

La médecine esthétique

Rapport du
groupe de travail

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL
D'ADMINISTRATION
LE 10 JUIN 2016

Table des matières

Introduction	4
La création des centres médicaux spécialisés.....	4
Les recommandations du premier groupe de travail.....	4
Le contexte actuel.....	5
Mandat du groupe de travail.....	5
Resserrement du mandat.....	6
Méthodologie	7
Recherche documentaire et revue de la littérature.....	7
Rencontres d'intervenants et d'organismes clés.....	7
Coup de sonde sur la médecine esthétique	10
Définitions et classification des procédures	13
Définitions.....	13
Médecine esthétique.....	13
Chirurgie esthétique	13
Chirurgie plastique reconstructive.....	13
Classification des procédures.....	14
Utilisation de produits injectables	14
Utilisation d'énergie	14
Utilisation de produits topiques	14
Utilisation d'autres techniques.....	14
État de la situation	15
Signalements, plaintes et poursuites.....	15
Signalements et plaintes au sujet de non-médecins.....	15
Signalements et plaintes au sujet de médecins	16
Poursuites à la Cour du Québec – Division des petites créances.....	16
Recours civils contre des médecins.....	17
Encadrement des pratiques à l'extérieur du Québec	18
Encadrement des pratiques au Québec.....	20
Le rôle des médecins en médecine esthétique	22
Le rôle des infirmières en médecine esthétique	23
Le rôle des infirmières auxiliaires en médecine esthétique	24
La situation des dentistes	26
Le rôle des esthéticiennes	27
Autres intervenants.....	28
Enjeux, défis et recommandations	30
L'utilisation de l'ordonnance collective.....	30
La formation des médecins en médecine esthétique.....	32
Formation de base.....	32
Formation continue.....	32
Le cadre normatif	33

Les règles déontologiques	33
Les lieux d'exercice et la tenue des dossiers.....	33
Le consentement.....	34
La sécurité des soins.....	35
Autres enjeux et défis	38
L'utilisation des lasers à des fins esthétiques.....	38
La formation des esthéticiennes	39
Les activités de tatouage et de détatouage.....	39
L'utilisation du terme « médical » et de ses dérivés.....	41
Conclusion.....	42
Annexe 1 – Loi sur les services de santé et les services sociaux (extraits).....	43
Annexe 2 – Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé	47
Annexe 3 – Exemples d'utilisation du terme « médical »	50
Annexe 4 – Brûlures à la suite d'interventions esthétiques.....	51
Annexe 5 – Ordonnance collective : exemple de sollicitation inappropriée... ..	52
Annexe 6 – Liste des recommandations	53
Recommandations à l'intention du Collège des médecins du Québec.....	53
Recommandation à l'intention du ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur ...	54
Recommandation à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux	54
Recommandation à l'intention de Santé Canada	54
Le groupe de travail sur la médecine esthétique.....	55
Membres nommés par le Collège des médecins du Québec.....	55
Membres nommés par une fédération ou une association médicale.....	55
Remerciements.....	56

Introduction

De 2008 à 2010, un premier groupe de travail du Collège des médecins du Québec s'est intéressé à la médecine et à la chirurgie esthétiques. À cette époque, de nombreux cas de préjudices chirurgicaux ou de brûlures causées par l'utilisation du laser avaient été rapportés et le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes avait interpellé le Collège des médecins, demandant que des mesures soient mises en place pour mieux protéger les personnes qui ont recours à la médecine ou à la chirurgie esthétique.

La création des centres médicaux spécialisés

En trame de fond des activités de ce premier groupe de travail, il faut noter l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans la cause *Chaoulli et Zeliotis c. le Procureur général du Québec*¹ qui a entraîné une modification, en 2006, de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*² (LSSSS) afin de permettre la création de centres médicaux spécialisés (CMS) et l'adoption, en 2008, du *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*³ (voir annexe 1 et annexe 2). Ainsi, depuis 2009, il est obligatoire d'être titulaire d'un permis de CMS pour effectuer, hors établissement, tout traitement figurant au règlement. Les permis de CMS sont délivrés conditionnellement à l'agrément du centre par un organisme reconnu.

En 2011, le Collège a mis en place un programme d'inspection professionnelle spécifique pour les CMS, auquel participent également l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Ainsi, les CMS sont inspectés par une équipe multidisciplinaire, constituée notamment d'un chirurgien et d'un anesthésiologiste.

Actuellement, une cinquantaine de CMS sont titulaires d'un permis d'exploitation. Ces centres interviennent dans trois grandes sphères d'activité : les chirurgies d'un jour, les chirurgies réfractives de l'œil et les chirurgies esthétiques, incluant la liposuction.

Les recommandations du premier groupe de travail

Afin de dresser un état de la situation, le premier groupe de travail a rencontré de nombreux intervenants et a pris en compte le rapport produit en 2008 par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) sur l'utilisation des lasers et de la lumière intense pulsée à des fins esthétiques.

Au terme de ses travaux, le groupe a formulé une dizaine de recommandations à l'intention du Collège des médecins, de l'Office des professions du Québec, du ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale et du ministre de l'Éducation.

¹ *Chaoulli c. Québec*, 2005, CSC 35.

² Québec (2016). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ, chapitre S-4.2.

³ Québec (2016). *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, RLRQ, chapitre S-4.2, r. 25.

À la suite du dépôt du rapport du groupe de travail, des modifications ont été apportées au programme de formation des esthéticiennes (diplôme d'études professionnelles de niveau secondaire) afin d'y inclure 35 heures de formation sur l'utilisation du laser à des fins esthétiques. Un programme de mise à niveau a également été élaboré à l'intention des personnes déjà sur le marché du travail.

Par ailleurs, dans la foulée des travaux du premier groupe de travail, le Collège a rencontré l'Office de la protection du consommateur pour mieux comprendre le rôle de cet organisme dans la protection du public qui a recours à des services non médicaux. Il est apparu de cette rencontre que l'Office se fie à l'industrie pour s'autoréguler et que son rôle est plutôt d'encadrer les pratiques commerciales et publicitaires en vue d'assurer le respect de la *Loi sur la protection du consommateur*⁴.

Le contexte actuel

Cinq ans après la fin des travaux du premier groupe de travail, on constate des avancées significatives dans l'encadrement des activités de nature esthétique, particulièrement en ce qui a trait aux activités chirurgicales, qui doivent maintenant être effectuées dans des CMS titulaires d'un permis. La formation de certaines esthéticiennes permet également d'assurer une prestation plus sécuritaire des services d'épilation au laser.

Depuis ce premier rapport, quel bilan peut-on faire du chemin parcouru et que peut-on prévoir pour les prochaines années? Comment définir la médecine esthétique, en précisant ce qui relève de la médecine, et recommander des modalités d'encadrement de certaines activités, qu'elles soient médicales ou non? Que faire pour mieux protéger le public et que peut-on proposer pour aider les patients?

Mandat du groupe de travail

L'ensemble de ces considérations a amené le Collège des médecins à former un groupe de travail et à lui confier le mandat de :

- > répertorier les activités à risque de préjudice dans le domaine de la médecine et de la chirurgie esthétiques et préciser celles qui relèvent de l'exercice de la médecine et celles qui n'en relèvent pas;
- > prendre connaissance de la nature des plaintes reçues dans le domaine de la médecine esthétique;
- > identifier les activités dont l'encadrement est approprié et celles qui nécessitent la mise en place ou la mise à niveau d'un encadrement approprié pour mieux protéger le public;
- > proposer les formes d'encadrement requis, qu'il s'agisse d'une législation, d'une formation, de guides d'exercice, d'agrément ou d'inspection;

⁴ Québec (2016). *Loi sur la protection du consommateur*, RLRQ, chapitre P-40.1.

- > formuler toute recommandation permettant de mieux protéger le public en regard d'activités à risque de préjudice dans le domaine de la médecine et de la chirurgie esthétiques.

Resserrement du mandat

Compte tenu du travail effectué par le premier groupe de travail eu égard à la chirurgie esthétique, les membres du groupe de travail ont choisi de limiter leur réflexion et leurs activités aux procédures de la médecine esthétique.

Méthodologie

De mars 2015 à mars 2016, le groupe de travail a tenu six rencontres. Pour mener à bien ses travaux, il a effectué une revue de la littérature, en portant une attention particulière aux modalités d'encadrement des activités de médecine esthétique à l'extérieur du Québec. À chacune de ses réunions, il a rencontré des intervenants et des organismes clés; il a également sondé, de façon non scientifique, les médecins les plus directement concernés par la pratique d'activités dans le domaine des soins esthétiques.

Dans l'année pendant laquelle se sont poursuivis leurs travaux, les membres du groupe de travail ont également exercé une veille documentaire afin de repérer les éléments de l'actualité (articles de journaux généraux, publicités de cliniques ou de produits, etc.) susceptibles de contribuer à leur réflexion.

Recherche documentaire et revue de la littérature

Dans un premier temps, une recherche des études et rapports produits à l'extérieur du Québec a été faite. Une attention particulière a été apportée aux modalités d'encadrement de la médecine esthétique par les autres ordres de médecins du Canada. Cette recherche s'est effectuée au moyen du moteur de recherche Google.

La revue des décisions rendues par la Cour du Québec – Division des petites créances – du 1^{er} janvier au 1^{er} juin 2015 – a été effectuée par le biais d'une recherche sur le site Web de la Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ).

La base de données MEDLINE, par l'entremise de l'interface PubMed, a également été utilisée à des fins de recherche documentaire. La recherche a porté sur les termes *aesthetic medicine*, *Botox*, *fillers*, *tattoo removal* et *adverse effects*; elle a porté sur les écrits des cinq dernières années.

Rencontres d'intervenants et d'organismes clés

À chacune de ses rencontres, le groupe de travail a reçu des intervenants et des organismes clés susceptibles d'enrichir sa réflexion et d'apporter un regard différent sur les enjeux de la médecine esthétique. Afin d'assurer une continuité et de mesurer le chemin parcouru depuis le dépôt du premier rapport sur la médecine et la chirurgie esthétiques en 2010, le groupe de travail a soumis la même grille d'analyse aux intervenants et organismes rencontrés en 2015. Cette grille a été proposée comme outil pour guider la discussion autour des sujets préoccupant le Collège des médecins du Québec. Chaque intervenant ou organisme a été invité à les commenter en tout ou en partie, selon son champ d'activité et son domaine d'expertise particulier.

TABLEAU 1

GRILLE D'ANALYSE SOUMISE AUX INTERVENANTS ET ORGANISMES RENCONTRÉS

- > Comment définissez-vous le secteur d'activités de la médecine esthétique?
- > Qui devrait pouvoir exercer la médecine esthétique?
- > Quelle est la formation de base ou continue actuellement disponible pour exercer la médecine esthétique?
- > Quelle serait la formation de base ou continue requise si vous jugez que la formation disponible actuellement n'est pas suffisante?
- > Comment devrait-on reconnaître la compétence d'un médecin exerçant dans le domaine de la médecine esthétique?
- > Quel cadre normatif (identification des bonnes pratiques) devrait être appliqué au champ de la médecine esthétique pour en assurer la qualité et protéger le public adéquatement?
- > Y a-t-il lieu que le Collège des médecins du Québec ou d'autres instances adoptent des mesures additionnelles pour mieux protéger le public en matière de médecine esthétique? Si oui, lesquelles?
- > Y a-t-il d'autres aspects concernant la pratique de la médecine esthétique dont vous souhaiteriez discuter avec le Collège des médecins du Québec?

TABLEAU 2

INTERVENANTS ET ORGANISMES RENCONTRÉS

- > Asserpro inc. – Courtier d'assurances
 - M. Daniel Pauzé, président
- > Association canadienne de médecine esthétique
 - Dr Yves Hébert, vice-président
- > Association canadienne de protection médicale
 - Dre Lorraine LeGrand Westfall, directrice des affaires régionales
- > Association des professionnels en électrolyse et en soins esthétiques du Québec
 - Mme Sylvianne Bouchard, présidente et Mme Édith Pilote, directrice générale
- > Cliniques Épiderma
 - Dr Renaud Saint-Laurent, directeur médical
- > Comité sectoriel de la main-d'œuvre des services de soins personnels
 - Mme Carole Drolet, directrice et Mme Ginette Lafrance, responsable de la formation des esthéticiennes en photorajeunissement
- > Dermatologues exerçant principalement en médecine esthétique
 - Dr Jean-François Tremblay et Dr Alain Dansereau, porte-parole

INTERVENANTS ET ORGANISMES RENCONTRÉS (SUITE)

- > Direction des affaires juridiques du Collège des médecins du Québec
 - Me Linda Bélanger, directrice adjointe
- > Ménard, Martin avocats
 - Me Jean-Pierre Ménard, accompagné de Me Kim Ferré-Deslongchamps, Me Geneviève Pépin et M. Carl Chabot, stagiaire en droit
- > Ordre des dentistes du Québec
 - Me Caroline Daoust, secrétaire de l'Ordre, Dr Martin Gaboury, dentiste spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et Dr Jean Poirier, président de l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec
- > Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
 - Mme Caroline Roy, directrice-conseil à la Direction des affaires externes et Mme Hélène Bilodeau, conseillère inspectrice au Bureau de surveillance de l'exercice infirmier
- > Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
 - Mme Diane Levasseur, directrice du Service des relations professionnelles et Me Georges Ledoux, directeur des Services juridiques
- > Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
 - Mme Lydya Assayag, directrice
- > Santé Canada - Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs
 - Mme Mélissa Louis-Jean, inspectrice à la Sécurité des produits et des cosmétiques et M. Éric Vaillancourt, toxicologue à la Division d'évaluation des risques et de toxicologie
- > Société canadienne de chirurgie plastique et esthétique
 - Dr Éric Bensimon, secrétaire-trésorier

Coup de sonde sur la médecine esthétique

De mars à mai 2015, les experts du groupe de travail ont sondé, de manière non scientifique, les membres de leurs associations professionnelles respectives afin de documenter leur pratique en médecine esthétique et de recueillir leurs commentaires et suggestions sur certains aspects de la médecine esthétique. Cinquante-sept médecins, consacrant tous une partie de leurs activités professionnelles à la médecine esthétique, ont répondu au questionnaire; de ce nombre dix étaient des médecins de famille, les autres étaient soit des chirurgiens plastique, des dermatologues, des ophtalmologistes ou des oto-rhino-laryngologistes (ORL).

Ce sondage, bien que non scientifique, aura tout de même permis aux médecins qui le désiraient d'exprimer leur point de vue sur la formation préalable à l'exercice d'activités de médecine esthétique et sur l'encadrement de ces activités.

