JORT 18 août 1989, p.1245.

⁽¹³⁾ Loi 2001-94 du 7 août 2001 relative aux établissements de santé prêtant la totalité de leurs services au profit des non résidents. JORT 7 août 2001 p.2028.

l'instant pas encore fonctionnelles. Ces cliniques, si elles étaient créées en nombre suffisant, permettraient un accueil et une prise en charge des non résidents moins banalisée et touristique que ce n'est le cas pour l'instant.

2°) Des services spécifiques

La santé constitue un bien qui demeurera intrinsèquement particulier en toutes circonstances, car il est naturellement non marchand. Pourtant, il est devenu indéniable que les prestations qui lui sont liées se réalisent en se passant par des voies de plus en plus commerciales. Cela tient sans doute, au moins partiellement, au fait que ces prestations ont débordé du champ strictement circonscrit qui était le leur pour inclure des actes et de chirurgie esthétique, de kinésithérapie. En laissant de côté les prestations non spécifiquement médicales, nous relevons, lorsque l'on observe les statistiques des services de santé exportés, une différences entre les consommations de la clientèle maghrébine et celles de la clientèle européenne.

En effet, la clientèle maghrébine ne se distingue pas, dans sa consommation d'actes, de la clientèle tunisienne. Elle est demandeuse de toutes sortes de spécialités médicales et chirurgicales. Inversement, la clientèle occidentale consomme essentiellement des prestations de confort et d'esthétique. **Les spécialités les plus consommées étant la chirurgie esthétique et la chirurgie réfractive (cataracte et correction des troubles de la vision).** Pour cette clientèle émergente mais que l'on voudrait développer, on pense déjà à offrir à l'avenir des prestations dans les spécialités de la chirurgie et de l'oncologie.

Une première conclusion s'impose d'ores et déjà relativement à ces deux catégories de consommateurs. **Toutes les deux apparaissent comme négatives par rapport à la qualité globale des services de santé.** Si l'on prend la clientèle maghrébine, elle obère cette qualité pour le patient tunisien car il s'agit d'une clientèle de masse, peu exigeante et globalement d'un niveau culturel moindre que celui du patient tunisien moyen fréquentant les cliniques privées⁽¹⁴⁾. Concernant la (petite) clientèle européenne, elle a été également destructive d'une évolution positive du système de santé tunisien car elle se focalise sur des branches minimales d'activités. Elle tend de ce fait à scinder la qualité en deux catégories : bonne pour les

⁽¹⁴⁾ En consultations externes ou pour y effectuer des actes.

services de confort, et correcte – dans le sens d’habituelle - pour les autres. Elle n’a pas contribué à promouvoir la qualité totale ou globale des services de santé privés. **Comme les services de tourisme, les services de santé s’adapteront au visage du « client »**. Pis encore : le lien sera fait entre l’origine du malade et son mode de paiement, entre les perspectives de lucre qu’il laisse ou non entrevoir, puisque le consommateur de soins européens s’inscrit dans un circuit, ou disons-le même s’il nous déplaît d’utiliser ces expressions pour la santé, pour un « package », pour du « all inclusive ».

II. DES PERSPECTIVES ETRIQUEES

Comme toute activité qui s’insère dans un circuit économique, en termes d’offres et de demandes et désormais de qualité des prestations, la santé offerte aux non résidents en tant que sous-secteur, est difficile à évaluer et à apprécier. Des limites viennent heurter les ambitions démesurées du discours politique et des déviations menacent à tout moment.

1°) Des limites nombreuses

Face au lyrisme, le réalisme s’impose : la première limite à l’exportation des services de santé concerne le produit lui-même, la santé, dont il ne faut pas surestimer les avantages globaux. D’abord, il ne faut pas surestimer la part des exportations des services de santé dans les budgets nationaux : l’OCDE révèle ainsi qu’elles ne composent en moyenne que 0,4% des dépenses de santé de ses pays membres, ce qui est tout de même fort limité. **Même le nombre de patients véritables, exclusion faite des touristes de santé (« wellness ») se chiffrent en Tunisie par dizaines et non par centaines**⁽¹⁵⁾. Géographiquement, les consommateurs proviennent d’un espace géographique limité, ce qui amène incidemment la question de savoir si le fameux principe de voisinage aurait trouvé ici un terrain d’élection. La dimension régionale, couplée à la dimension culturelle est caractéristique de ces exportations, ce qui constitue, en soi, une limite supplémentaire à leur développement.

⁽¹⁵⁾ Leur nombre varierait entre 200 et 400/an. L’Institut national de la statistique dégageait en 2000 une valeur ajoutée aux services de santé de 904 MD, ce qui lui conférait un pourcentage dans le PIB de 3,4%. A titre de comparaison pour l’hôtellerie restauration la valeur ajoutée était de 1731MD et le pourcentage dans le PIB de 6,5%.

