

Problèmes éthiques posés par la chirurgie de redétermination du sexe dans le cadre de la dysphorie de genre

Ethical problems about gender reassignment surgery in gender dysphoria

Laurent Garry*, Jean-Paul Meningaud*

RÉSUMÉ

- » La chirurgie de redétermination sexuelle reste en 2016 un domaine très peu enseigné pour la majorité du corps chirurgical, malgré la forte augmentation de la demande européenne.
- » Notre rôle, en tant que soignant, est de traiter la souffrance physique mais également la souffrance psychique de nos patients. La décision de valider l'acte opératoire doit en conséquence être prise par des chirurgiens sensibilisés aux aspects éthiques du syndrome complexe que représente la dysphorie de genre, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Mots-clés : Dysphorie de genre – Réassignation hormono-chirurgicale – Féminisation faciale – Éthique médicale – Éducation médicale.

SUMMARY

Transgender surgery remains, in 2016, for a lot of surgical teams, a poorly developed field, despite an increasing demand in Europe.

Our part, as health professionals, is to treat the physical suffering but also the psychological suffering of our patients. The validation of several operative procedures must therefore be made by surgeons trained in the ethical aspects of the complex syndrome represented by gender dysphoria, with the support of a multidisciplinary team.

Keywords: Gender Dysphoria – Reassignment surgery and hormonal treatment – Facial feminization – Medical ethics – Medical education.

Le DSM-V, outil de référence diagnostique et de classification des maladies mentales, n'utilise plus le terme de "trouble de l'identité sexuelle" (DSM-IV [1]), mais celui de "dysphorie de genre". Celle-ci n'est donc plus reconnue comme un trouble mental, mais associée dans sa définition à une importante souffrance psychique (2), et prise en charge à 100% au titre de la liste des 30 affections de longue durée (ALD 30).

Dysphorie de genre et société

En Europe, la prévalence de la dysphorie de genre est faible (1 patient femme vers homme pour 100 000 habitants et 1 patient homme vers femme pour 34 000 habitants) [3]. Le nombre total de demandes de soins par an en France est en augmentation ; en 2006, il dépassait 100. Chacun de ces patients pourra être demandeur de nombreuses interventions différentes, plastiques et fonctionnelles, maxillofaciale, du thorax et du petit bassin, dont il faudra évaluer le bénéfice au sein d'un véritable parcours de soin.

La transformation sexuelle est un parcours toujours complexe, et parsemé de nombreuses difficultés. L'incompréhension et les railleries émanant de la société, y compris du corps médical, sont le quotidien des patients ne pouvant pas aboutir à une transformation complète de changement de sexe, restant ainsi bloqués à un état de "travesti".

Mais on note un réel changement des mentalités, depuis le début des années 1980 en Europe et depuis les années 2012 en France, avec le "mariage pour tous", l'Association nationale transgenre (ANT) ou la Fédération des associations et des centres lesbiens, gays, bi et trans en France (LGBT) œuvrant pour les droits des transgenres, et la médiatisation de nombreux transsexuels célèbres devenus ambassadeurs de leur cause. Ces changements sont à la base de l'amélioration de la visibilité des transgenres dans notre société, ainsi que de celle de leur prise en charge médicochirurgicale. En 1998, le nombre de publications internationales sur la chirurgie de changement de sexe dans le cadre de la dysphorie de genre se limitait à 3 au total. Aujourd'hui, on en trouve une trentaine, publiées entre 1998 et 2016.

* Service de chirurgie plastique et maxillofaciale, CHU Henri-Mondor, Créteil.

La plasticité du corps

À propos des traitements proposés aux transsexuels, le philosophe belge Jean-François Malherbe pose la question suivante : "Il y a ici, indépendamment de la personne en demande d'aide, une question d'ordre général qui semble restée impensée jusqu'ici : la plasticité humaine est-elle plus accessible par le psychisme ou par l'organisme ?" (4). Transformer le corps, plus "plastique" et accessible que la psyché, nous permet de soulager la grande souffrance que peuvent éprouver ces patients et en constitue encore à ce jour la seule possibilité thérapeutique. Notre rôle, en tant que soignant, est de traiter la souffrance physique mais également la souffrance psychique de nos patients.