Certaines constantes se dégagent de l'ensemble des réponses obtenues. Ainsi, la grande majorité des médecins ayant répondu au questionnaire est d'avis que les activités de médecine esthétique devraient être réservées aux médecins, et qu'elles devraient s'exercer dans un cadre répondant aux normes établies eu égard, notamment, à la tenue du cabinet et à la tenue des dossiers.

Des divergences d'opinions semblent exister quant à la formation préalable requise, qui varie sensiblement selon que le répondant est un médecin certifié en médecine de famille ou dans une autre spécialité.

TABLEAU 3

QUESTIONNAIRE SUR LA MÉDECINE ESTHÉTIQUE

- > Où avez-vous acquis votre formation de base en médecine esthétique? Où acquérez-vous votre formation continue en médecine esthétique?
- > Quelles sont vos activités en médecine esthétique? Quel pourcentage de votre pratique est consacré à des activités de médecine esthétique?
- > Quelle serait, selon vous, la formation de base ou continue requise pour acquérir et maintenir ses compétences en médecine esthétique?
- > Comment devrait-on reconnaître la compétence d'un médecin exerçant dans le domaine de la médecine esthétique?
- > Quel cadre normatif (identification des bonnes pratiques) devrait être appliqué au champ de la médecine esthétique pour en assurer la qualité et protéger le public adéquatement?
- > Y a-t-il d'autres éléments d'information concernant la pratique de la médecine esthétique que vous souhaiteriez partager avec le Collège des médecins du Québec?

TABLEAU 4

SYNTHÈSE DES RÉPONSES REÇUES	
Préalables à une reconnaissance professionnelle	
Médecins de famille	Autres spécialistes
<ul style="list-style-type: none"> > Formation privée individuelle > Formation de base en médecine de famille + stages en dermato et en chirurgie plastique > Formation continue 	<ul style="list-style-type: none"> > Formation de base durant la résidence > Formation en spécialité + fellowship > Formation complémentaire en médecine esthétique (exemple, chirurgie de Mohs) > Preuves de formation délivrées par une association professionnelle de spécialistes > Pour les chirurgies non invasives → formation durant la résidence ou formation postrésidence pour les médecins de famille > Si non chirurgical, minimalement un <u>médecin</u> avec formation reconnue et pratique régulière > Pas de cours de week-end comme formation de base > Attestations de formation continue (crédits catégorie 1) > Formations pratiques données par des médecins reconnus et non par des compagnies pharmaceutiques
<ul style="list-style-type: none"> > Test écrit et pratique > Certification d'une association reconnue en médecine esthétique > Certification spécifique en phlébologie 	<ul style="list-style-type: none"> > Examen du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) > Certificat de spécialiste en dermato, chirurgie plastique, ORL ou ophtalmo obligatoire pour la pratique > Pour les autres médecins, un certificat qui reconnaît l'expertise dans le domaine de l'esthétique > Diplôme ou certification du Collège royal ou du CMQ reconnaissant la formation complémentaire effectuée > Certificat émis par une association de spécialistes confirmant la compétence du médecin en médecine esthétique > Certificat basé sur formation + obligation de formation continue > Affiliation à des associations de médecine esthétique + développement professionnel continu dans le champ de pratique > Certificat de l'American Board of Facial Plastic and Reconstructive Surgery ou de l'American Board of Cosmetic Surgery
<ul style="list-style-type: none"> > Comme dans tout autre domaine de la médecine : inspection professionnelle et évaluation de la qualité de l'acte 	<ul style="list-style-type: none"> > Limiter les médecins de famille à des actes précis : injectables, greffe capillaire, <i>body contouring</i>, rides et épilation au laser > Limiter les spécialistes aux activités en lien avec leur « champ naturel » > Aucune reconnaissance formelle – le concept de professionnalisme inclut la connaissance de ses limites et de ses compétences

SYNTHÈSE DES RÉPONSES REÇUES (SUITE)

Cadre normatif	
Médecins de famille	Autres spécialistes
<ul style="list-style-type: none"> > Réserver la médecine esthétique aux médecins seulement > Obligation pour le médecin d'être sur place si les actes sont effectués par une infirmière > Tous les lasers sous la supervision d'un médecin expérimenté en la matière > Interdiction aux médecins de prêter leur nom pour l'achat de produits injectables (revendus et utilisés par des infirmières) 	<ul style="list-style-type: none"> > Réserver la médecine et la chirurgie esthétiques aux médecins seulement > Segmenter les actes autorisés pour chaque spécialité > Activités en lien avec le champ de pratique du médecin > Limiter à l'utilisation de procédures efficaces selon la littérature scientifique > Préciser ce qui doit être fait par un médecin ou un non-médecin > Avoir un contrôle beaucoup plus serré pour les infirmières et les esthéticiennes qui exercent des activités relevant de la médecine esthétique (sous VRAIE supervision médicale) > Obliger une supervision médicale sur place > Ne pas déléguer les actes (injections ou traitements au laser) à des non-médecins > Restreindre les actes posés par les infirmières sans la présence d'un médecin
<ul style="list-style-type: none"> > Lieux de pratique conformes aux standards médicaux (à proscrire dans les spas, les salons de coiffure, etc.) > Les activités devraient être exercées par un médecin en cabinet et non en itinérance 	<ul style="list-style-type: none"> > La médecine esthétique = médecine → les mêmes normes devraient s'appliquer : cabinet, dossier, consentement, déontologie, publicité, etc. > Dans une clinique médicale seulement > Décourager l'itinérance médicale > Interdire aux médecins de prêter leur nom à des entreprises > Imposer l'agrément des cliniques
<ul style="list-style-type: none"> > Consentement (effets secondaires, traitements alternatifs, etc.) > Procédures et corridors de services en cas d'effets adverses ou de complications > Registre des effets secondaires à des fins d'évaluation de la qualité de l'acte 	<ul style="list-style-type: none"> > Il faudrait légiférer sur le titre, car beaucoup utilisent ces 2 titres (chirurgie/médecine esthétique) dans le but de tromper la population > Lignes directrices des associations canadiennes ou américaines > Établir des lignes directrices, des formations et un programme d'inspection professionnelle > Vigilance accrue pour dénoncer les non-médecins > Un comité d'experts devrait identifier les bonnes pratiques pour chaque secteur > Capacité à gérer les complications et les effets secondaires ou adverses – règle applicable à toutes les interventions > Révision des cas à intervalles réguliers (évaluation de la qualité)

Définitions et classification des procédures

Dans le but de circonscrire le cadre de ses travaux et d'établir sans équivoque la portée de ses recommandations, le groupe de travail a ainsi défini les notions de médecine esthétique, chirurgie esthétique et chirurgie plastique reconstructive. Pour ce faire, les membres du groupe de travail ont notamment pris connaissance des définitions du terme « médecine esthétique » proposées ou en vigueur dans d'autres provinces canadiennes, dans quelques États américains, dans certains pays européens (Belgique⁵, France⁶ et Danemark) et en Australie⁷. Certaines de ces définitions incluent une liste de procédures relevant de la médecine esthétique. Les définitions australienne et belge ont particulièrement retenu l'attention du groupe de travail.

Définitions

Médecine esthétique

Tout acte technique médical non chirurgical, réalisé à l'aide de tout instrument, substance chimique, produit injectable ou dispositif utilisant toute forme d'énergie, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur.

Chirurgie esthétique

Tout acte chirurgical, incluant la liposuccion, la liposculpture, les injections de gras, la greffe de cheveux et l'utilisation des techniques ablatives, incluant le laser, visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur.

Chirurgie plastique reconstructive

Tout acte chirurgical visant à restaurer l'intégrité physique d'une personne en corrigeant des déformations congénitales ou acquises dans un but thérapeutique ou reconstructeur.

Les chirurgies visant à corriger des malformations congénitales ou le développement anormal d'une partie du corps, des déformations découlant d'une pathologie ou des séquelles d'une pathologie, d'un traumatisme, d'une chirurgie ou d'un cancer sont des exemples de chirurgies plastiques reconstructives.

⁵ Belgique (2013). *Loi réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique*, Moniteur belge, édition du 2 juillet, p. 41511.

⁶ Cazeau, B. (2012). *Santé, beauté, une priorité : la sécurité*, Sénat français : session extraordinaire de 2011-2012, déposé le 10 juillet, p. 71 et 78. [Rapport d'information n° 653, fait au nom de la Mission commune d'information, portant sur les dispositifs médicaux implantables et les interventions à visée esthétique].

⁷ Medical Board of Australia (2012). *Consultation - Draft supplementary guidelines on cosmetic medical and surgical procedures for "Good Medical Practice: A code of conduct for doctors in Australia"*, 22 mars, p. 1.

Classification des procédures

Dans le même objectif de clarification de la portée de ses recommandations, le groupe a procédé à une classification sommaire des procédures de médecine esthétique.

Utilisation de produits injectables

Les procédures impliquant l'utilisation de produits injectables incluent, sans s'y limiter, les injections de toxine botulinique, d'agents de comblement ou d'autres substances anti-âge (incluant les injections de plasma riche en plaquettes [PRP]), les injections de produits sclérosants et les injections à des fins de détatouage.

Utilisation d'énergie

Les procédures impliquant l'utilisation d'énergie incluent, sans s'y limiter, l'utilisation des lasers, notamment à des fins d'épilation, de resurfaçage, de détatouage ou de sclérothérapie, l'utilisation d'appareils à lumière intense pulsée, notamment à des fins de rajeunissement ou de dépigmentation, ou l'utilisation de radiofréquences, notamment à des fins de rajeunissement.

Utilisation de produits topiques

Les procédures impliquant l'utilisation de produits topiques incluent, sans s'y limiter, les peelings chimiques, la dermabrasion et la microdermabrasion.

Utilisation d'autres techniques

Les procédures impliquant l'utilisation d'autres techniques incluent, sans s'y limiter, les tatouages, les piercings, les scarifications et l'implant de bijoux ou d'autres pièces métalliques.

État de la situation

Depuis la publication de *Médecine et chirurgie esthétiques : mieux protéger le public par un encadrement approprié – Rapport final du groupe de travail sur la médecine et la chirurgie esthétiques* en 2010, les activités liées à la médecine esthétique ont grandement évolué. D'une part, l'offre de services s'est élargie et les techniques utilisées en médecine esthétique sont de moins en moins invasives. D'autre part, l'intérêt du public pour des soins de médecine esthétique est de plus en plus grand et l'accès à ces soins semble se démocratiser. À titre indicatif, notons qu'aux États-Unis, de 2000 à 2014, le nombre d'injections de toxine botulinique est passé de 786 911 à 6 673 608, soit une augmentation de 748 %! Les injections d'agents de comblement ont également fait l'objet d'une demande croissante, leur nombre passant de 652 885 à 2 301 673, soit une augmentation de 253 %⁸.

Parallèlement à l'augmentation importante du nombre de procédures de médecine esthétique effectuées par les médecins, on a assisté à l'émergence de diverses pratiques dans le domaine des soins esthétiques. Mentionnons, à titre d'exemple, les cas médiatisés de détatouage chimique ayant laissé de sévères brûlures et cicatrices à de nombreuses personnes. Mentionnons également, dans un autre spectre, les procédures de médecine esthétique effectuées par des infirmières ou d'autres personnes dans des environnements ne répondant pas aux normes d'exercice établies par les ordres professionnels et ne permettant pas de réagir adéquatement aux éventuelles réactions adverses que peuvent entraîner ces procédures : salons de coiffure, spas, résidences de clients, etc.

Signalements, plaintes et poursuites

Signalements et plaintes au sujet de non-médecins

Année après année, la section « Exercice illégal de la médecine » de la Direction des enquêtes du Collège des médecins reçoit de nombreuses plaintes et demandes d'information en lien avec les soins esthétiques. Parmi les questions qui lui sont posées, la plus courante demeure celle portant sur le droit ou non d'exercer une activité. Dans le contexte où plusieurs centres de soins esthétiques se qualifient de « cliniques d'esthétique médicale » (voir annexe 3), comment le public peut-il démêler les activités réservées aux médecins de celles qui peuvent être exercées par un autre professionnel de la santé ou par une autre personne?

Pour les esthéticiennes, l'arrivée des lasers a été très bénéfique pour l'épilation. Toutefois, comme le coût de ces appareils est très élevé et dans le but de rendre ces appareils rentables, les esthéticiennes ont élargi la gamme de leurs activités pour proposer différents soins de la peau pour des problèmes qui, dans certains cas, devraient être diagnostiqués et traités par des professionnels de la santé. C'est ainsi que la Direction des enquêtes reçoit des demandes d'information afin de savoir si une esthéticienne peut « traiter », au laser ou par d'autres moyens, des conditions allant de la couperose à l'onychomycose, en passant par les varices, l'acné et la liposculpture.

⁸ American Society of Plastic Surgeons (2014). *2014 Plastic Surgery Statistics Report: ASPS National Clearinghouse of Plastic Surgery Procedural Statistics*, p. 7.

Certains appareils laser sont très puissants, entre autres les lasers de type 3B et de type 4 et les appareils à lumière intense pulsée, et les personnes qui les manipulent devraient avoir reçu une formation adéquate. Présentement, il semble que ces formations sont parfois données par les entreprises qui distribuent ces appareils. Il faut souligner que l'assureur d'un grand nombre de cliniques de soins esthétiques a été informé de réclamations à l'encontre de cliniques esthétiques basées sur des brûlures ou des lacérations importantes à la suite de soins esthétiques (voir annexe 4).

Signalements et plaintes au sujet de médecins

La Direction des enquêtes du Collège des médecins a colligé les informations relatives au traitement des demandes d'enquêtes reçues au cours des dix dernières années et portant sur des activités de médecine esthétique. Ces informations mettent en évidence les éléments suivants :

- > Le syndic et les syndics adjoints du Collège répondent à quelque 3 000 demandes par année. Selon les cas, il s'agit de signalements, de services-conseils ou d'information, d'assistance ou d'enquête. De toutes ces demandes, une vingtaine par année portent sur des activités de médecine esthétique.
- > Au cours des dix dernières années, la Direction des enquêtes a reçu 221 demandes en lien avec des activités de médecine esthétique. Parmi les sujets sur lesquels portent le plus fréquemment ces demandes, il faut souligner l'indépendance professionnelle, la publicité et la vente de produits.
- > 182 des 221 demandes reçues étaient des demandes d'enquête.
- > 147 des 182 demandes ont fait l'objet d'une enquête. Dans plus du tiers des cas, le problème était en lien avec la qualité de l'exercice.
- > Les 35 autres demandes n'ont pas conduit à une enquête du syndic. Dans la majorité des cas, les demandes n'ayant pas conduit à une enquête portaient sur une insatisfaction quant aux résultats de l'intervention esthétique.
- > Les dossiers ayant fait l'objet d'une enquête portaient en parts égales sur des interventions de nature médicale (produits injectables, laser, etc.) et des interventions de nature chirurgicale (mammoplastie, liposuccion, etc.).
- > Au cours des dix dernières années, quatre médecins ont fait l'objet d'une plainte devant le conseil de discipline en lien avec des activités de médecine esthétique. Au total, le Bureau du syndic dépose une vingtaine de plaintes par année au conseil de discipline.