Il semblerait bien que le fait que le marché de la santé constitue un marché particulier, totalement atypique, au sein duquel les relations sont fondées sur une réputation et une confiance, joue un rôle fondamental. C'est d'ailleurs cette confiance relationnelle couplée à l'asymétrie d'informations qui marque la spécificité de la relation médecin-malade. On ne peut lui appliquer cyniquement les mêmes paramètres d'évolution qu'aux autres marchés d'exportation.

Il s'agit d'autre part d'un marché aux perspectives d'ouverture sur le système de santé lui-même assez limitées. Le marché couvert par les services de santé exportés par la Tunisie est très limité : **il ne couvre que certains segments de l'activité médicale**⁽¹⁶⁾. La question essentielle étant de savoir si les exportations des services de santé, telles que nous les avons identifiées, génèrent des résultats positifs pour l'économie, l'emploi, les devises et, encore plus globalement, pour les performances du système lui-même. Il semble bien que le réalisme révèle un constat fort mitigé des faibles performances induites par ces exportations puisque générant en fait bien peu d'emplois, et demeurant destinées à des ressortissants provenant d'une aire géographique bien déterminée. Malgré la course à l'accaparement de nouveaux marchés, les cliniques privées ne semblent pas encore se sentir obligées de se mettre à niveau, ce qui ne pourrait qu'être profitable aux patients tunisiens utilisant les spécialités les plus recherchées.

Reste le constat : si l'on veut réellement accroître les exportations des services de santé, afin de concrétiser un modèle de santé concurrentielle, il faut obligatoirement des systèmes de sécurité sociale portables, c'est-à-dire qui acceptent de rembourser des prestations consommées hors du territoire national et même hors de l'Union européenne. A ce propos, la tentative mort née de l'association britannique « Operations Abroad » de faire de la Tunisie une de ses destinations de santé est sans doute une excellente chose⁽¹⁷⁾. Nous rejoignons donc la

⁽¹⁶⁾ Nous les avons citées : la chirurgie esthétique, la chirurgie ophtalmique essentiellement. Accessoirement, la chirurgie cardio-vasculaire et les soins dentaires.

⁽¹⁷⁾ Nous lisons sur le site Web de « Operations Abroad » : « Operations Abroad is a specialist company with dedicated staff that are trained and experienced in all areas of medical care abroad. We will ensure that all aspects of the trip are catered for down to the last detail including travel insurance and travel arrangements for yourself, family and friends. After all we wish to ensure your

logique de libéralisation globale : la libéralisation des services de santé ne peut que s'inscrire dans une logique de libéralisation des relations commerciales. Ce qui conforte bien l'idée que ces exportations de services se situent dans le cadre des accords AGCS de l'OMC.

2°) Des déviations risquées

L'objectivité est de rigueur. L'examen des statistiques de la balance des paiements du Fonds Monétaire International révèle que les « services de santé » y figurent dans la sous-catégorie du poste « voyages ». **Le lien entre la santé, bien lié au corps et la vie, et les voyages⁽¹⁸⁾, liés aux loisirs et aux voyages est donc institutionnel. Cela ne l'empêche pas d'être choquant.** La liaison santé-tourisme est ainsi établie. Pays attractif, la Tunisie se révèle désormais comme une destination de tourisme médical, à l'image des bains d'Asklepios ou de Bath dans le passé. Profitant des services de base, dont les liaisons aériennes et d'une réputation établie (sécurité, stabilité), elle voudrait semble-t-il diversifier ses produits destinés aux non résidents.

Pourtant, les déviations réelles ou virtuelles sont à relever ou à craindre. D'abord pour l'importateur : il y a le risque de creuser l'écart de consommation des soins entre catégories de malades (ceux qui peuvent payer des soins à l'étranger et ceux qui ne le peuvent pas) ; ensuite pour l'exportateur, il y a le risque de voir se créer une catégorie particulière de services de santé, réservés aux non résidents, tournés vers l'efficacité mais aussi vers la rentabilité et la compression de toutes sortes de coûts ; enfin, d'une manière générale, on aboutit certes à un élargissement du marché mondial- ou au moins régional – vers un système concurrentiel inégalitaire. Le dualisme médical étant, à terme, le premier risque engendré par ces exportations.

Ce lien de l'activité médicale et sanitaire avec les services de tourisme et de transport, pour choquant qu'il soit demeure cependant préférable à leur déconnexion les uns des autres. La circulation en nombre de patients du nord vers le sud, si elle se déconnecte de l'activité touristique et surtout si elle s'intensifie pour la chirurgie et les greffes, risque

operation is carried out with the minimum fuss and the maximum care and efficiency ".www.operations-abroad.com/introduction.php

⁽¹⁸⁾ Ou encore aux transports.

d'avantage encore de contourner les règles éthiques. On irait alors vers une sorte de marché international de la santé où le « moins-disant » éthique remporterait la plupart des offres. Les cliniques et les praticiens baisseraient leurs tarifs, le nombre de patients avec leur masse de consommations augmenteraient exponentiellement. Ceci ne pourrait qu'entraîner une diminution de la qualité des prestations offertes et une multiplication des « packages » offerts, exactement comme en matière touristique. On finirait alors par se poser une question fondamentale : l'amélioration d'un service de santé doit-elle être générale, pour les nationaux principalement (but social) ou pour limitée à certaines catégories de patients (but économique), creusant ainsi l'égalité catégorielle ? Le sens même de services de santé va se trouver modifié si cette dérive persiste, puisqu'il y aura dichotomie totale entre les prestations publiques et les prestations privées de santé.