Hypothèses étiopathogéniques

Plusieurs théories en apparence très différentes tentent de répondre à la question complexe de l'origine de la dysphorie de genre. Pourquoi, tout comme l'hypertension artérielle ou le diabète, ne serait-elle pas multifactorielle ? Elle serait ainsi la résultante d'une anomalie psychohormonale, de facteurs socioéducatifs et d'un vécu original du complexe d'Œdipe :

- ✓ la théorie "organique" : avec la production aberrante d'hormones sexuelles dans certains centres cérébraux durant la vie fœtale ou périnatale (5) ;
- ✓ la théorie "psychanalytique" : où tout être humain est confronté à la différence des sexes à travers les relations intimes de ses parents, dont il est exclu. Cette condition humaine constitue le substrat sur lequel se développe le complexe d'Œdipe, qui n'arrive alors pas à être dépassé par les patients (6) ;
- ✓ la théorie "environnementale" : les stimuli environnementaux auxquels est soumis le nourrisson pourraient conditionner et fixer l'identité de genre avant l'âge de 2 ou 3 ans (7).

Le droit et la thérapeutique

Le changement d'état civil pour une personne transgenre recouvre 2 aspects bien distincts :

- ✓ le changement de prénom ;
- ✓ le changement de la mention du sexe.

Compte tenu de l'état actuel de la législation et de la jurisprudence française, il est plus facile d'obtenir le changement de prénom que la modification de la mention du sexe (ce dernier étant rendu possible par une jurisprudence de la Cour de cassation datant

de 1992). En son absence, le patient ne peut que se retrouver marginalisé, exposé à des tracasseries administratives de tout instant. On voit bien que, dans ce syndrome en particulier, jamais le droit n'a participé aussi pleinement à l'aspect thérapeutique.

L'article 3 de la loi dite de "bioéthique" du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain a permis de protéger le chirurgien réalisant un acte de réassignation chirurgicale. Ce dernier pourrait être considéré sinon comme illicite, dans le sens où il transforme un corps morphologiquement normal sans chercher à le réparer. Mais, grâce à cette loi, la notion de finalité permet de justifier certaines atteintes à l'intégrité du corps humain : "Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne."

Le parcours type d'un transgenre français

Équipe pluridisciplinaire

Les 3 acteurs de l'équipe pluridisciplinaire sont le psychiatre, l'endocrinologue et le chirurgien.

Le psychiatre fait dans un premier temps le diagnostic différentiel avec des pathologies psychiatriques associées, des perversions ou des dysmorphophobies accompagnant certaines psychoses. Il organise ensuite un suivi qui se fera sur une durée minimale de 2 ans. Des examens complémentaires sont prescrits : bilan endocrinien, et parfois un caryotype et un bilan radiographique afin de faire le diagnostic différentiel avec des états d'intersexualisme.

À la fin de la première année de suivi psychiatrique, l'endocrinologue a la possibilité de commencer une réassignation hormonale réversible. Le traitement hormonal deviendra irréversible dès les 6 premiers mois de son maintien.

La chirurgie de réassignation débutera vers la fin de la deuxième année du suivi psychiatrique, après accord de chacun des médecins consultés.

Des patients se tournant souvent vers le tourisme chirurgical

Il y a encore quelques années, de nombreux patients décidaient de partir se faire opérer à l'étranger. Les 2 principales raisons qui les y conduisaient étaient :

- ✓ les problèmes de changement d'état civil ;
- ✓ les délais opératoires.

Une clarification de la loi française est apparue indispensable pour protéger nos patients de cette pratique, responsable de situations socioéconomiques particulièrement dramatiques en cas de complications

Problèmes éthiques posés par la chirurgie de redétermination du sexe dans le cadre de la dysphorie de genre

postopératoires. De plus, le parcours diagnostique psychiatrique n'est souvent pas aussi pointu et expose des patients sans indications chirurgicales à avoir recours à des chirurgies irréversibles.

La décision chirurgicale

Le rapport chirurgical-patient

Il n'est pas rare pour les patients présentant une dysphorie de genre d'éviter de partager avec les professionnels de la santé les informations concernant leur identité ainsi que leur historique médical. Par le passé, de nombreuses expériences négatives au sein des systèmes de santé, rapportées par les associations, ont développé chez eux un certain niveau de méfiance (8). Un professionnel de la santé sensibilisé à la prise en charge de ces patients pourra améliorer le rapport de confiance avec ces derniers.

Les craintes du chirurgien

De façon assez exceptionnelle en chirurgie, aucune indication ne sera posée sans la collaboration d'un psychiatre.