Poursuites à la Cour du Québec – Division des petites créances

La revue des décisions rendues par la Cour du Québec – Division des petites créances – du 1^{er} janvier au 1^{er} juin 2015 – a été effectuée par le biais d'une recherche sur le site Web de la Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)⁹ et elle a mis en évidence les éléments suivants.

⁹ SOQUIJ. *Services aux citoyens – Trouver une décision*, [www.soquij.qc.ca].

Durant cette période, 3 561 décisions ont été rendues par la Division des petites créances. En faisant une recherche plein texte avec le mot clé « esthétique », on obtient 59 résultats, se détaillant comme suit :

- > 49 décisions portent sur des défauts ou des dommages à des biens matériels (moto, maison, etc.).
- > 4 décisions portent sur des soins dentaires; trois des quatre requêtes ont été déboutées. Dans le 4^e dossier (problème de prothèses dentaires), le requérant a obtenu 2 500 \$.
- > 3 décisions portent sur des soins médicaux -> deux plasticiens et un ORL respectivement visés par ces décisions. Dans les trois cas, les requêtes ont été déboutées. Les requêtes étaient fondées sur des résultats insatisfaisants.
- > 3 décisions portent sur d'autres types de soins : épilation (requête déboutée), massage aux pierres (trop) chaudes (requête accueillie - 2 600 \$) et cure d'amaigrissement au laser (requête accueillie - 4 600 \$). Cette dernière cause semble intéressante en ce qu'elle implique une technique non évaluée par le groupe de travail (amaigrissement au laser) et faite par des personnes non identifiées dans la requête.

Recours civils contre des médecins

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) est l'organisme qui soutient et conseille la grande majorité des médecins du Québec lorsque surviennent des problèmes médicolégaux découlant de leur exercice professionnel. Les membres de l'ACPM paient une cotisation dont le montant est déterminé selon le niveau de risque des activités qu'ils exercent. L'ACPM n'a pas de catégorie de membres « avec pratique en médecine esthétique ». Cependant, certaines spécialités sont implicitement plus à risque de faire l'objet d'une poursuite ou d'une demande de réclamation à la suite d'une intervention de nature esthétique. Ces spécialités incluent la chirurgie plastique, la dermatologie, l'ORL et chirurgie cervico-faciale, l'ophtalmologie, la chirurgie générale, et la médecine de famille (certaines catégories).

Sur la base des informations dont elle dispose sur l'ensemble des médecins du Canada, l'ACPM a procédé à une analyse des données recueillies de 2001 à 2010. Durant cette période, 3 679 dossiers ont été fermés ou conclus. De ce nombre, 5 % portaient sur des interventions médicales à visée esthétique et 16 % sur des interventions chirurgicales à visée esthétique. Le nombre de dossiers ouverts par l'ACPM au sujet d'interventions médicales à visée esthétique est donc peu élevé. On parle d'une vingtaine de dossiers par année, pour l'ensemble du Canada.

Les conditions cliniques visées incluent le traitement des rides, cicatrices et autres conditions cutanées (tumeurs bénignes), l'épilation et autres techniques capillaires et le traitement des troubles de pigmentation. Les interventions les plus fréquentes sont les traitements au laser et les injections (toxine botulinique, agents de comblement, substances sclérosantes ou autres). Les éléments évoqués par les plaignants incluent :

- > une incapacité physique (généralement temporaire) – mineure dans 65 % des cas, majeure dans 1 % des cas (non évoquée dans 32 % des dossiers);
- > une complication – pigmentation, infection, cicatrice, granulome – qui aurait pu être discutée lors du consentement;

- > un incident critique lié à la procédure (44 %), à la communication (12 %), au diagnostic (2 %), à l'aspect administratif de l'intervention [facturation] (17 %), à la médication (10 %) ou à la conduite du médecin;
- > un consentement inadéquat ou absent – pas de discussion sur les autres options de traitement, documentation inadéquate du consentement, etc.;
- > un problème de conduite – violation du secret professionnel, non-professionnalisme, publicité non conforme.

Encadrement des pratiques à l'extérieur du Québec

La revue de littérature effectuée nous apprend que de nombreuses juridictions ont réfléchi à l'encadrement de la médecine esthétique au cours des dernières années.

En France, un comité sénatorial s'est longuement intéressé à l'encadrement de la médecine esthétique et a produit, en 2012, un volumineux rapport¹⁰ contenant près d'une quarantaine de recommandations, sans toutefois entraîner un véritable encadrement législatif de ce champ d'activité.

En Belgique, la loi encadrant les qualifications requises pour l'esthétique¹¹, adoptée en 2013, définit et circonscrit les rôles des médecins spécialistes, des médecins généralistes, des dentistes et des esthéticiennes.

Dès 1991, la Belgique a reconnu un titre de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale. Seuls ces spécialistes sont habilités à réaliser l'ensemble des activités de médecine esthétique non chirurgicale. Les dermatologues peuvent réaliser l'ensemble de ces activités, en excluant toutefois les injections intra-mammaires. Certains autres médecins spécialistes sont autorisés à réaliser des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale, chacun dans les limites du cadre anatomique de sa spécialité :

- > Ophtalmologistes : région orbito-palpébrale;
- > Stomatologues : lèvres et région orale;
- > Oto-rhino-laryngologistes : pavillon des oreilles et région nasale;
- > Gynécologues-obstétriciens : glandes mammaires, région abdominale et organes génitaux féminins;
- > Urologues : organes génitaux masculins et féminins;
- > Spécialistes en chirurgie orale et maxillo-faciale : face et cou.

De leur côté, les esthéticiennes peuvent, à condition d'avoir suivi une formation spécifique sur l'utilisation des appareils, utiliser des techniques d'épilation au laser.

¹⁰ Cazeau, B. (2012). *Santé, beauté, une priorité : la sécurité*, Sénat français : session extraordinaire de 2011-2012, déposé le 10 juillet, 172 p. [Rapport d'information n° 653, fait au nom de la Mission commune d'information, portant sur les dispositifs médicaux implantables et les interventions à visée esthétique].

¹¹ Belgique (2013). *Loi réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique*, Moniteur belge, édition du 2 juillet, p. 41511.

Au Royaume-Uni, un groupe de travail mandaté par le ministère de la Santé a produit, en 2013, un rapport¹² contenant des recommandations visant principalement la qualité des soins, l'information et l'*empowerment* du public. La même année, le Royal College of Surgeons of England adoptait des normes de pratique pour les interventions esthétiques¹³ à l'intention des médecins, des dentistes et des infirmières.

En Australie, un protocole¹⁴ de l'Australasian College of Aesthetic Medicine, produit en 2005 en collaboration avec l'Australian Nurses Federation, définit les conditions d'utilisation de la toxine botulinique par les infirmières; il prévoit notamment que tout patient doit faire l'objet d'une consultation médicale préalable aux traitements, qui ne peuvent se faire que sur la base d'une ordonnance individuelle.

Aux États-Unis, l'encadrement des activités de médecine esthétique relève de chacun des États, et les pratiques varient d'un État à l'autre. Une revue des réglementations¹⁵ effectuée en 2011 montre une variation substantielle des modalités d'encadrement ainsi qu'une capacité limitée à encadrer les activités réalisées par des personnes autres que des médecins.

Plus près de nous, différents ordres de médecins ou d'infirmières canadiens ont réfléchi ou pris position sur l'encadrement des activités de médecine esthétique. En Colombie-Britannique, le comité exécutif du collège des médecins adoptait une résolution¹⁶, en octobre 2013, selon laquelle l'administration de toxine botulinique et d'agents de comblement ne relève pas de la pratique infirmière. Présentement, selon les informations disponibles sur le site Web du College of Physicians and Surgeons of British Columbia¹⁷, les injections de toxine botulinique peuvent, à certaines conditions, être administrées par une infirmière sous la supervision d'un médecin. En Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba, les procédures de médecine esthétique ne semblent pas encadrées par le collège des médecins de la province; aucune publication n'a pu être trouvée sur cette question.

En Ontario, les médecins doivent limiter leur pratique aux domaines de la médecine dans lesquels ils ont été formés et ont acquis une expérience clinique. Les médecins qui veulent exercer des activités de médecine esthétique sans avoir été spécifiquement formés dans cette discipline doivent en informer le collège des médecins et compléter un processus de changement de champ de pratique, qui comprend une évaluation de la pratique¹⁸.

¹² Government of the United Kingdom: Department of Health (2013). *Review of the Regulations of Cosmetic Interventions. Final Report*, avril, 67 p.

¹³ Royal College of Surgeons of England (2013). *Professional Standards for Cosmetic Practice*, Londres, 42 p.

¹⁴ Australasian College of Aesthetic Medicine (2005). *Protocol for the use of S4 drugs for cosmetic procedures by Nurses Practitioners*, avril, 3 p.

¹⁵ Choudry. S. et collab. (2012). «State medical board regulation of minimally invasive cosmetic procedures», *Journal of the American Academy of Dermatology*, janvier, vol. 66, n° 1, p. 86-91.

¹⁶ College of Physicians & Surgeons of British Columbia (2013). *Approved Executive Committee Regular Open Minutes, Resolution 13-752*, 25 octobre, p. 2-3.

¹⁷ College of Physicians and Surgeons of British Columbia. FAQs – Cosmetic Surgery, [<https://www.cpsbc.ca/public/faqs/cosmetic-surgery>], (consulté en février 2016).

¹⁸ College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Performing Non-Surgical Cosmetic Procedures*, 2 p., [<http://www.cpso.on.ca/policies-publications/positions-initiatives/cosmetic-procedures-improving-patient-safety/get-the-facts-what-you-should-know-about-cosmetic>], (consulté en février 2016).

Du côté des provinces maritimes, les ordres de médecins de Terre-Neuve, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard ne semblent pas avoir adopté de position sur la médecine esthétique. En Nouvelle-Écosse, le College of Physicians & Surgeons of Nova Scotia et le College of Registered Nurses of Nova Scotia ont adopté, en 2013, une position commune sur l'encadrement des activités de médecine esthétique et sur le rôle de l'infirmière dans l'administration de toxine botulinique et d'agents de comblement^{19, 20}.

Encadrement des pratiques au Québec

Depuis l'adoption, en 2002, de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (auparavant mieux connue sous le nom de « Projet de loi n° 90 »), les médecins et autres professionnels de la santé ont dû s'adapter à un nouveau paradigme d'organisation de la pratique et de partage des activités professionnelles. C'est ainsi qu'est disparue la notion de « délégation d'actes », qui permettait au médecin de confier une activité à une infirmière ou à un autre professionnel tout en en restant pleinement responsable et imputable. Cette notion de délégation a été remplacée par une notion plus large de réserve et de partage d'activités, où chaque professionnel est pleinement responsable des actes qu'il pose. Toutefois, l'exercice de certaines activités – et notamment de certaines des activités réservées aux infirmières – ne peut se faire que sur la base d'une ordonnance d'un médecin. Le tableau 5 dresse un portrait des champs d'exercice et activités réservées aux médecins, aux infirmières et aux infirmières auxiliaires.

C'est avec l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* qu'est apparue la notion d'ordonnance collective, qui est « une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à un professionnel ou à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles »²¹.

En 2009, appelé à se prononcer sur la question, le Collège des médecins statuait qu'un médecin peut rédiger une ordonnance collective afin de permettre à une infirmière d'administrer la toxine botulinique en reconnaissant que le médecin n'a pas à être présent dans les locaux où celle-ci exerce son activité professionnelle. Le Collège ajoutait qu'une infirmière auxiliaire peut aussi, sur la base d'une ordonnance individuelle, donc à la suite d'une évaluation d'un médecin qui établit un diagnostic et élabore un plan de traitement, injecter la toxine botulinique dans un but cosmétique²².

¹⁹ College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia (2013). *Professional Standard Regarding Care Directives in Aesthetic Medicine*, mars, 3 p.

²⁰ College of Registered Nurses of Nova Scotia (2013). *Position Statement – The Role of Registered Nurses in Cosmetic Procedures: BOTOX and Dermal Fillers*, 2 p.

²¹ Québec (2015). *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, RLRQ, chapitre M-9, r. 25.1.

²² Ménard, C. (2009). « Questions et réponses liées au partage des activités médicales », *Le Collège*, vol. 49, n° 3. p. 20.

TABLEAU 5

CHAMPS D'EXERCICE ET ACTIVITÉS RÉSERVÉES (EXTRAITS — EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS DE MÉDECINE ESTHÉTIQUE)

Médecins	Infirmières	Infirmières auxiliaires
Champs d'exercice		
Évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, prévenir et traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir	Évaluer l'état de santé d'une personne, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi que fournir les soins palliatifs	Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs
Activités réservées		
Diagnostiquer les maladies	Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique	
Prescrire les examens diagnostiques		
Utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice	Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance	Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance
	Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance	
Déterminer le traitement médical	Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et traitements qui s'y rattachent	
Prescrire les médicaments et les autres substances		
Prescrire les traitements		
Utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques	Appliquer des techniques invasives Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance	
	Administrarer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance	Administrarer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance

Médecins	Infirmières	Infirmières auxiliaires
Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques	Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier	Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques
	Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance	Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance

Le rôle des médecins en médecine esthétique

Au 31 décembre 2015, près de 23 000 médecins étaient membres du Collège. Bien que le Collège ne détienne pas de données spécifiques quant aux activités de ses membres en médecine esthétique, il est généralement admis que ces activités sont principalement exercées par les médecins issus de cinq spécialités.

La chirurgie plastique

Au 31 décembre 2015, il y avait 139 chirurgiens plastiques en pratique active au Québec. La plupart de ces médecins font de la chirurgie ou de la médecine esthétique. Selon les informations de l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec, de 10 à 15 % de ces spécialistes ne font que de l'esthétique, tandis qu'une même proportion de membres n'aurait aucune activité de nature esthétique.

La dermatologie

Un peu plus de 200 médecins sont titulaires d'un certificat de spécialiste en dermatologie. Selon les données de l'Association des dermatologistes du Québec, une dizaine de dermatologues auraient une pratique exclusive en dermatologie esthétique, tandis qu'environ le tiers des dermatologues y consacrerait une partie de leur pratique, le reste des dermatologues n'ayant pas d'activités dans le domaine de l'esthétique.

L'ophtalmologie

On dénombre environ 350 ophtalmologistes au Québec. Selon les informations disponibles, une vingtaine d'ophtalmologistes auraient des activités d'ophtalmologie médicale esthétique, mais aucun n'aurait une pratique exclusive en médecine esthétique.