Dans la même ligne d'idées, il ne faut pas non plus se leurrer et penser que ces nouveaux produits de santé offerts se substituent aux soins offerts aux nationaux : il s'agit tout simplement d'une entrée de devises supplémentaires. Le système n'est pas intrinsèquement plus performant.

CONCLUSION

En prenant acte de cette fluidité nouvelle des frontières, il faut s'efforcer de garder présent à l'esprit une certaine rigidité des normes gouvernant le secteur de la santé dans son ensemble, qu'il s'agisse de règles de droit ou de principes éthiques. Le secteur de la santé, même happé dans la mouvance libérale actuelle, ne saurait être submergé par les considérations mercantiles. L'intensivité de la confiance réglant les rapports entre ses protagonistes semble devoir beaucoup à la fois à la rassurante présence de l'Etat et à une rigoureuse éthique des professionnels de santé. La perméabilité des frontières ne saurait se passer d'une harmonie des rapports entre les protagonistes du système de santé.

OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES

EN CHIRURGIE ESTHETIQUE

Nejib CHAABOUNI

Médecin spécialiste en néphrologie. Membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie.

Depuis des siècles, l'homme cherche à percer le secret de l'éternelle jeunesse, par une simple baignade dans la Fontaine de Jouvence, par les cosmétiques, par la chirurgie esthétique en attendant peut-être le décodage du gène responsable de son processus de vieillissement.

Ce rêve de paraître et/ou de rester jeune, cette obsession de vouloir à tout prix échapper à notre inéluctable destin a fait développer en marge de la chirurgie plastique réparatrice une activité de convenance à visée purement esthétique.

La chirurgie esthétique a pour finalité explicite la modification de l'apparence corporelle d'une personne, sans visée thérapeutique ou reconstructrice. S'inscrivent d'ailleurs dans cette même logique les pratiques dites de « médecine esthétique », telles que l'utilisation de la toxine botulique ou l'injection de matériaux résorbables ou d'autres substances, notamment pour le comblement des rides.

La médecine est l'art de conserver la santé et éventuellement de guérir la maladie. Cette notion a traversé les siècles depuis Hammurabi (1728 av. J-C.), Hippocrate (460 av. J-C.), Avicenne (980-1030).

Plus récemment est introduit le concept de contrat de soin qui encadre la relation médecin-malade. Le contrat de soin est un accord de volontés entre le médecin et son patient

Le contrat de soin qui est le plus souvent oral et tacite fait constamment naître des obligations réciproques entre les parties (médecin-malade).

L'une des conditions de validité du contrat de soin est la légitimité thérapeutique (partant du principe de l'indisponibilité et l'intangibilité du corps humain). Le consentement du malade ne suffit pas à légitimer toutes les actions sur le corps humain.

De ce point de vue et de prime abord, la pratique de la chirurgie esthétique paraît anti-déontologique puisque légitimité thérapeutique fait défaut.

Par ailleurs, dans le préambule de la constitution de l'OMS, la santé est définie "comme un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."

Les soins médicaux ne se limitent pas à la prévention et au traitement, le médecin est incité à contribuer au bien être physique, mental et social du patient en le faisant bénéficier, entre autre, de la contraception, de l'IVG, de l'AMP et pourquoi pas des soins à visée esthétiques ?

En tout, cas et même si les patients consultent avant tout par désir et non pour de réels problèmes de santé, l'exercice de la chirurgie esthétique demeure un **exercice médical** soumis à des obligations déontologiques et ceci afin d'assurer aux usagers la compétence des chirurgiens et la sécurité sanitaire nécessaire pour toute intervention chirurgicale.

L'Ordre des Médecins est chargé de par la Loi n°91-21 du 13 mars 1991 à veiller l'observance de ces obligations déontologiques ainsi qu'au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession.

L'Ordre s'acquitte de cette mission en contrôlant l'exercice de la profession à trois niveaux:

- au moment de l'admission des membres par la vérification de l'authenticité des diplômes et des qualifications
- l'organisation de la profession et l'encadrant de la pratique (entre autres tenue d'un tableau de l'ordre)
- par l'exercice du pouvoir disciplinaire. Les infractions au code de déontologie relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

LES PRINCIPALES OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES SONT :

1/ L'obligation de compétence :

La compétence médicale est la première exigence de la morale professionnelle.