Une des principales craintes est celle du risque de suicide postopératoire. Elle est toujours exprimée par les chirurgiens mais ce risque reste, malgré la difficulté d'une évaluation scientifique rigoureuse, quasiment nul, et le suicide n'est qu'exceptionnellement associé au geste chirurgical. Il existe de très nombreux biais d'évaluation représentés par un contexte social et familial souvent complexe.

Les regrets de patients comme de chirurgiens concernant des indications opératoires sont également rares.

Des interventions parfois partielles

Actuellement, les patients sont demandeurs de techniques à la fois plastiques et fonctionnelles, leurs permettant d'être ainsi reconnus à part entière, socialement et intimement, comme faisant partie de l'autre sexe. Des opérations partielles peuvent parfois être envisagées, si le patient le demande et après avis du psychiatre. Tout dépend de l'estimation de l'amélioration de la qualité de vie qui sera ressentie par le patient après une chirurgie qui n'aura pas pu finaliser son changement de sexe. Si l'indication a été discutée de façon collégiale, cela ne doit pas poser de problème.

Par exemple, un tiers des transsexuels femmes-hommes ne demandent pas de phalloplasties et ne devraient pas y être poussés.

Les patients jeunes

La réassignation hormonale par l'endocrinologue est une technique bien tolérée et présentant peu d'effets indésirables, permettant d'améliorer la qualité de vie et la santé mentale de nombreux jeunes patients et adolescents présentant une dysphorie de genre (9). Malheureusement, l'accès à cette approche reste limité aux rares consultations pédiatriques spécialisées sur le territoire français.

De même, chez des patients jeunes, de nombreuses questions sur le risque de stérilité que présente un changement de sexe se posent : ils souhaitent pouvoir bénéficier des techniques modernes préservant leur fertilité préalablement ou au cours de leur transformation de genre, bien que ces aides médicales ne mènent pas toujours aux résultats escomptés, comme chez n'importe quel patient (10).

Conclusion

Il n'échappera à personne que les patients présentant une dysphorie de genre souffrent toujours aujourd'hui d'un certain nombre de discriminations ayant un effet négatif sur l'accès aux soins et aux services sociaux et dans certains milieux professionnels.

Le système français de prise en charge de ces patients, qui s'est beaucoup amélioré ces dernières années, permet une fiabilité diagnostique presque parfaite. La féminisation du visage, par exemple, est le plus souvent acceptée en ALD. Les délais, en revanche, sont encore un peu longs. Dans le domaine de la dysphorie de genre, le chirurgien est presque contraint de déléguer son pouvoir de décision chirurgicale au psychiatre. Il n'a ici aucun examen complémentaire sur lequel s'appuyer, et seule comptera la confiance qu'il peut entretenir avec le psychiatre de l'équipe. Il importe donc que celui-ci ait une grande expérience et que l'équipe soit soudée. Le chirurgien sera en quelque sorte le dernier rempart pouvant freiner une indication chirurgicale soutenue par le psychiatre, mais n'ira jamais au-delà de l'avis de ce dernier. Cela explique peut-être le faible nombre de suicides postopératoires en France.

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Washington (district de Columbia), États-Unis, et Londres, Angleterre, 2000:673.
2. American Psychiatric Association. *DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Arlington (Virginie), États-Unis, 2013:594.
3. Bourgeois ML. *Troubles de l'identité sexuelle : dysphorie de genre et transsexualisme*. Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie 1998;37299.

4. Malherbe JF. *Les paradoxes de l'éthique clinique : un cas de chirurgie transsexuelle*. *Fondements de l'éthique clinique*. FRSQ-U6 1996;10.
5. Buvat J, Lemaire A, Ratajczyk J. *Responsabilité hormonale au cours des dysfonctions sexuelles, l'homosexualité, le transsexualisme, les comportements sexuels déviants : diagnostic et conséquences thérapeutiques*. *Contracept Fertil Sex* 1996;24(11):843-6.
6. Czermak M, Frignet H. In collectif. *Sur l'identité sexuelle. À propos du transsexualisme*. Paris : Association freudienne internationale, 1996:17.

7. Stoller RJ. *Masculin ou féminin*. Paris : PUF, 1989.
8. Sallans RK. *Lessons from a transgender patient for health care professionals*. *AMA J Ethics* 2016;18(11):1139-46.
9. Mitu K. *Transgender reproductive choice and fertility preservation*. *AMA J Ethics* 2016;18(11):1119-25.
10. Crall CS, Jackson RK. *Should psychiatrists prescribe gender-affirming hormone therapy to transgender adolescents?* *AMA J Ethics* 2016;18(11):1086-94.