L'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie cervico-faciale

On compte près de 250 oto-rhino-laryngologistes et chirurgiens cervico-faciaux (ORL) au Québec. Selon les données de leur association professionnelle, deux ORL ont une pratique quasi exclusive en médecine esthétique, alors que de 10 à 20 % des ORL y consacrerait une

partie de leur activité professionnelle, la plupart du temps après une formation complémentaire en plastie et reconstruction faciale.

La médecine familiale

Les médecins de famille comptent pour près de la moitié des membres du Collège des médecins. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ne collige pas de données sur ses membres qui s'adonneraient à des activités dans le domaine de l'esthétique; elle ignore le nombre de ses membres pratiquant ce type d'activités et quelle proportion de leurs activités professionnelles y est consacrée. La Fédération n'organise pas d'activité de formation continue sur la médecine esthétique; elle constate que les demandes d'accréditation d'activités par des organismes tiers sont quasi inexistantes.

La formation

En chirurgie plastique, en dermatologie, en ophtalmologie et en ORL, l'utilisation de produits injectables à des fins esthétiques et l'utilisation d'appareils laser font partie de la formation postdoctorale et, dans chacun des cas, la formation est donnée par des médecins de la spécialité visée. Au terme de leur formation postdoctorale, ces médecins sont aptes à déterminer l'indication et le plan de traitement et à exécuter la procédure déterminée.

En médecine de famille, la formation en médecine esthétique est acquise après la résidence. Elle est principalement dispensée par les entreprises qui fournissent les produits (toxine botulinique et agents de comblement) ou qui vendent des appareils laser et qui offrent des formations sur mesure aux médecins intéressés. La formation peut également être acquise dans des congrès (surtout nationaux et internationaux) ou par compagnonnage auprès d'un médecin qui a déjà des activités de médecine esthétique.

Le cadre normatif

Les médecins doivent se conformer à de nombreuses normes, incluant : code de déontologie, tenue des effets et du cabinet, assurance responsabilité professionnelle, obtention du consentement et contenu des ordonnances. Ces normes s'appliquent à tous les champs d'activité de la médecine. Toutefois, aucune norme ne vise spécifiquement l'encadrement des activités de médecine esthétique.

Les activités qui sont réservées au médecin lui permettent de diagnostiquer les maladies, de déterminer le traitement médical et de prescrire les médicaments, autres substances et traitements. Le règlement sur les normes relatives aux ordonnances définit le contenu de l'ordonnance, qu'elle soit individuelle ou collective.

Le rôle des infirmières en médecine esthétique

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) regroupe quelque 74 000 membres, dont plus de 75 % sont titulaires d'un diplôme d'études collégiales. L'Ordre dit détenir peu d'information sur ses membres qui exercent dans le domaine de la médecine esthétique. Au moment où nous les avons rencontrées, les représentantes de l'OIIQ ne pouvaient préciser combien de ses membres s'adonnent à des activités relevant de la médecine esthétique. Les

données recueillies par l'OIIQ au moment de la déclaration annuelle démontrent qu'environ 180 infirmières et infirmiers travaillent dans ce domaine de pratique, que ce soit dans des cliniques privées ou des cliniques médicales.

La formation

La formation initiale des infirmières ne comprend pas de formation spécifique en médecine esthétique, et il n'existe pas, à l'heure actuelle, de programme de formation continue agréé par l'Ordre dans ce domaine. Il semble donc que la plupart des formations soient principalement acquises sur une base expérientielle. Dans les faits, l'Ordre croit que les infirmières travaillent le plus souvent avec le médecin qui les a formées.

Selon les informations à la disposition de l'Ordre, les infirmières qui exercent dans le domaine de la médecine esthétique procéderaient à l'administration de produits injectables (toxine botulonique, agents de comblement, agents sclérosants ou autres substances) de même qu'à des traitements au laser, que ce soit à des fins d'épilation, de traitement des rides, de détatouage ou de mésothérapie. Selon le cas, ces activités sont principalement exercées suivant une ordonnance collective ou en pleine autonomie.

Le cadre normatif

De nombreuses règles encadrent la pratique infirmière : code de déontologie, tenue des effets et du cabinet de consultation, assurance responsabilité professionnelle, etc. Toutefois, il n'existe pas de cadre normatif spécifique à l'encadrement de la pratique infirmière en médecine esthétique.

Les activités réservées à l'infirmière lui permettent d'évaluer la condition physique d'une personne et d'administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, selon une ordonnance. Dans le domaine de la médecine esthétique, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'injections de toxine botulonique, d'agents de comblement ou d'autres substances, l'ordonnance prend généralement la forme d'une ordonnance collective. L'Ordre croit que, dans la majorité des cas, les infirmières ont accès à un soutien médical, mais il n'avait pas, lors de la rencontre avec le groupe de travail, documenté les pratiques de ses membres.

Au moment où le groupe de travail a rencontré ses représentants, l'Ordre n'avait pas non plus recensé les contextes de pratique des infirmières en médecine esthétique, notamment quant aux lieux où ces activités sont exercées. Enfin, bien que les infirmières soient soumises à leur code de déontologie et aux règles de tenue de dossier, l'Ordre ignore si, dans les faits, des dossiers sont constitués et conservés conformément aux exigences réglementaires lorsqu'une infirmière administre des traitements de nature esthétique.

Le rôle des infirmières auxiliaires en médecine esthétique

L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) regroupe environ 30 000 membres. L'Ordre ne peut dire combien de ses membres exercent dans le domaine des soins esthétiques. Il sait par contre que plusieurs infirmières auxiliaires exercent dans des cliniques médicales privées, et notamment dans des cliniques offrant des soins esthétiques.

La formation

La formation des infirmières auxiliaires est d'une durée de deux ans et est dispensée au niveau secondaire. Il n'y a pas de formation spécifique aux traitements de médecine esthétique. Les infirmières auxiliaires qui pratiquent dans le domaine de la médecine esthétique reçoivent généralement une formation en cours d'emploi, donnée par le médecin de la clinique ou par l'employeur. Dans les faits, la formation serait souvent donnée par un représentant de l'entreprise qui vend les produits injectables à la clinique.

Le cadre normatif

Au moment de leur rencontre avec le groupe de travail, les représentants de l'OIIAQ ont souligné l'importance de s'assurer que les infirmières auxiliaires exercent dans les limites de leur champ d'exercice et des activités qui leur sont réservées. Il semble exister une confusion entre la portée de l'ordonnance collective et celle de l'ordonnance individuelle. Alors que l'infirmière peut, parmi les activités qui lui sont réservées, « évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique », l'infirmière auxiliaire ne peut que « contribuer » à cette évaluation. L'infirmière peut donc administrer des produits injectables sur la base d'une ordonnance collective, à la suite de son évaluation de la personne qui requiert le service. Puisque l'infirmière auxiliaire ne peut procéder à l'évaluation de la personne, une ordonnance individuelle sera requise. L'Ordre constate cependant que des ordonnances collectives sont parfois rédigées à l'intention des infirmières auxiliaires, et que l'on attend d'elles qu'elles procèdent sans qu'un médecin ou une infirmière ait vu le patient, ou sans qu'un médecin soit sur place pour reconnaître et gérer d'éventuelles réactions adverses.

Selon les représentants de l'OIIAQ, il semble exister deux principaux modèles d'affaires dans les cliniques de médecine esthétique. Ainsi, les infirmières auxiliaires sont soit des employées (salariées) de la clinique, soit des travailleuses autonomes rémunérées en fonction des soins dispensés. L'Ordre constate que les infirmières auxiliaires ont tendance à faire confiance au médecin qui les embauche et à effectuer les tâches qu'il leur confie. D'autant que le médecin va souvent indiquer qu'il reste responsable de la procédure et du résultat.

Pour éviter toute situation fâcheuse, l'Ordre demande à ses membres d'agir sur ordonnance individuelle seulement. Mais l'Ordre pense malgré tout que, dans certaines cliniques, il n'y a que des ordonnances collectives qui seront individualisées par une infirmière.

En matière d'encadrement, l'Ordre indique qu'il souhaiterait que ses membres reçoivent une formation adéquate et standardisée. Il souhaite également qu'on établisse des balises d'encadrement de la pratique et des modalités d'accès au médecin en cas de besoin. L'Ordre ne croit pas que l'ordonnance collective soit un outil approprié aux soins esthétiques, puisque dans les faits elle semble être un objet de déresponsabilisation plutôt que de partage des responsabilités.

En conclusion, les représentants de l'Ordre soulignent qu'ils souhaitent que les infirmières auxiliaires continuent à travailler dans les cliniques de médecine esthétique, mais que le tout se fasse dans un contexte sécuritaire pour les patients et pour les infirmières auxiliaires, dans le respect des limites de leur champ d'exercice et des activités qui leur sont réservées.

La situation des dentistes

Des travaux de modernisation des champs d'exercice et des activités des professionnels du domaine buccodentaire sont en cours. C'est donc dire que les changements, en 2002, induits par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (« Projet de loi n° 90 ») ne visaient pas les dentistes. En vertu de leur loi constitutive, l'exercice de l'art dentaire est défini comme étant « tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain ». Les dentistes sont habilités à prescrire des médicaments aux fins de leur exercice professionnel²³.

L'Ordre des dentistes du Québec regroupe un peu plus de 5 000 membres, dont plus de 500 sont titulaires de l'un ou l'autre des dix certificats de spécialistes délivrés par l'Ordre. Parmi ces dentistes spécialistes, une centaine sont titulaires d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale, spécialité ayant pour objet « le diagnostic, le traitement et la correction chirurgicale de toute maladie, blessure, déficience ou malformation acquise ou congénitale nécessitant une intervention sur les aspects fonctionnels et esthétiques de la cavité buccale et du complexe maxillo-facial »²⁴.

Les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale utilisent les toxines botuliniques et les agents de comblement, principalement à des fins fonctionnelles, mais également à des fins esthétiques. Cependant, selon les représentants de l'Ordre rencontrés par le groupe de travail, les dentistes « généraux » n'offrent pas de soins de médecine esthétique.

La formation

La formation de base des dentistes comprend une formation sur l'anatomie de la tête et du visage. Toutefois, les dentistes ne reçoivent pas de formation spécifique en soins esthétiques. De son côté, la formation en chirurgie buccale et maxillo-faciale est d'une durée de six ans et est effectuée après les quatre années d'études et de formation en dentisterie. Selon les informations fournies par le site Web de l'Université Laval, elle est constituée de trois programmes complètement intégrés : le diplôme d'études supérieures, la maîtrise en sciences dentaires et le doctorat de premier cycle en médecine.

Le cadre normatif

Les règlements de l'Ordre des dentistes ne permettent pas d'imposer une formation ou un stage à un dentiste qui commence sa pratique dans un nouveau champ d'activité. Toutefois, pour les représentants de l'Ordre, les dentistes qui voudraient offrir des soins esthétiques devraient préalablement avoir reçu une formation spécifique en médecine dentaire esthétique. Advenant qu'il existe des normes de pratique en dentisterie esthétique, les dentistes répondant à ces normes pourraient notamment, selon les représentants de l'Ordre, rédiger des ordonnances d'injection de toxine ou d'agent de comblement à l'intention d'une infirmière.

²³ Québec. *Loi sur les dentistes*, RLRQ, chapitre D-3, art. 26 et 27.

²⁴ Québec. *Règlement sur les spécialités et les conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialistes de l'Ordre des dentistes du Québec*, RLRQ, chapitre D-3, r. 14, annexe 1, art. 1, par. 1.

L'Ordre des dentistes du Québec souhaite collaborer avec le Collège des médecins en vue de l'élaboration de normes communes de formation et de pratique de la médecine esthétique.

Le rôle des esthéticiennes

Il y a quelque 14 000 esthéticiennes au Québec, dont environ la moitié font de la photoépilation (au laser ou à la lumière intense pulsée). En 2010, le groupe de travail sur la chirurgie et la médecine esthétiques du Collège des médecins avait recommandé que les techniciens opérateurs de lasers limitent leurs activités autonomes uniquement à des fins d'épilation, et que l'usage des lasers à des fins médicales se fasse sous supervision médicale.

La formation

La formation de base en esthétique est dispensée au niveau secondaire; elle comprend 1 350 heures de formation, mais aucune en photoépilation.

Une formation de 60 heures portant spécifiquement sur la photoépilation et le photorajeunissement est disponible depuis 2005. Bien que cette formation ne soit pas obligatoire, la plupart des assureurs exigent que les esthéticiennes l'aient terminée et soient titulaires du diplôme de photoépilation et photorajeunissement pour les assurer dans ces secteurs d'activité.

Au Québec, il existe une association des professionnels en électrolyse et en soins esthétiques, qui regroupe 500 membres. Pour adhérer à l'association, on exige que le candidat soit titulaire d'un diplôme en électrolyse ou en soins esthétiques délivré par une école agréée (durée minimale de 650 heures), de même que la réussite d'un examen. Bien que l'adhésion y soit volontaire, certains assureurs exigent que les esthéticiennes ou les électrolystes soient membres de l'association. L'association a développé des normes de formation et de pratique et a établi des exigences de formation continue à l'intention de ses membres.

Les esthéticiennes travaillent dans différents milieux : spas, salons de coiffure, salons d'esthétique et cliniques médicales avec des médecins ou des infirmières. Elles sont soit des employées, soit des travailleuses autonomes. Il n'existe aucun encadrement réglementaire des soins esthétiques, de sorte que n'importe qui peut s'improviser esthéticienne ou ouvrir une école de soins esthétiques, sans qu'un permis du ministère de l'Éducation soit requis.

Le cadre normatif

Bien que les appareils laser vendus au Canada doivent être homologués par Santé Canada, aucune restriction ne s'applique quand vient le temps de vendre ces appareils. N'importe qui peut acheter un appareil laser ou à lumière intense pulsée. De plus, il semble que certains distributeurs de produits ou d'appareils offrent des formations de très courte durée dans le but de vendre un appareil et de permettre aux personnes formées d'offrir ce qui est qualifié de soins « médico-esthétiques ».

La ligne est parfois floue entre le « médical » et l'« esthétique ». Ainsi, il peut être tentant, pour une esthéticienne, de rentabiliser l'achat d'un appareil laser ou à lumière intense pulsée en l'utilisant, outre à des fins de photoépilation, pour « traiter » des taches pigmentaires ou

d'autres lésions de la peau ou encore pour effectuer des traitements de sclérothérapie. Les esthéticiennes sont parfois peu informées des limites de leurs activités, tout comme le public qui les consulte.