L'une des conditions de l'exercice de la médecine, en Tunisie, est l'inscription au Tableau de l'Ordre, ce qui implique vérification de l'authenticité des diplômes et des qualifications

La déontologie exige du médecin :

- Qu'il donne des soins "conformes aux données acquises de la science" ; et qu'il doit être au courant des progrès de la médecine.
- Qu'il participe à la formation médicale continue.

2/ L'obligation d'information :

Le chirurgien doit donner au patient une information préalable :

Complète : il doit décrire l'intervention projetée ainsi que le suivi post opératoire.

Loyale : il doit décrire ses risques de l'intervention projetée, **même les plus exceptionnels, y compris et surtout le risque d'échec.**

Intelligible : il doit fournir un effort pédagogique pour «convertir la connaissance scientifique et technique complexe», en cette information simple et compréhensible.

L'information doit porter également sur le coût de l'intervention et des soins post opératoires.

En France la loi oblige le chirurgien esthétique de délivrer un devis écrit des soins proposés et d'observer un délai de réflexion du patient de quinze jour minimum entre la signature du devis détaillé et l'intervention chirurgicale.

Une information de qualité est la condition indispensable au consentement éclairé du patient.

Il ne s'agit pas d'arracher le consentement du patient en le faisant signer un formulaire pour éviter les plaintes et les tracasseries judiciaires

3/ L'obligation de moyens « renforcée »:

Dans tout exercice médical, le médecin est tenu de dispenser des soins : consciencieux, attentifs, conforme aux données acquises de la science, avec mise en œuvre de tous les moyens humains et techniques nécessaires et disponibles, réserve faite de circonstances exceptionnelles.

Le médecin ne peut pas, et ne doit pas, garantir directement ou indirectement la guérison. Il n'y a pas d'obligation de résultat, mais l'exigence du respect des règles préventives, diagnostiques et thérapeutiques validées et communément admises.

Sachant que l'intervention de chirurgie esthétique ne correspond ni à une urgence vitale, ni même à une nécessité thérapeutique, la déontologie est particulièrement exigeante sur les moyens utilisés. Elle soumet le médecin à une obligation de moyens qui est renforcée.

S'il est concevable que l'aléa puisse affecter tout acte de soins (y compris en chirurgie esthétique), il est impardonnable qu'une imprudence puisse être l'occasion de subir un dommage nouveau, sans rapport avec l'affection initiale. C'est la raison pour laquelle l'obligation de moyens est assortie soins sécurité.

Cette protection est d'autant plus attendue que les risques encourus, éventuellement, par la personne concernée ne sont pas toujours la contrepartie d'un geste nécessaire à sa santé.

4/L'obligation d'indépendance :

L'indépendance professionnelle est acquise quand chacun des actes (soulager, guérir, prévenir) sont déterminés seulement par le jugement de la conscience du médecin et en références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade.

L'indépendance professionnelle du médecin avec le respect du secret professionnel fondent la confiance du patient.

- Vis-à-vis de ses propres intérêts : Aucun avantage personnel ne doit déterminer la décision d'un acte opératoire.
- Vis-à-vis de son patient : La médiatisation de la chirurgie a introduit dans le langage populaire une série de mots, autrefois réservés au corps médical : résection mammaire, liposuction, lifting, injections de collagène.

Ainsi le patient pose lui même son diagnostic et réclame la thérapeutique indépendamment du bénéfice/risque.

Accepter de satisfaire toute demande d'un individu ou d'un patient, c'est le transformer en client, favoriser la relation vénale

et tromper par avance la confiance sur laquelle il doit pouvoir compter lorsqu'il sera malade

Il faut savoir refuser d'opérer si le patient attend des résultats inaccessibles ou s'il s'expose à des risques démesurés.

- Vis-à-vis des réseaux de recrutement de « clients » : Une nouvelle génération d'agences de voyages combine tourisme et chirurgie esthétique.
La communication se passe le plus souvent via internet.
La prise en charge pré opératoire se limite une consultation virtuelle.
L'interposition de l'agence entre le médecin et le patient expose à une violation du secret professionnel.
Le suivi post opératoire est abrégé voire absent.
- Vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique qui cherche la fidélisation des prescriptions

5/L'interdiction de tous procédés directs ou indirects de publicité :

La chirurgie esthétique ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

La santé n'est pas un bien marchand. L'acte médical ne peut pas être considéré comme une denrée, une marchandise échangée pour une contrepartie financière. Le médecin ne "vend" pas des soins, ou des certificats. La médecine est un service.

Le "contrat de soins" qui est à la base de la responsabilité médicale n'est pas une convention commerciale, ni un marché. C'est un contrat tacite, où ce qu'apporte l'un n'est pas l'équivalent de ce qu'apporte l'autre. Le médecin s'engage à donner les soins adéquats qui ne sont pas définis par avance et qui diffèrent selon les circonstances.