Dans le cours de ses activités, le groupe de travail a rencontré l'assureur de plus de la moitié des cliniques d'esthétique du Québec. Celui-ci s'inquiète du peu d'encadrement des activités des esthéticiennes et de la confusion qui existe entre les termes « esthétique » et « médico-esthétique ». Il constate que certaines entreprises profitent de cette situation et vendent des appareils laser puissants sans s'assurer que la personne qui les utilisera a la formation requise pour assurer une utilisation sécuritaire. Il constate également que certaines esthéticiennes ont accès à des produits dont l'usage est pourtant réservé aux professionnels de la santé. À titre d'exemple, il indique qu'il reçoit chaque année une dizaine de réclamations en raison de brûlures causées par un appareil laser. Lorsqu'on cherche la cause de ces brûlures, on constate trop souvent que l'esthéticienne a utilisé un anesthésique local tel la lidocaïne. Techniquement, une telle substance ne peut être obtenue que par l'entremise d'un pharmacien.

Autres intervenants

On ne peut passer sous silence les activités de tatouage et de détatouage, qui sont réalisées par des personnes qui, généralement, ne sont ni des professionnels de la santé devant répondre de leurs activités auprès d'un ordre professionnel ni des travailleurs dont la formation et les pratiques sont encadrées par un comité sectoriel, comme c'est le cas pour les esthéticiennes.

En 1997, l'Office des professions du Québec avait rendu un avis sur l'opportunité de constituer un ordre professionnel dans le domaine de l'épilation à l'électricité et d'autres activités connexes²⁵. L'appellation « activités connexes » visait principalement les activités de tatouage et de maquillage permanent. L'Office constatait alors que les activités de tatouage consistent à implanter des pigments dans le derme à l'aide d'un stylet manipulé par le tatoueur, et que des mesures d'hygiène doivent être respectées durant la procédure. Au terme de son évaluation, l'Office des professions concluait qu'il n'était pas opportun de suggérer au gouvernement de constituer un ordre dans le domaine du maquillage permanent et du tatouage.

En ce qui concerne le détatouage, il faut rappeler les malheureux événements liés aux activités du tristement célèbre salon Bye Bye Tattoo, où de nombreuses femmes ont été gravement brûlées lors de séances de détatouage. Ce salon utilisait une technique qui consiste à appliquer dans la peau (par le biais d'injections transdermiques) une solution contenant de l'acide glycolique, de l'acide benzoïque ou de l'eau saline²⁶.

²⁵ Office des professions du Québec (1997). *Avis sur l'opportunité de constituer un ordre professionnel dans le domaine de l'épilation à l'électricité et d'autres activités connexes*, octobre, 24 p.

²⁶ Giasson B. (2014). *Brûlures graves et cicatrices : des femmes témoignent de leur détatouage avec Bye Bye Tattoo*, Radio-Canada, 18 novembre, [\[http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2014/11/18/004-byebye-tatoo-enlevement-tatouages-college-medecins-sante-canada-cicatrices.shtml\]](http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2014/11/18/004-byebye-tatoo-enlevement-tatouages-college-medecins-sante-canada-cicatrices.shtml)

La formation

En ce qui concerne la formation des tatoueurs, l'avis de l'Office indiquait que « les personnes qui désirent pratiquer le tatouage apprennent avec des tatoueurs expérimentés »²⁷. Il n'y avait alors aucune formation reconnue et il ne semble pas y en avoir davantage près de 20 ans plus tard.

Le cadre normatif

Bien qu'il y ait introduction d'un instrument au-delà de la peau, la pratique du tatouage et du détatouage ne fait l'objet d'aucun encadrement : pas de formation minimale, pas de normes d'asepsie et d'hygiène à respecter, pas de règles quant à l'obtention d'un consentement éclairé.

²⁷ Office des professions du Québec (1997). *Avis sur l'opportunité de constituer un ordre professionnel dans le domaine de l'épilation à l'électricité et d'autres activités connexes*, octobre, p. 8.

Enjeux, défis et recommandations

L'utilisation de l'ordonnance collective

Sans qu'on puisse croire qu'il y ait un lien de cause à effet, il faut constater que l'explosion des demandes, en matière de procédures de médecine esthétique, est parallèle à l'entrée en vigueur, en 2002, de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (auparavant « Projet de loi n° 90 »).

Avant 2002, le médecin qui voulait exercer des activités de médecine esthétique – particulièrement en ce qui concerne l'utilisation de produits injectables, devait procéder lui-même à l'intervention ou déléguer l'activité à une infirmière ou à une infirmière auxiliaire agissant sous son autorité. Avec l'entrée en vigueur de cette Loi est apparue la possibilité d'autoriser une ou des infirmières à agir sur la base d'une ordonnance collective.

Quand vient le temps de déterminer si une activité peut être réalisée selon une ordonnance individuelle ou selon une ordonnance collective, il faut se demander si un diagnostic médical est requis préalablement au traitement ou si l'évaluation de l'infirmière peut mener à l'initiation ou à l'ajustement du traitement.

Dans les cas où un diagnostic médical et la détermination d'un plan individuel de traitement constituent des préalables à l'activité, l'ordonnance individuelle sera requise.

Les membres du groupe de travail reconnaissent que les injections de toxine botulinique, d'agents de comblement ou d'autres substances à des fins esthétiques peuvent relever d'une technique peu complexe. Les infirmières sont formées pour donner des injections. Toutefois, dans le cas de l'injection de toxine botulinique, d'agents de comblement ou d'autres substances à des fins esthétiques, l'acte technique ne suffit pas. Les membres du groupe de travail sont d'avis qu'un diagnostic et la détermination d'un plan de traitement individualisé sont nécessaires pour optimiser l'intervention à visée esthétique. De plus, les membres soulignent les risques d'effets adverses inhérents aux injections et le niveau d'expertise requis pour prendre adéquatement en charge une éventuelle réaction adverse.

Par ailleurs, le recours à l'ordonnance collective, qui avait comme objectif de permettre à chacun des professionnels de la santé d'exercer en toute autonomie et avec pleine responsabilité des activités qui lui étaient réservées, semble avoir connu des dérives dans le domaine de la médecine esthétique.

Le *Code civil du Québec* distingue les soins médicalement requis (soins qui ont pour objectif d'améliorer l'état de santé ou d'empêcher qu'il se détériore davantage) des soins non médicalement requis (soins qui ne sont pas nécessaires pour la sauvegarde ou le rétablissement de la santé). Aux fins du présent rapport, et sans pour autant porter aucun jugement de valeur sur les soins ou traitements de médecine esthétique ou vouloir minimiser leur importance et le besoin de normes de qualité dans ce domaine, le groupe de travail a convenu de les considérer comme étant des « soins non médicalement requis ». Contrairement à ce qui prévaut dans la majorité des autres domaines de la médecine, les traitements de médecine esthétique ne sont pas médicalement requis. Les interventions de

nature esthétique semblent parfois relever davantage d'une pratique commerciale que d'une pratique médicale. Les enjeux financiers sont importants et la concurrence semble parfois féroce.

C'est ainsi que l'ordonnance collective, dans le domaine des soins esthétiques, a pris une tangente qui l'éloigne de son objectif initial. Le groupe de travail a été saisi, bien que de manière informelle, de pratiques qui remettent en question la sécurité des patients tout autant que l'éthique de certains intervenants : vente d'ordonnances collectives par des tiers qui ne sont ni médecins ni infirmières, pratique dans des lieux ne répondant pas aux normes professionnelles, signature d'ordonnances par des médecins n'exerçant pas dans le domaine de la médecine esthétique ou exerçant dans une spécialité sans lien avec la médecine esthétique (p. ex., pédiatrie), absence de lien entre le patient et le médecin signataire de l'ordonnance collective, faible lien ou absence de lien entre l'infirmière et le médecin signataire de l'ordonnance collective, doutes sur la tenue des dossiers... Sans parler de toutes les questions relatives à l'approvisionnement en produits injectables... Un exemple (malheureusement bien réel) de dérive est présenté à l'annexe 5.

Recommandation 1 - À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que tout patient qui souhaite recevoir des injections à des fins esthétiques fasse d'abord l'objet d'une évaluation médicale - afin que le médecin établisse un plan de traitement individualisé - et que le premier traitement soit effectué par le médecin qui a fait l'évaluation.

Les traitements subséquents pourront être faits par le médecin qui a fait l'évaluation ou faire l'objet d'une ordonnance individuelle délivrée par ce même médecin à une infirmière ou à une infirmière auxiliaire, qui pourra l'exécuter aux conditions suivantes :

- > Le traitement doit avoir lieu dans un environnement adapté à la technique utilisée et répondant à toutes les exigences réglementaires applicables aux milieux de soins extrahospitaliers.*
- > Un médecin doit être accessible et disponible sur place pour prendre en charge une réaction adverse, le cas échéant.*
- > L'infirmière ne peut modifier le contenu de l'ordonnance sans qu'une nouvelle évaluation du patient soit faite par le médecin.*

Recommandation 2 - À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que les médecins ne soient plus autorisés à délivrer une ordonnance collective ayant pour objet la réalisation d'injections à des fins esthétiques ou à permettre l'exécution d'une telle ordonnance collective ayant déjà été délivrée préalablement.

La formation des médecins en médecine esthétique

Formation de base

Les médecins spécialistes en chirurgie plastique, dermatologie, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ont reçu, durant leur formation postdoctorale, une formation en médecine esthétique adaptée à leur spécialité respective. Les autres médecins, toutefois, n'ont pas été exposés à une telle formation durant leur formation postdoctorale.

À l'heure actuelle, les médecins de famille et autres spécialistes (à l'exception de ceux qui ont été nommés ci-dessus) sont surtout formés par le biais de formations dispensées par certaines associations ou par les entreprises qui vendent les produits ou appareils nécessaires à la dispensation de soins esthétiques. Ces formations ne sont pas accréditées; il est difficile de statuer sur leur qualité et sur l'acquisition de compétences par les participants.

Il n'existe actuellement aucune norme sur la formation minimale requise pour exercer des activités de médecine esthétique. À l'heure actuelle, on ne demande pas au médecin qui décide d'inclure l'utilisation de produits injectables (toxine botulinique, agents de comblement ou autres substances) d'effectuer un stage ou un cours de perfectionnement conformément au *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*²⁸.

Formation continue

Au moment du dépôt de ce rapport, les médecins n'ont pas d'obligation réglementaire de maintenir leurs compétences à jour. Ils sont toutefois tenus d'adhérer à un plan d'autogestion de leur formation continue, en vertu duquel ils devraient participer à des activités de formation continue en lien avec leur champ d'activité. Les médecins spécialistes en chirurgie plastique, dermatologie, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ont régulièrement accès, par le biais de congrès locaux, nationaux ou internationaux, à des activités de formation continue en médecine esthétique. Toutefois, ces congrès sont rarement ouverts aux médecins de famille et aux autres médecins spécialistes. Les occasions de formation continue semblent donc peu nombreuses pour ces groupes de médecins, d'autant plus que les facultés de médecine semblent peu intéressées à développer et à donner des formations en médecine esthétique.

Recommandation 3 – À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que les médecins – autres que les chirurgiens plastique, les dermatologues, les ophtalmologistes et les oto-rhino-laryngologistes et chirurgiens cervico-faciaux – qui entreprennent une pratique en médecine esthétique soient tenus d'en informer la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins et de déposer un plan de formation devant inclure une formation théorique et pratique ainsi qu'une formation sur la gestion des réactions adverses et sur le cadre normatif applicable.

²⁸ Québec. *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*, RLRQ, chapitre M-9, r. 27.1.

Recommandation 4 – À l’intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins encourage les organismes agréés en développement professionnel continu à développer et à dispenser une formation accréditée en médecine esthétique.

Le cadre normatif

Quel que soit le domaine de la médecine où il exerce, tout médecin est tenu de respecter un même cadre normatif, incluant : les exigences énoncées dans le *Code de déontologie des médecins*²⁹, les règles quant à la tenue des dossiers et des lieux d’exercice, ainsi que les règles relatives à l’obtention d’un consentement libre et éclairé.

Les règles déontologiques

Le groupe de travail est d’avis qu’il faut rappeler aux médecins leurs obligations déontologiques, notamment celles qui sont relatives à l’indépendance et au désintéressement, et plus particulièrement l’article 73 du *Code de déontologie des médecins*, qui stipule que le médecin doit s’abstenir d’accepter, à titre de médecin ou en utilisant son titre de médecin, toute commission, ristourne ou tout avantage matériel à l’exception des remerciements d’usage et des cadeaux de valeur modeste³⁰. Le médecin doit également s’abstenir, directement ou indirectement, de louer ou de vendre des appareils ou de vendre des médicaments ou d’autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé, à l’exception des appareils qu’il installe ou des médicaments et produits qu’il administre directement. Il ne peut, en outre, réclamer des montants disproportionnés en paiement de fournitures médicales nécessaires aux traitements qu’il administre³¹.

Par ailleurs, le groupe de travail estime essentiel que le médecin qui rédige une ordonnance de traitement à des fins esthétiques (qu’il s’agisse d’injections de toxine botulinique, d’agents de comblement, d’agents sclérosants ou autres) ait la formation et la compétence requises pour établir un plan de traitement individualisé et réaliser lui-même des interventions de nature esthétique.

Les lieux d’exercice et la tenue des dossiers

Au fil des ans, l’explosion de la demande de procédures de médecine esthétique – et particulièrement celles impliquant l’utilisation de produits injectables de type toxine botulinique et agents de comblement – a entraîné une explosion de l’offre de services et, parallèlement, un éclatement des contextes dans lesquels ces activités sont exercées. C’est ainsi qu’on a vu apparaître des offres de services dans des cliniques esthétiques, des salons de coiffure et des spas. On a également assisté à l’émergence de soirées de type « bulles et Botox » au cours desquelles des personnes discutent autour de hors-d’œuvre et de verres de

²⁹ Québec. *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, chapitre M-9, r. 17.

³⁰ *Id.*, art. 73, par. 2°.

³¹ *Id.*, art. 76.

champagne, en attendant leur tour pour recevoir des injections de toxine botulinique ou d'agent de comblement.

Le groupe de travail est grandement préoccupé par les pratiques de ce type.

D'une part, les médecins doivent respecter certaines règles quant à la tenue des lieux où ils exercent et quant à la tenue de leurs dossiers³². Ils doivent notamment, en tous lieux où ils exercent, s'assurer du respect des normes relatives aux dossiers, registres, médicaments, substances, appareils et équipement et à la tenue des cabinets de consultation et autres bureaux³³. Les infirmières sont également assujetties à des règles de ce type³⁴.

D'autre part, rien n'indique que les procédures de médecine esthétique réalisées à l'extérieur d'une clinique médicale se font dans le respect de ces règles, notamment en ce qui concerne la confidentialité des échanges entre le patient et le professionnel, le respect des normes d'hygiène et d'asepsie et l'accès à un plateau technique et professionnel qui permette de prendre en charge adéquatement des effets adverses ou complications, advenant qu'ils surviennent. Le comité est également inquiet de la tenue et de la conservation des dossiers lorsque les traitements sont dispensés dans des environnements de type salon de coiffure, spa ou autre.