Par ailleurs, les rapports du médecin avec les médias (licites en soi) risquent de se transformer en audience publicitaire: se présenter au public et faire la publicité pour les structures dans lesquelles il exerce (cabinet, centre médical) et /ou présenter ce qu'il sait faire ; ses exploits et prodiguer des promesses irréalistes qui usent de la crédulité des patients.

Informé le public ne signifie pas racoler et susciter la demande ; ainsi sont interdites toutes manifestations

radiophoniques ou télévisées dont le but n'est pas purement scientifique ou en faveur d'une cause d'intérêt général. De même, la distribution de plaquettes ou de cartes de visite dans les salons de coiffure ou chez les esthéticiennes est parfaitement condamnable.

Une demande de chirurgie esthétique ne doit pas être suscitée la publicité.

EN CONCLUSION

On assiste à un développement prodigieux de la chirurgie esthétique capable aujourd'hui de soigner par le scalpe, des troubles liés à l'image de soi en apportant des corrections et, parfois, en créant un modèle selon ses propres désirs et fantasmes.

Ce développement ne doit pas faire oublier que la chirurgie esthétique appartient à une profession médicale organisée par des règles déontologiques strictes.

Ce développement ne doit pas faire tolérer dans sa pratique les lois de l'économie de marché ni le marketing du corps.

Quand à l'exportation des soins de chirurgie esthétiques, nos prestations doivent être attirantes par la compétence des médecins, la qualité du plateau technique, éventuellement par les honoraires avantageux mais surtout pas par les entorses à la déontologie notamment en matière de prise en charge pré et post opératoire.

LA RESPONSABILITE JURIDIQUE DU CHIRURGIEN ESTHETIQUE

Majed ZEMNI et Tasnim MASMOUDI
*Service de médecine légale -Hôpital universitaire
Farhat Hached 4000 Sousse - Tunisie.*

1. INTRODUCTION

La chirurgie esthétique est une chirurgie qui modifie les formes naturelles du visage et du corps dans un but d'embellissement ou de conservation. Elle ne répond donc pas à une finalité thérapeutique mais plutôt à un désir du patient. La demande du patient n'étant pas liée à une pathologie, cela a fait peser initialement les doutes de la doctrine sur la licéité de cette chirurgie. En effet, il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne et après avoir obtenu préalablement le consentement du patient.

Un autre point de vue doctrinal s'est cependant imposé, qui justifie la chirurgie esthétique, en considérant le fait que le service rendu serait bien un acte médical puisqu'il soulage le patient d'un complexe, d'une gêne parfois insupportable. En cas de réussite, il est constaté une amélioration telle que l'on peut parler de « psychothérapie chirurgicale ». Ce point de vue rejoint la définition de la santé par l'OMS : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

2. FONDEMENTS DE LA RESPONSABILITE CHIRURGICALE EN TUNISIE

La chirurgie esthétique est une spécialité à haut risque médico-légal dont le contentieux est aisément déclenché suite à la survenue d'une complication ou du fait de l'insuffisance du résultat.

En droit tunisien, la responsabilité chirurgicale est fondée sur **la faute** qu'elle soit prouvée ou présumée. La faute médicale peut être définie comme un manquement au devoir de donner des

soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, on parle d'obligation de moyens. La faute médicale s'apprécie « in abstracto » par rapport au comportement optimal qu'aurait eu un professionnel compétent, consciencieux et averti, dans les mêmes circonstances.

3. OBLIGATIONS DU CHIRURGIEN ESTHÉTIQUE

a. Obligation de résultats

Compte tenu de l'objet du contrat qui est le réconfort esthétique, une obligation de résultats pourrait être réclamée au chirurgien, et cela d'autant plus que l'information diffusée par les mass média auprès du grand public ainsi que certains procédés publicitaires, peuvent conforter cette idée en présentant de façon exagérée les réussites de cette chirurgie. Rappelons que lorsque le chirurgien est tenu à une obligation de résultat, sa responsabilité est engagée de façon systématique par le simple fait de ne pas atteindre le résultat promis.

Toutefois il apparaît déraisonnable de faire peser à la charge du chirurgien esthétique une obligation de résultats, en effet tant qu'un acte médical comporte des aléas, il ne peut y avoir d'obligation de résultats. Le chirurgien opère sur des tissus vivants dont les réactions ne sont jamais prévisibles.

Il est conseillé au chirurgien esthétique de ne jamais promettre un résultat « parfait » et de ne pas oublier d'indiquer l'existence d'incertitudes.

b. Obligation de moyens renforcée

L'obligation de moyens reste la règle en matière de chirurgie esthétique, compte tenu de l'aléa de ces interventions, mais cette obligation est interprétée de façon stricte dans la mesure où la finalité de l'intervention n'est pas thérapeutique.