Le consentement

Selon le droit en vigueur au Québec, il est obligatoire d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient ou d'un tiers habilité avant toute intervention. Le *Code civil du Québec* établit des règles générales concernant le consentement aux soins, qui s'appliquent quels que soient le lieu et la nature des soins. On y fait certaines distinctions selon que les soins sont requis ou non par l'état de santé du patient. Lorsque les soins ne sont pas requis par l'état de santé du patient (ce qui est le cas des traitements de médecine esthétique), le patient doit être informé de tous les risques possibles, même s'ils sont rares, et le consentement doit être donné par écrit^{35, 36}.

Au fil des rencontres du groupe de travail, plusieurs intervenants ont souligné l'importance du consentement préalable à des interventions de nature esthétique et se sont dits préoccupés par les pratiques actuelles. On nous a souligné que la publicité relative aux interventions de médecine esthétique vend du rêve et qu'un rapport commercial – où les patients achètent du bonheur – semble prévaloir. Dans un tel contexte, il devient très difficile, lorsque l'intervention ne donne pas les résultats escomptés par le patient, de départager ce qui a réellement été convenu entre les parties et ce qui a été espéré par le patient.

³² Québec. *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, RLRQ, chapitre M-9, r. 20.3.

³³ Québec. *Code de déontologie des médecins*, art. 2.

³⁴ Québec. *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, RLRQ, chapitre I-8, r. 14.

³⁵ Québec. *Code civil du Québec*, C.c.Q., art. 24.

³⁶ Collège des médecins du Québec (2015). *La sédation-analgésie*, avril, p. 53.

Pour éviter cette banalisation des services dispensés et les déceptions qui peuvent s'ensuivre, d'aucuns ont préconisé l'utilisation d'un devis, comme cela se fait notamment en France. Ce devis écrit devrait notamment inclure :

- > le détail de la procédure qui sera effectuée, les produits utilisés;
- > le coût de l'intervention;
- > la durée de la convalescence;
- > la durée de l'effet de l'intervention;
- > les effets indésirables possibles et leur durée;
- > les risques associés à la procédure, incluant les risques rares et les risques graves, dont le risque de décès;
- > la nature et les modalités du suivi et la marche à suivre en cas d'effets secondaires ou de complications;
- > les risques d'échec de la procédure et les conséquences possibles d'un tel échec;
- > le fait que l'intervention ne comporte aucune garantie de résultat ou de satisfaction du patient;
- > la nature des obligations du médecin ou du professionnel qui effectue la procédure et ses obligations en matière de retouches et de réintervention;
- > les conséquences de ne pas intervenir.

Certains intervenants ont suggéré que le patient dispose d'un délai minimal de réflexion (quelques jours?) avant la signature du devis.

Recommandation 5 - À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que le Collège rappelle à ses membres l'obligation d'obtenir et de documenter le consentement du patient et l'importance d'informer les patients de tous les risques, même lorsqu'ils sont rares, et de tous les aspects de l'intervention lorsque les soins pour lesquels le consentement est demandé ne sont pas médicalement requis.

La sécurité des soins

La mise en place de centres médicaux spécialisés (CMS), en 2009, a largement contribué à améliorer la sécurité des soins dans le domaine de la chirurgie esthétique. Les règles établissant les conditions de fonctionnement des CMS³⁷ définissent notamment les conditions requises pour exploiter un centre, et confirment l'obligation, pour l'exploitant, de s'assurer que les services médicaux dispensés respectent les standards de qualité et de sécurité reconnus.

³⁷ Québec. *Loi sur les services de santé et sur les services sociaux*. RLRQ, chapitre S-4.2, art. 333.1 à 333.8.

Imputabilité médicale

Lorsque l'exploitant d'un CMS est une personne physique, il doit obligatoirement s'agir d'un médecin; lorsque l'exploitant est une personne morale ou une société, celle-ci doit être contrôlée par des médecins.

La Loi impose également à l'exploitant l'obligation de nommer un directeur médical, responsable de l'organisation des services médicaux, de la qualité et de la sécurité des services dispensés et du respect de procédures médicales normalisées pour tout traitement dispensé dans le centre. La Loi prévoit enfin l'obligation, pour chaque CMS, d'obtenir l'agrément des services qui y sont dispensés.

Les traitements médicaux dispensés sous anesthésie générale ou sous certaines formes d'anesthésie régionale devant être dispensés dans un CMS sont déterminés dans un règlement du gouvernement³⁸.

Un tel modèle d'encadrement des pratiques n'existe pas dans le domaine de la médecine esthétique. Les cliniques qui offrent ces soins peuvent être la propriété de quiconque, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une autre personne ou d'une société détenue par des personnes autres que des médecins. Dans ce contexte, comment s'assurer que la qualité et la sécurité des soins sont la priorité de l'exploitant? D'autant plus que l'exploitant n'a aucune obligation de nommer un directeur médical imputable de la qualité et de la sécurité des soins donnés sous son autorité.

Recommandation 6 – À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins intervienne auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux et du ministre de la Justice afin que ceux-ci mettent à la disposition du Collège un véhicule réglementaire permettant que les règles applicables aux centres médicaux spécialisés soient également applicables à tout milieu de soins extrahospitaliers, et notamment les règles relatives aux obligations de l'exploitant et du directeur médical.

Registre et divulgation des incidents et accidents

Le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*³⁹ impose la tenue d'un registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes soumises à une procédure chirurgicale de même que la tenue d'un registre dans lequel sont identifiés les incidents et accidents survenus lors ou en lien avec une intervention médicale effractive requérant une anesthésie. Le règlement ne prévoit aucune mesure particulière quant aux procédures de médecine esthétique.

Par ailleurs, les médecins ont, en vertu de leur *Code de déontologie*⁴⁰, l'obligation d'informer leurs patients d'un accident ou d'une complication susceptible d'entraîner des conséquences

³⁸ Québec. *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*.

³⁹ Québec. *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, art. 19.

⁴⁰ Québec. *Code de déontologie des médecins*, art. 56.

significatives sur leur état de santé ou leur intégrité physique. Cette obligation s'applique, quelle que soit la nature de la procédure ayant causé l'accident ou la complication.

Le groupe de travail croit donc essentiel d'encadrer les pratiques dans le domaine de la médecine esthétique pour s'assurer que les activités s'exercent dans le respect de toutes les normes applicables.

Manuel de bonnes pratiques

Pour favoriser l'intégration de certaines pratiques en matière de sécurité des soins de médecine esthétique, le groupe de travail souhaite formuler une recommandation additionnelle à l'intention du Collège des médecins.

Dépliant à l'intention du public

Dans une autre perspective, le groupe de travail s'est inquiété de la difficulté, pour le public, de reconnaître, parmi les très nombreuses offres de services auxquelles il est exposé, les cliniques où les services dispensés respectent un cadre normatif favorisant la dispensation de soins de qualité.

Recommandation 7 – À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins coordonne la publication d'un guide d'exercice rappelant les bonnes pratiques applicables dans le domaine de la médecine esthétique, et d'en assurer la diffusion et l'implantation. Ce manuel devra notamment rappeler aux médecins leurs obligations déontologiques de même que les règles relatives à la tenue des dossiers et des lieux où ils exercent, les règles applicables à l'obtention du consentement et les règles relatives aux normes de rédaction des ordonnances.

Recommandation 8 – À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins coordonne également la publication d'un dépliant à l'intention du public afin de faciliter l'orientation des personnes qui songent à recourir à des soins de médecine esthétique.

Autres enjeux et défis

L'utilisation des lasers à des fins esthétiques

Parmi les recommandations du premier groupe de travail sur la médecine et la chirurgie esthétiques, deux portaient spécifiquement sur l'utilisation des lasers de classe 3b et 4 et de la lumière intense pulsée (LIP) à des fins esthétiques dans un contexte non médical⁴¹.

On notait alors que pendant les travaux du groupe de travail, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (alors appelé l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [AETMIS]) publiait un rapport intitulé *Utilisation des lasers de classe 3b et 4 et de la lumière intense pulsée à des fins esthétiques dans un contexte non médical*⁴², dans lequel le Collège des médecins du Québec était interpellé par une des recommandations, afin qu'il définisse, « parmi les interventions pratiquées à des fins esthétiques, celles qui directement (par la nature de l'état traité) ou indirectement (par l'exigence d'un diagnostic ou d'une évaluation préalable) relèvent de la *Loi médicale* ».

Le premier groupe de travail avait alors recommandé de limiter pour les non-médecins l'usage des lasers 3b et 4 et de la lumière intense pulsée (LIP) à des fins esthétiques uniquement à l'épilation. Il recommandait également de demander à l'Office des professions du Québec que les techniciens opérateurs de lasers limitent leurs activités autonomes uniquement à des fins d'épilation, mais que l'usage des lasers à des fins médicales se fasse sous supervision médicale. Le groupe de travail souhaitait que l'Office fasse en sorte que les techniciens opérateurs de lasers soient rattachés à un ordre professionnel, souscrivent à une assurance responsabilité professionnelle et se conforment à un code de déontologie.

Il recommandait également de demander au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale, au ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi qu'au Comité sectoriel de la main-d'œuvre des services de soins personnels de donner suite aux recommandations de l'AETMIS afin d'établir des programmes de formation et de qualification professionnelles obligatoires pour toute personne du secteur des services de soins personnels qui utiliserait un laser de classe 3b ou 4, la LIP ou toute autre source d'énergie de forte puissance à des fins esthétiques et non médicales.

Force est de constater que ces recommandations sont demeurées sans suite, malgré les risques inhérents à l'utilisation des lasers de type 3B et 4 et de la LIP à des fins esthétiques.

Recommandation 9 – À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins assure un suivi des recommandations du premier groupe de travail sur la médecine et la chirurgie esthétiques relatives à l'utilisation des lasers à des fins esthétiques, afin d'en assurer l'actualisation.

⁴¹ Collège des médecins du Québec (2010). *Médecine et chirurgie esthétiques : mieux protéger le public par un encadrement approprié. Rapport final du groupe de travail sur la médecine et la chirurgie esthétiques*, mai, 13 p.

⁴² Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) (2008). « Utilisation des lasers de classe 3b et 4 et de la lumière intense pulsée à des fins esthétiques dans un contexte non médical », *ETMIS*, vol. 4, n° 4.

La formation des esthéticiennes

La formation de base en esthétique est dispensée au niveau secondaire; elle comprend 2 800 heures de formation, mais aucune en photoépilation.

Pour pallier cette situation, le Comité sectoriel de la main-d'œuvre des services de soins personnels a développé une formation en photoépilation disponible, depuis 2005, sous forme d'un programme de formation continue de 60 heures. Ce comité a également développé un programme de formation en photorajeunissement.

Rappelons que les comités sectoriels sont des organismes formellement reconnus par la Commission des partenaires du marché du travail en vertu de la *Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre*. Leur rôle est de définir les besoins en développement de la main-d'œuvre de leur secteur d'activité économique et de soutenir le développement des compétences de celle-ci.

Pour favoriser une formation adéquate et la dispensation de soins esthétiques sécuritaires, le Comité sectoriel a offert gracieusement les deux programmes développés au ministère de l'Éducation afin que ces formations puissent être intégrées au programme de base des esthéticiennes. De nombreuses pressions ont été effectuées au fil du temps pour que la formation en photoépilation soit intégrée au programme menant à l'obtention du diplôme d'études professionnelles. En 2011, le Collège des médecins est intervenu auprès du ministre de l'Éducation pour soutenir une demande à cet effet. Toutefois, malgré un avis favorable du ministre, aucune étape concrète n'a été franchie à ce jour.

Recommandation 10 - À l'intention du ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Le groupe de travail recommande que le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur intègre le programme de formation en photoépilation développé par le Comité sectoriel de la main-d'œuvre des services de soins personnels au programme de formation menant à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires en soins esthétiques.

Les activités de tatouage et de détatouage

Le tatouage

Il n'existe aucun cadre normatif pour encadrer les activités de tatouage et autres lieux offrant des services esthétiques de nature effractive (scarification, piercing, etc.). Cette pratique n'est pourtant pas sans risque, notamment eu égard à la transmission d'infection. Pas de normes relatives à l'organisation des lieux où s'effectuent les activités de tatouage, pas de règles à suivre concernant l'hygiène, l'asepsie et la prévention des infections, pas de consentement à obtenir, pas de produits à proscrire. Rien.

Pourtant, de nombreuses provinces canadiennes encadrent les activités de tatouage, et notamment :

- > En Ontario, les boutiques de tatouage doivent se conformer aux normes établies par la direction de la santé publique du ministère de la Santé⁴³. Ces normes visent d'abord la prévention des infections, mais comprennent des indications quant à l'obtention du consentement.
- > En Alberta, des normes sont en vigueur depuis plus de dix ans⁴⁴. Ces normes visent notamment le consentement, les mesures d'asepsie et de prévention des infections et la tenue des dossiers.
- > À Terre-Neuve-et-Labrador, une loi encadrant les services personnels est en vigueur depuis 2012. Cette loi édicte les normes à respecter par les salons de soins personnels, incluant les boutiques de tatouage.
- > En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé a adopté des lignes directrices à l'intention des dispensateurs de services de soins personnels⁴⁵, de même que des lignes directrices relatives à l'hygiène, à la désinfection et à la stérilisation des instruments médicaux auxquelles les boutiques de tatouage doivent se conformer⁴⁶.

Recommandation 11 - À l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux

Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux développe des normes d'asepsie, d'hygiène, de désinfection et de stérilisation à l'intention des boutiques de tatouage et autres lieux offrant des services esthétiques de nature effractive, et qu'il s'assure du respect des normes établies.

Le détatouage chimique

Il ne semble exister aucun cadre normatif pour s'assurer de la qualité des interventions de détatouage, qu'il s'agisse de détatouage au laser ou de détatouage chimique. Ces interventions comportent pourtant un risque de préjudice réel.

Dans le cas du détatouage chimique, on constate qu'un produit injectable peut être acheté et administré par des personnes qui ne possèdent aucune formation et qui ne sont assujetties à aucun encadrement professionnel. Pourtant, l'injection de substances à des fins esthétiques est une activité réservée aux médecins et, sur ordonnance, aux infirmières ou aux infirmières auxiliaires.

⁴³ Infection Prevention and Control Unit. Public Health Division, Ministry of Health and Long-term Care (2009). *Infection Prevention and Control Best Practices for Personal Services Setting*, Gouvernement de l'Ontario, janvier, 73 p.

⁴⁴ Alberta Health and Wellness (2002). *Health Standards and Guidelines for Tattooing*, Gouvernement de l'Alberta, juin, 12 p.