Lorsque l'acte fait courir des risques au patient alors que l'intérêt thérapeutique escompté est minime voire absent (ce qui est le cas des actes à visée esthétique), le rapport bénéfice/risque diminue ou s'inverse et l'obligation d'information s'accroît.

Le patient doit être informé préalablement de tous les risques encourus, mêmes exceptionnels, ainsi que les incertitudes. Et le médecin doit s'assurer que cette information a bien été

comprise, au besoin en la réitérant. Il est fortement conseillé de résumer cette information sur un support écrit et de donner au patient un délai de réflexion raisonnable.

Outre l'obligation d'information renforcée, il en résulte pour le médecin l'obligation de respecter le principe de proportionnalité qui doit le conduire à refuser d'opérer quand il y a une disproportion manifeste entre les risques encourus et les résultats aléatoires envisagés.

La notion juridique de proportionnalité est non sans rappeler le principe hippocratique de « Primum no nocere ». Plus la disgrâce à traiter est minime, plus le contrat est dangereux car le risque de l'aggravation est grand et donc plus les mesures de sécurité doivent être importantes.

c. Obligation de sécurité de résultats

Dans le cadre d'une obligation de sécurité de résultats, le chirurgien ne doit occasionner aucun dommage au patient du fait de la technique chirurgicale utilisée, sa responsabilité est retenue même en l'absence d'une maladresse dans le geste chirurgical. La responsabilité ne peut être dérogée qu'en prouvant le cas de force majeure ou la faute du patient lui-même.

Il s'agit d'un artifice juridique prôné par les tribunaux français afin d'indemniser les victimes d'accidents médicaux en l'absence de faute médicale évidente.

4. PROBLEMES DEONTOLOGIQUES ET ETHIQUES

a. Les implants

Le chirurgien esthétique a l'obligation de respecter les normes de sécurité sanitaire (risque nosocomial) et de matériovigilance (traçabilité des produits) en se référant aux normes européennes ou nord-américaines en l'absence de normes locales. Il a l'obligation de vérifier la qualité de l'implant, de s'assurer de son innocuité et d'informer le patient des éventuelles complications prévisibles.

b. La publicité

La publicité pour le médecin n'est autorisée que lors de l'installation ou de changement du cabinet médical. Les informations pouvant être mentionnées sont bien précises (spécialité, adresse, etc.).

Le chirurgien esthétique doit éviter les interventions trop fréquentes dans les médias ou d'étaler ces « exploits chirurgicaux » sur les journaux ou dans les émissions télévisées.

Les sites internet (blogs des médecins, sites des établissements sanitaires, etc.) doivent également respecter les règles déontologiques relatives à l'interdiction de toute publicité relative à une nouvelle technique ou une méthode thérapeutique.

c. Tourisme médical

Opérer des patients étrangers pose les problèmes suivants : suivi ultérieur du patient après son retour à son pays et la survenue d'une complication en dehors de tout contrôle médical.

Le chirurgien doit fournir au patient un compte rendu opératoire complet et prévoir un médecin correspondant pour dépister et traiter une éventuelle complication.

En matière de tourisme médical, la formule souvent proposée est celle d'un séjour touristique associée à la chirurgie esthétique. Il s'agit d'un mélange des genres entre médecine et commerce. Rappelons que la médecine ne doit pas être exercée comme un commerce, de plus le fait que la clientèle est amenée par une agence de voyage pose le problème de réalisation d'un délit de racolage.

d. Sécurité sociale

Les actes de chirurgie esthétique sont considérés comme une chirurgie de confort, non remboursés par la caisse nationale d'assurances maladie. Le chirurgien ne doit pas tenter de faire passer un acte esthétique pour de la chirurgie conventionnelle (correction d'une disgrâce du nez pour une rhinoplastie suite à un traumatisme), il risque alors des poursuites judiciaires pour escroquerie et risque des sanctions disciplinaires pour fraude à la CNAM.

5. CONCLUSION

L'obligation du chirurgien esthétique est toujours une obligation de moyens, mais elle est évaluée de façon plus sévère par les juges. Le chirurgien esthétique doit redoubler de prudence et de diligence, il doit notamment fournir une information exhaustive au patient sur les risques encourus. Il ne doit pas hésiter à refuser des demandes non fondées.

Bibliographie

1. J. Saboye

Données acquises, données actuelles de la science. Quelles implications en droit médical et en chirurgie esthétique en particulier ?
Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, Volume 53, Issue 4, 2008, Pages 358-360.

2. Fogli

La chirurgie esthétique face au droit.
Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 52, (2007),234-23.

3. J.L. Roffé, A. Porte, G. Flageul, G. Lacoeyllhe

La gestion juridique des complications en chirurgie esthétique.
Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, Volume 49, Issue 6, 2004, Pages 637-643.

4. F. Branchet

La Chirurgie esthétique, la responsabilité.
Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, Volume 48, Issue 5, 2003, Pages 313-314.

SYNTHESE DES TRAVAUX

M. BOULAKBECHE et M.S. BEN AMMAR
Membres du Comité National d'Éthique Médicale

Pour sa 12^{ème} conférence le CNEM a choisi pour thème « La Chirurgie Esthétique » Aspects médicaux, éthiques et juridiques.

Dans sa déclaration introductive le **Pr Jalloul DAGHFOUS** président du comité a donné les raisons de ce choix. : L'époque que nous vivons a façonné une personne nouvelle revendiquant sa libre détermination par rapport à son corps, à sa santé et à ses choix de vie.

A cette personne nouvelle, l'exercice médical a dû s'adapter. Un nouveau type de pratiques qui méritent analyse.

La chirurgie esthétique en est l'exemple le plus évident, le plus séduisant mais celui qui suscite des questionnements éthiques essentiellement de 3 ordres :

- Ceux relatifs à la personne et sa demande ;
- Ceux relatifs au praticien et sa réponse ;
- Ceux relatifs à la relation praticien-personne.

Monsieur Mondher ZENAIDI - Ministre de la santé a mis en valeur l'attachement de la Tunisie au respect des règles fondamentales de l'éthique, tout en souhaitant le développement de cette chirurgie. Il a insisté sur le fait que ces pratiques devaient rester entre les mains des médecins compétents. Il a rappelé que la pondération du bénéfice risque et l'information du malade sont essentielles dans ce domaine.

La personne et sa demande :

Pour Pascal « l'Homme ne peut concevoir ce qu'est le corps, ni ce qu'est l'esprit, et encore moins la relation entre le corps et l'esprit ».

Pour parler des ressorts de la demande de soins, les trois premiers conférenciers ont essayé de nous persuadé du contraire.

Le **Pr Jaleddine SAID** nous a invité à une façon nouvelle d'appréhender la notion du corps en distinguant le corps

objectif, le corps objet perçu par l'autre du corps subjectifs, reflet du « surmoi ». Il nous a éclairé sur le corps comme élément d'une société, reflet de sa mémoire, de ses pratiques, et des idéologies en vogue. Pour le Pr J. SAID le corps devient un produit consommable, centre de réseaux sociaux, symbole publicitaire. Le changer c'est aussi une façon de vivre un plaisir nouveau (un vertige intime), c'est se dépasser et développer une vie intérieure...

Le **Pr Dorra BEN ALAYA** a exploré l'affectivité et la représentation du corps, son objectivation dans le regard d'autrui. Le corps est un objet de sensibilisation. Au « prémoi » corporel du nouveau né succédera le « moi » de l'adulte. Le « prémoi » corporel est un prémisses du concept de soi. Le corps est une frontière et un lien avec l'extérieur.

Il a toujours existé de tous temps un idéal esthétique. Ce qui est nouveau, c'est la capacité (le pouvoir, l'obligation) de contrôler cette apparence dans les détails. La chirurgie esthétique qui existe depuis des millénaires était faite de pratiques rituelles, ou à tous les membres d'un groupe on pratiquait telle tatouage, ou tel autre intervention qui faisait qu'on pouvait savoir que l'individu était membre d'une tribu ou d'un groupe. Aujourd'hui la demande de chirurgie esthétique, tout en offrant la possibilité de se fondre dans les normes, offre en même temps à l'individu la possibilité de se distinguer du groupe.

Le **Pr Ryadh BEN REJEB** analyse la psychologie qui peut être une psychopathologie du demandeur de chirurgie esthétique.

Il évoque les conditions psychologiques et les concepts psychanalytiques qui peuvent générer la demande et aborde ce que nous pouvons considérer comme avertissement et un premier jalon essentiel dans notre réflexion éthique : La personne qui s'adresse au praticien a une « attente ». Ce dernier doit en comprendre les soubassements et les évoluer ; il doit décider de l'opportunité d'une réponse et préjuger de ses effets. La réponse ne doit être ni automatique, ni rapide, il y a des indications et des contre-indications à la chirurgie esthétique et, dans tous les cas la collaboration praticien, psychologue est à préconiser.

La réponse médicale :

La conférence a pu avoir une sorte d'état des lieux des prestations médicales dans les domaines de la chirurgie restauratrice et esthétique et de la dermatologie esthétique.

Le **Pr Moncef ZITOUNA** a fait un rappel historique datant les véritables débuts de cette chirurgie de la 1^{ere} guerre mondiale et distinguant pour les 40 dernières années trois périodes : de reconnaissance, d'affirmation et d'engagement public.

Après avoir marqué le distinguo à faire entre les actes de chirurgie réparatrice et de chirurgie esthétique.

Le **Pr Abdelaziz NEFZI** a, à travers les différentes interventions et les différentes techniques qu'il a citées, donné la très large mesure des ressources de la chirurgie en matière de correction ou de modifications des aspects corporels.