⁴⁵ Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors (2014). *Guidelines for Personal Service Establishments*, Gouvernement de la Colombie-Britannique, 36 p.

⁴⁶ Ministry of Health (2011). *Best Practice Guidelines For Cleaning, Disinfection and Sterilization of Critical and Semi-critical Medical Devices*, Gouvernement de la Colombie-Britannique, 136 p.

Il semble donc exister un vide entre les lois fédérales et les lois du Québec, puisque d'un côté, on évalue la substance sans égard au mode d'administration, alors que de l'autre, on encadre les voies d'administration d'un produit sans se soucier du produit administré. C'est ce genre de vide entre deux juridictions qui peut conduire à des dérives comme celles qui ont été rapportées par l'émission *La Facture* au sujet de Bye Bye Tattoo.

Recommandation 12 - À l'intention du Collège des médecins du Québec

Le groupe de travail recommande que les activités de détatouage au laser et de détatouage chimique soient réservées aux professionnels de la santé qualifiés.

Recommandation 13 - À l'intention de Santé Canada

Le groupe de travail recommande que Santé Canada considère la voie d'administration d'un produit lorsqu'il doit déterminer si une substance se classe comme médicament, produit de santé naturel ou produit cosmétique, et qu'il reconnaisse que tout produit injectable doit être considéré comme médicament et doit faire l'objet d'une homologation à ce titre.

L'utilisation du terme « médical » et de ses dérivés

Parmi les facteurs susceptibles de confondre le public et de mettre en péril la sécurité des soins dans le domaine de la médecine esthétique, il faut mentionner l'usage galvaudé des termes « médico », « médical » et les différents dérivés possibles, considérant l'imagination humaine (voir l'annexe 3). Depuis quelque temps, on a également vu apparaître des offres de soins « non chirurgicaux ». Derrière ces termes, on trouve parfois des médecins, parfois d'autres professionnels de la santé, parfois les deux, et parfois – voire souvent – ni l'un ni l'autre. Le groupe de travail estime essentiel que l'usage de ces termes soit encadré pour permettre au public de s'y retrouver et éviter la diffusion de publicités trompeuses.

Recommandation 14 - À l'intention du Collège des médecins

Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins procède à l'analyse des activités à visée esthétique afin de déterminer ce qui est « médical » et de proposer des moyens d'encadrer l'utilisation des termes « médico », « médical » et leurs dérivés lorsqu'ils qualifient une activité à visée esthétique ou un lieu où sont dispensés des soins ou services esthétiques, afin d'assurer la sécurité et la protection du public, conformément à son mandat et à sa mission.

Conclusion

Au moment où il a entrepris ses travaux, le groupe de travail avait le souci de dresser un portrait objectif de la situation des soins dans le domaine de la médecine esthétique et, au besoin, de proposer des mesures susceptibles d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans ce champ d'activité, afin de soutenir le Collège des médecins du Québec dans son mandat de protection du public et dans la réalisation de sa mission, une médecine de qualité au service du public.

C'est dans cette perspective qu'il a rencontré des intervenants clés issus de milieux diversifiés : groupe de défense des droits des femmes, ordres professionnels dont les membres interviennent dans le domaine des soins esthétiques, représentants d'esthéticiennes, assureurs, avocats et médecins exerçant principalement en médecine esthétique. Les rencontres avec cette multitude d'intervenants auront permis de dresser un portrait complet de la situation, éclairé de perspectives complémentaires, voire parfois contradictoires.

Le groupe a également voulu répertorier les modalités et les mesures réglementaires mises en place par d'autres juridictions pour encadrer les pratiques dans le domaine des soins esthétiques, qu'il s'agisse de soins esthétiques médicaux ou de soins non médicaux. Ce recensement et l'analyse de la documentation recueillie ont permis de constater que contrairement à ce qui prévaut au Québec, de nombreuses juridictions encadrent les activités dans le domaine des soins et de la médecine esthétique et limitent les pratiques en fonction des compétences des différents professionnels et intervenants.

Le groupe a enfin voulu comprendre l'organisation de la pratique au Québec et a été à même de constater certaines dérives dans les pratiques professionnelles eu égard, notamment, à l'utilisation de l'ordonnance collective à des fins d'injection de toxine botulonique, d'agent de comblement ou d'autres substances à des fins esthétiques. Le groupe a également remarqué le manque d'occasions de formation en médecine esthétique pour les médecins certifiés en médecine de famille et dans les spécialités autres que celles qui sont représentées au groupe de travail.

Lorsqu'il a considéré les activités réalisées par des non-professionnels, le groupe a noté l'absence d'encadrement de l'utilisation des lasers et des appareils à lumière intense pulsée, alors que certains de ces appareils sont susceptibles de causer de sévères préjudices s'ils sont mal utilisés. Il n'y a actuellement aucune obligation de formation préalable pour les esthéticiennes ou pour les autres personnes.

C'est sur la base de ces constats que le groupe a formulé des recommandations susceptibles d'améliorer la qualité de la pratique médicale et professionnelle dans le domaine des soins esthétiques et d'assurer une meilleure sécurité des soins aux patients dans ce domaine en forte croissance.

Annexe 1 – Loi sur les services de santé et les services sociaux (extraits)

LES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

333.1. Dans la présente loi, on entend par « centre médical spécialisé » un lieu aménagé hors d'une installation maintenue par un établissement aux fins de permettre à un ou plusieurs médecins de dispenser à leur clientèle les services médicaux nécessaires pour effectuer une arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du gouvernement.

Ce règlement peut préciser qu'une chirurgie visée au premier alinéa ou qu'un autre traitement médical spécialisé ainsi déterminé ne peut être dispensé que dans l'un des centres visés à l'article 333.3 et, dans le cas d'un centre visé au paragraphe 1° du premier alinéa de cet article, que dans le cadre d'une entente conclue en application de l'article 349.3.

Aux fins de déterminer un traitement médical spécialisé, le gouvernement doit prendre en compte notamment les risques généralement associés à ce traitement, l'importance du personnel et de l'équipement nécessaires pour le dispenser de même que, le cas échéant, le type d'anesthésie normalement utilisé lors du traitement et la durée de l'hébergement habituellement requise à la suite de celui-ci.

Le gouvernement doit, avant de prendre un règlement en application du premier alinéa, consulter le Collège des médecins du Québec.

2006, c. 43, a. 11; 2009, c. 29, a. 1.

333.1.1. Un traitement médical spécialisé non prévu à un règlement pris en application du premier alinéa de l'article 333.1 ne peut être fourni que par un établissement qui exploite un centre hospitalier, lorsqu'il est effectué sous anesthésie générale ou sous anesthésie régionale du type tronculaire ou du type bloc à la racine d'un membre, excluant le bloc digital.

2009, c. 29, a. 2.

333.2. Seul un médecin membre du Collège des médecins du Québec peut, comme personne physique, exploiter un centre médical spécialisé. Lorsque l'exploitant du centre est une personne morale ou une société, plus de 50 % des droits de vote rattachés aux actions ou aux parts de cette personne morale ou de cette société doivent être détenus :

- 1° soit par des médecins membres de cet ordre professionnel;
- 2° soit par une personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sont détenus en totalité :
 - a) par des médecins visés au paragraphe 1°; ou

b) par une autre personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sont détenus en totalité par de tels médecins;

3° soit à la fois par des médecins visés au paragraphe 1° et une personne morale ou société visée au paragraphe 2°.

Les affaires d'une personne morale ou d'une société qui exploite un centre médical spécialisé doivent être administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé en majorité de médecins qui exercent leur profession dans le centre; ces médecins doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil.

Les actionnaires d'une personne morale ou les associés d'une société qui exploite un centre médical spécialisé ne peuvent, par convention, restreindre le pouvoir des administrateurs de cette personne morale ou de cette société.

Le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé et des services sociaux, autre qu'un médecin visé au premier alinéa, ne peut détenir, directement ou indirectement, d'actions du capital-actions d'une personne morale exploitant un centre médical spécialisé ou de parts d'une société exploitant un tel centre si un tel bien ou un tel service peut être requis par la clientèle du centre avant la dispensation d'un service médical, lors de sa dispensation ou à la suite de celle-ci.

2006, c. 43, a. 11; 2009, c. 29, a. 3.

333.3. Un centre médical spécialisé ne peut être exploité que suivant l'une ou l'autre des formes suivantes :

1° un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

2° un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins non participants au sens de cette dernière loi.

L'exploitant d'un centre médical spécialisé doit, selon la forme sous laquelle le centre est exploité, s'assurer du respect des exigences prévues au paragraphe 1° ou 2° du premier alinéa.

2006, c. 43, a. 11.

333.4. L'exploitant d'un centre médical spécialisé doit, dans un délai de trois ans à compter de la délivrance du permis requis en application de l'article 437, obtenir l'agrément des services qui sont dispensés dans le centre auprès d'un organisme d'agrément reconnu par le ministre. Il doit conserver cet agrément en tout temps par la suite.

2006, c. 43, a. 11.

333.4.1. L'exploitant d'un centre médical spécialisé doit s'assurer que les services médicaux dispensés dans ce centre respectent les standards de qualité et de sécurité généralement reconnus.

2009, c. 29, a. 4.

333.5. L'exploitant d'un centre médical spécialisé doit nommer un directeur médical. Ce dernier doit être choisi parmi les médecins qui y exercent leur profession.

Sous l'autorité de l'exploitant, le directeur médical est responsable :

- 1° d'organiser les services médicaux dispensés dans le centre;
- 2° de s'assurer de la qualité et de la sécurité de ces services;
- 3° de voir à la mise en place et au respect de procédures médicales normalisées pour toute chirurgie ou tout autre traitement médical spécialisé dispensé dans le centre;
- 4° de prendre toute autre mesure nécessaire au bon fonctionnement du centre.

2006, c. 43, a. 11; 2009, c. 29, a. 5.

333.6. L'exploitant d'un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 333.3 doit offrir aux personnes qui y reçoivent une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé visé à l'article 333.1, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une autre ressource privée avec laquelle il a conclu une entente et vers laquelle il dirige ces personnes, tous les services préopératoires et postopératoires normalement associés à cette chirurgie ou à cet autre traitement médical spécialisé, à l'exclusion des complications, de même que tous les services de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires à leur complet rétablissement. L'exploitant du centre doit informer toute personne qui désire y recevoir une telle chirurgie ou un tel traitement médical spécialisé qu'elle doit obtenir ces services préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile dans le centre ou auprès d'une autre ressource privée. L'exploitant du centre doit également informer cette personne de l'ensemble des coûts prévisibles des services préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile qu'elle devra obtenir dans le centre ou auprès de cette autre ressource privée.

Les obligations prévues au premier alinéa s'appliquent également à l'exploitant d'un centre médical spécialisé visé au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 333.3 à l'égard des traitements médicaux spécialisés visés à l'article 333.1 et dispensés dans ce centre qui sont non assurés ou considérés comme non assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

Le coût des services médicaux obtenus auprès d'une ressource privée en application du premier ou du deuxième alinéa ne peut être assumé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Toutefois, lorsqu'une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé est dispensé dans le cadre d'une entente visée au deuxième alinéa de l'article 108 ou d'un mécanisme particulier d'accès mis en place en application de l'article 431.2, le ministre peut permettre que les obligations prévues au présent article ne s'appliquent pas.

2006, c. 43, a. 11; 2009, c. 29, a. 6.

333.7. Seuls les services médicaux suivants peuvent être dispensés dans un centre médical spécialisé :

- 1° les services médicaux nécessaires pour effectuer une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé visé à l'article 333.1 et indiqué au permis délivré à l'exploitant du centre médical spécialisé en application de l'article 441;
- 2° ceux visés à l'article 333.6 et qui sont associés à une telle chirurgie ou à un tel traitement médical spécialisé;
- 3° ceux qui correspondent aux activités permises en cabinet privé de professionnel.

L'exploitant d'un centre médical spécialisé doit s'assurer du respect du premier alinéa.

2006, c. 43, a. 11; 2009, c. 29, a. 7.

333.7.1. L'exploitant d'un centre médical spécialisé doit, au plus tard le 31 mars de chaque année, transmettre au ministre et à l'agence de son territoire un rapport de ses activités pour l'année civile précédente. Ce rapport indique le nom du directeur médical, celui des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes, par spécialité, qui y ont exercé leur profession, le nombre de traitements médicaux spécialisés qui y ont été dispensés, pour chaque traitement indiqué au permis, ainsi que tout autre renseignement requis par le ministre.

Les renseignements ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier la clientèle du centre.

2009, c. 29, a. 8.

333.8. Le ministre peut demander au Conseil d'administration d'un ordre professionnel un avis sur la qualité et la sécurité des services professionnels dispensés par les membres de cet ordre dans un centre médical spécialisé.

Le ministre peut également requérir du Conseil d'administration d'un ordre professionnel un avis sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité et de sécurité des services professionnels dispensés par les membres de cet ordre dans un tel centre.

2006, c. 43, a. 11; 2008, c. 11, a. 212.

Annexe 2 – Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé

LSSSS (chapitre S-4.2, a. 333.1)

1. Pour l'application de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), constitue un traitement médical spécialisé :

- 1° tout traitement mentionné à la partie I de l'annexe, quel que soit le type d'anesthésie utilisé lors de ce traitement;
- 2° tout traitement mentionné à la partie II de l'annexe, lorsque dispensé sous anesthésie générale ou sous anesthésie régionale du type tronculaire ou du type bloc à la racine d'un membre, excluant le bloc digital;
- 3° (paragraphe abrogé).

A.M. 2008-08, a. 1; L.Q. 2009, c. 29, a. 38.

2. À moins d'être dispensé dans une installation maintenue par un établissement dans le cadre de sa mission, un traitement médical spécialisé ne peut être effectué ailleurs que dans un centre médical spécialisé et que dans la seule mesure où il est indiqué expressément au permis qui lui est délivré conformément à l'article 437 de la Loi.

A.M. 2008-08, a. 2.

3. Un traitement médical spécialisé dont la durée d'hébergement postopératoire habituellement requise est de plus de 24 heures de même que l'arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou ne peuvent être dispensés que dans un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 333.3 de la Loi.

A.M. 2008-08, a. 3.

4. (Omis).

A.M. 2008-08, a. 4; A.M. 2008-017; D. 1029-2009.