Le **Pr Ridha KAMOUN** a traité de la dermato-cosmétologie et de l'importance chaque jour plus grande qu'elle prend dans la spécialité dermatologique. Il a évoqué les techniques en constant progrès qu'elle met en œuvre mais aussi les questions que ses risques, ses aspects financiers, et la multiplicité de ceux qui font son économie peuvent poser.

Le **Dr Samia AOUN – KANOUN** a envisagé les risques de la chirurgie esthétique : Ce sont les risques de complications per et post-opératoires inhérents à toute chirurgie sauf qu'il ne s'agit pas d'actes indispensables et les risques d'insatisfaction qui sont encore plus spécifiques. Elle a souligné une évolution de la relation praticien-patient où la logique de responsabilité se substitue à la logique de soins et d'où les complications de quelque type qu'elles soient et si anodines qu'on puisse penser s'expriment en termes médico-judiciaires. Elle propose en réponse une éthique du dialogue, de l'information du patient et du consentement éclairé.

La relation praticien – patient

La 3^{ème} séance de la conférence annuelle du CNEM a été consacrée aux aspects juridiques et déontologiques.

Le **Dr Noureddine CHARNI** pose la question des textes qui régissent les obligations des médecins d'une part et des droits du patient d'autre part.

Il constate que sur le plan législatif et réglementaire notre pays fixe des principes généraux mais ne précise pas des aspects dont il serait indiqué qu'ils le soient citant à cet effet et par référence à la législation française :

- le bénéfice risque
- le devoir d'information du patient

- le délai de réflexion pré décisionnel
- Le consentement éclairé.

Il exprime le souhait que soit définitivement formulée la qualification à la chirurgie esthétique et que des dispositions soient prises pour que cette activité médicale ne soit jamais assimilée à une activité commerciale.

Ces recommandations ont été reprises par le **Dr Nejib CHAABOUNI** au nom du conseil national de l'ordre des médecins.

Le conseiller ordinal a rappelé par ailleurs l'obligation d'indépendance du praticien en tant qu'élément essentiel de la confiance du malade et introduit une notion spécifique : le « contrat de moyens renforcés » : ce n'est plus le simple contrat de moyens, argument de bien de plaidoiries et ce n'est pas encore le contrat de résultat qui conviendrait à bien des réquisitoires. C'est des règles préventives, diagnostiques et thérapeutiques validées et communément admises.

Les **Prs Majed ZEMNI** et **Tasnim MASMOUDI** examinent le problème sur le plan juridique : Il font apparaître dans une formule éloquente la chirurgie esthétique comme une spécialité à haut risque médico-légal.

Ils décrivent l'évolution vers une exigence de résultats avec des prescriptions sévères en matière d'information du patient et la définition du droit français d'une « obligation de sécurité de résultat ».

Cette obligation a été opposée dans les affaires où, ni le cas de force majeure ni la faute du patient n'ont été retenus.

Les aspects réglementaires et déontologiques, le principe de responsabilité, la référence au droit comparé prennent un sens particulier si on les rapporte à ce qui est présenté comme l'expression de l'excellence de nos compétences médicales notamment dans le domaine de la chirurgie esthétique : Les prestations de soins fournies à ceux qui viennent en Tunisie dans le but d'en bénéficier.

Le **Pr Amel AOUIJ MRAD** met en garde contre ce qui peut signifier une transformation de la santé en un bien marchand, regrette certaines dérives, et préconise de préserver à travers certaine disposition la médecine dans ses vertus propres. Les bénéfices économiques escomptés par le tourisme de santé ne

sont pas aussi importants qu'on pourrait le penser. Il faut les pondérer avec le risque de dérives. Parmi celles-ci se trouve l'inégalité dans l'offre de soins. Elle est contestable quand elle existe entre citoyens d'un même pays, elle deviendrait source de discrédit pour tout un système si elle existait entre les étrangers et les autochtones.

RECOMMANDATIONS

M.S. BEN AMMAR

Membre du Comité National d’Ethique Médicale

1. Définition des conditions de qualification du praticien autorisé à pratiquer ces actes.
2. Établissement et publication d’un tableau des personnes qualifiées.
3. Définition d’un bénéfice – risque (pondérer l’autonomie).
4. Un consentement franchement déclaré qui fait suite à une information renforcée: Devoir d’information exhaustive et intelligible du patient précisant les risques courants et exceptionnels.
5. Respect d’un délai pré-décisionnel entre la première consultation et l’intervention et un délai entre la consultation de l’anesthésiste et l’intervention.
6. Coopération dans certaines circonstances avec le psychologue.
7. Obligation d’un contrat écrit, qui serait une des formes de l’obligation de moyens renforcées et objectivant le consentement éclairé.
8. Il est souhaitable que l’ensemble de ces définitions soient exigibles, quelle que soit la personne qui se soumet à une intervention (tunisiens ou visiteurs).
9. Prendre des dispositions réglementaires pour proscrire toute dérive marchande et toute publicité en matière de chirurgie esthétique.