ANNEXE (a.1)

PARTIE I - LISTE DES TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SANS ÉGARD AU TYPE D'ANESTHÉSIE UTILISÉ

- 1° Chirurgies esthétiques :
 - 1.1 Liposuction
 - 1.2 Lipoinjection

2° (paragraphe abrogé)

PARTIE II – LISTE DES TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU SOUS ANESTHÉSIE RÉGIONALE DU TYPE TRONCULAIRE OU DU TYPE BLOC À LA RACINE D'UN MEMBRE, EXCLUANT LE BLOC DIGITAL

3° Chirurgies mammaires :

- 3.1 Mastectomie chez la femme et chez l'homme
- 3.2 Exérèse de prothèse/capsulectomie
- 3.3 Augmentation mammaire
- 3.4 Réduction mammaire
- 3.5 Autre reconstruction mammaire

4° Chirurgies esthétiques :

- 4.1 Lipectomie abdominale
- 4.2 Abdominoplastie/redrapage cutané autres régions
- 4.3 Rhytidectomie (modelage facial)

5° Chirurgies orthopédiques :

- 5.1 Chirurgie pour lésions bénignes des os, muscles, ligaments, tendons, bourses synoviales et fascias et arthroplastie d'hallux
- 5.2 Exérèse de fil, clou, plaque et vis
- 5.3 Arthrotomie ou arthroscopie diagnostique ou thérapeutique, excluant la colonne vertébrale
- 5.4 Chirurgie pour maladie de Dupuytren
- 5.5 Chirurgie pour tunnel carpien
- 5.6 Reconstruction ligamentaire du genou
- 5.7 Acromioplastie, reconstruction de la coiffe

6° Chirurgies des voies respiratoires supérieures :

- 6.1 Chirurgie du nez pour lésions bénignes ou troubles respiratoires
- 6.2 Rhinoplastie
- 6.3 Chirurgie des sinus

7° Chirurgies des systèmes vasculaire et lymphatique :

- 7.1 Ligature, section et exérèse pour varices
- 7.2 Excision de ganglions superficiels

8° Chirurgies du système digestif :

- 8.1 Chirurgie des lèvres, de la bouche et de la langue pour lésions bénignes ou précancéreuses
- 8.2 Chirurgie anorectale pour fissure, fistule, hémorroïdes ou prolapsus
- 8.3 Excision de glandes salivaires pour lésions bénignes
- 8.4 Laparoscopie diagnostique
- 8.5 Chirurgie herniaire
- 8.6 Chirurgie bariatrique

- 9° Chirurgies gynécologiques :
 - 9.1 Exérèse de kystes, de tumeurs bénignes ou malignes
 - 9.2 Plastie des petites et grandes lèvres
 - 9.3 Cure de cystocèle toute voie d'approche, entéroécèle ou rectocèle
 - 9.4 Ligature tubaire toute voie d'approche
 - 9.5 Dilatation et curetage
 - 9.6 Hystérocopie diagnostique et thérapeutique
 - 9.7 Laparoscopie diagnostique et thérapeutique
 - 9.8 Hystérectomie vaginale simple
 - 9.9 Salpingo-ovariectomie ou ovariectomie toute voie d'approche

- 10° Chirurgies du système nerveux :
 - 10.1 Chirurgie pour lésion ou réparation de nerfs périphériques

- 11° Chirurgies de l'appareil visuel :
 - 11.1 Au laser
 - 11.2 Kératectomie superficielle de la cornée
 - 11.3 Exérèse de lésions cutanées de la paupière
 - 11.4 Blépharoplastie
 - 11.5 Tarsorrhaphie et séparation des paupières
 - 11.6 Chirurgie pour strabisme
 - 11.7 Chirurgie de la rétine

- 12° Chirurgies de l'appareil auditif :
 - 12.1 Réparation d'oreilles décollées (prominauris)

- 13° Chirurgies à des fins de transsexualisme :
 - 13.1 Vaginoplastie
 - 13.2 Phalloplastie avec insertion de prothèse pénienne
 - 13.3 Scrotoplastie avec insertion de prothèses testiculaires

- 14° Chirurgies cutanées :
 - 14.1 Chirurgie pour abcès, tumeur, kyste, plaie, fistule superficielle ou profonde, glandes sudoripares, avec ou sans greffe, et débridement de plaie
 - 14.2 Greffe
 - 14.3 Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices
 - 14.4 Exérèse avec ou sans plastie de sinus pilonidal

- 15° Biopsies mammaires

A.M. 2008-08, Ann; D. 223-2010; D. 706-2010, a. 1.

Annexe 3 – Exemples d'utilisation du terme « médical »⁴⁷

Nos soins et traitements médico-esthétiques

Derma s'est doté des technologies non invasives les plus performantes et sécuritaires pour vous offrir un éventail de soins dermo-esthétiques spécifiquement adaptés à vos besoins.

MÉDICO-ESTHÉTIQUES

Les soins médico-esthétiques sont spécifiques et demandent des connaissances particulières. Ils sont prodigués par nos techniciennes diplômées avec un niveau d'expérience supérieure et un professionnalisme exemplaire.

LaClinic mieux-être et beauté

LaClinic MB + Soins Médico-esthétiques Promotions

Soins Médico-esthétiques

Certificat

Derme.ca certifié
en ce 1^{er} mai 2012

A

Esthéticienne Médicale

Le mandat de l'Esthéticienne Médicale est d'informer et de pratiquer les protocoles pré et post opératoires ainsi que les technologies de la médecine esthétique.

D

Esthéticienne Technicienne

■ CLINIQUE MÉDICO-ESTHÉTIQUE

Soins médico-esthétique

- Agents de comblement
- Botox
- Hyperhidrose
- Mésothérapie
- Perte de cheveux
- Plasma (PRP)
- Varices

⁴⁷ Extraits de sites Web avec critère de recherche « clinique médico-esthétique ».

Annexe 4 - Brûlures à la suite d'interventions esthétiques

Interventions avec appareil de type lumière intense pulsée



Brûlures sur les membres



Brûlures sur la poitrine

Photoépilation au laser - le jour de l'intervention



Brûlures au visage

Annexe 5 – Ordonnance collective : exemple de sollicitation inappropriée



Bonjour,

Permettez-moi de faire appel à vous pour devenir signataire d'ordonnances collectives et partenaire d'affaire.

Nous avons tout déjà créé et organisé pour vous le volet administration et pratique selon les normes exigées par le collège des médecins.

Votre support est important pour notre entreprise et nous en seront très reconnaissant.

Je me présente, Manon _____, infirmière depuis 20 ans et présidente de LaClinic _____ et Inc.

Fort de mon expérience, je suis licenciée au Québec et en Ontario. J'offre des soins de rajeunissement sur mesure et appliqué selon les règles de l'art.

Je possède une excellente réputation et je suis référée auprès des plus grandes compagnies pharmaceutiques. Ma grande passion et mon dévouement ainsi que mon approche humaine et professionnelle m'ont permis de garder une clientèle fidèle.

À l'affût des technologies mondiales, La(_____) et _____ Inc. sauront vous représenter tel qui se doit.

Nous disposons d'un service de médecine esthétique de qualité et sécuritaire selon les pratiques et dicté par OIIQ et CMQ.

J'ai aussi acquis l'expérience comme infirmière chef d'équipe au bloc opératoire, spécialisée en soins d'urgence et régions éloignées ainsi que formatrice. Être à l'écoute des clients fait partie de mon approche professionnelle. Je suis une personne extrêmement minutieuse et expérimentée dans le domaine des techniques requises lors des injections. Mes valeurs reliées à la profession d'infirmière font de moi une experte en injection des plus compétentes.

En espérant pouvoir créer un plan d'action qui vous conviendra et au plaisir de travailler en collaboration.

Contactez-moi sans délai si vous désirez recevoir plus d'informations.

Cordialement,

Manon
Infirmière experte en injections
819

www._____.ca et www._____.ca
www.facebook.com/_____ et www.facebook.com/_____

Liens connexes :

Cliquez sur la souris de droite et cliquer sur ouvrir le lien
<http://www.cmq.org/pdf/activites-partage/article-ordonnanceslecollege-automne2012.pdf?t=1452822747522>

<http://www.cmq.org/page/fr/questions-reponses.aspx?ldSection=023>

Annexe 6 – Liste des recommandations

Recommandations à l'intention du Collège des médecins du Québec

- R-1.** Le groupe de travail recommande que tout patient qui souhaite recevoir des injections à des fins esthétiques fasse d'abord l'objet d'une évaluation médicale – afin que le médecin établisse un plan de traitement individualisé – et que le premier traitement soit effectué par le médecin qui a fait l'évaluation.
- Les traitements subséquents pourront être faits par le médecin qui a fait l'évaluation ou faire l'objet d'une ordonnance individuelle délivrée par ce même médecin à une infirmière ou à une infirmière auxiliaire, qui pourra l'exécuter aux conditions suivantes :
- > Le traitement doit avoir lieu dans un environnement adapté à la technique utilisée et répondant à toutes les exigences réglementaires applicables aux milieux de soins extrahospitaliers.
 - > Un médecin doit être accessible et disponible sur place pour prendre en charge une réaction adverse, le cas échéant.
 - > L'infirmière ne peut modifier le contenu de l'ordonnance sans qu'une nouvelle évaluation du patient soit faite par le médecin.
- R-2.** Le groupe de travail recommande que les médecins ne soient plus autorisés à délivrer une ordonnance collective ayant pour objet la réalisation d'injections à des fins esthétiques ou à permettre l'exécution d'une telle ordonnance collective ayant déjà été délivrée préalablement.
- R-3.** Le groupe de travail recommande que les médecins – autres que les chirurgiens plastique, les dermatologues, les ophtalmologistes et les oto-rhino-laryngologistes et chirurgiens cervico-faciaux – qui entreprennent une pratique en médecine esthétique soient tenus d'en informer la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins et de déposer un plan de formation devant inclure une formation théorique et pratique ainsi qu'une formation sur la gestion des réactions adverses et sur le cadre normatif applicable.
- R-4.** Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins encourage les organismes agréés en développement professionnel continu à développer et à dispenser une formation accréditée en médecine esthétique.
- R-5.** Le groupe de travail recommande que le Collège rappelle à ses membres l'obligation d'obtenir et de documenter le consentement du patient et l'importance d'informer les patients de tous les risques, même lorsqu'ils sont rares, et de tous les aspects de l'intervention lorsque les soins pour lesquels le consentement est demandé ne sont pas médicalement requis.
- R-6.** Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins intervienne auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux et du ministre de la Justice afin que ceux-ci mettent à la disposition du Collège un véhicule réglementaire permettant que les règles applicables aux centres médicaux spécialisés soient également applicables à tout milieu de soins extrahospitaliers, et notamment les règles relatives aux obligations de l'exploitant et du directeur médical.

- R-7.** Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins coordonne la publication d'un guide d'exercice rappelant les bonnes pratiques applicables dans le domaine de la médecine esthétique, et d'en assurer la diffusion et l'implantation. Ce manuel devra notamment rappeler aux médecins leurs obligations déontologiques de même que les règles relatives à la tenue des dossiers et des lieux où ils exercent, les règles applicables à l'obtention du consentement et les règles relatives aux normes de rédaction des ordonnances.
- R-8.** Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins coordonne également la publication d'un dépliant à l'intention du public afin de faciliter l'orientation des personnes qui songent à recourir à des soins de médecine esthétique.
- R-9.** Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins assure un suivi des recommandations du premier groupe de travail sur la médecine et la chirurgie esthétiques relatives à l'utilisation des lasers à des fins esthétiques, afin d'en assurer l'actualisation.
- R-12.** Le groupe de travail recommande que les activités de détatouage au laser et de détatouage chimique soient réservées aux professionnels de la santé qualifiés.
- R-14.** Le groupe de travail recommande que le Collège des médecins procède à l'analyse des activités à visée esthétique afin de déterminer ce qui est « médical » et de proposer des moyens d'encadrer l'utilisation des termes « médico », « médical » et leurs dérivés lorsqu'ils qualifient une activité à visée esthétique ou un lieu où sont dispensés des soins ou services esthétiques, afin d'assurer la sécurité et la protection du public, conformément à son mandat et à sa mission.

Recommandation à l'intention du ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

- R-10.** Le groupe de travail recommande que le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur intègre le programme de formation en photoépilation développé par le Comité sectoriel de la main-d'œuvre des services de soins personnels au programme de formation menant à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires en soins esthétiques.

Recommandation à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux

- R-11.** Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux développe des normes d'asepsie, d'hygiène, de désinfection et de stérilisation à l'intention des boutiques de tatouage et autres lieux offrant des services esthétiques de nature effractive, et qu'il s'assure du respect des normes établies.

Recommandation à l'intention de Santé Canada

- R-13.** Le groupe de travail recommande que Santé Canada considère la voie d'administration d'un produit lorsqu'il doit déterminer si une substance se classe comme médicament, produit de santé naturel ou produit cosmétique, et qu'il reconnaisse que tout produit injectable doit être considéré comme médicament et doit faire l'objet d'une homologation à ce titre.

Le groupe de travail sur la médecine esthétique

Le groupe de travail sur la médecine esthétique a été formé par le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec en janvier 2015. Pour s'assurer d'une véritable représentativité des médecins impliqués dans la dispensation de soins et traitements de médecine esthétique, le Collège a demandé aux deux fédérations médicales et aux associations concernées de désigner un représentant au groupe de travail. Les autres membres ont été désignés par le Collège.

Membres nommés par le Collège des médecins du Québec

Dre Francine Mathieu-Millaire, Présidente du groupe de travail
Membre du Conseil d'administration du CMQ
Représentante de l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec

Dre Suzie Daneau
Syndique adjointe à la Direction des enquêtes du Collège des médecins du Québec

Mme Sylvie Leboeuf
Conseillère à la Direction générale du Collège des médecins du Québec

Dre Louise Quesnel
Inspectrice à la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec

Dr Yves Robert, Secrétaire du groupe de travail
Secrétaire du Collège des médecins du Québec

Membres nommés par une fédération ou une association médicale

Dr Éric Bensimon
Représentant de l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec

Dre Chantal Bolduc
Représentante de l'Association des dermatologistes du Québec

Dr Roger C. Grégoire
Représentant de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dr Daniel Paquette
Représentant de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Dr Akram Rahal
Représentant de l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec

Remerciements

Le groupe de travail tient à souligner l'apport des personnes et des organismes rencontrés dans le cadre de ses travaux et à les remercier pour leur précieuse contribution. Chacun de ces intervenants a nourri la réflexion du groupe et partagé avec générosité ses connaissances et sa compréhension du domaine de la médecine esthétique.

Des remerciements doivent également être adressés à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et aux associations de spécialistes qui, d'une part, ont répondu à l'invitation du Collège des médecins et délégué un représentant au groupe de travail et qui, d'autre part, ont assuré la diffusion du sondage sur la médecine esthétique auprès de leurs membres. Le groupe remercie également les médecins qui ont pris le temps de répondre à ce sondage et de formuler des suggestions pertinentes sur différents aspects de la pratique de la médecine esthétique.

Le groupe remercie enfin le Collège des médecins du Québec, qui a facilité ses travaux et qui s'assurera du suivi et de la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport.