

■ Éthique

Les enjeux éthiques de la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

RÉSUMÉ : Sur le plan de l'éthique, la chirurgie en général et la chirurgie plastique en particulier se distinguent-elles de la médecine ? La spécificité de la chirurgie plastique et esthétique réside dans un travail systématique impliquant une forme, au sens littéral du terme. L'enjeu peut être fonctionnel (couverture d'un genou, reconstruction mandibulaire), quasiment toujours psychologique (chirurgie esthétique, défiguration, victimologie) ou vital (fasciites nécrosantes).

Mais, dans tous les cas, ce qui fait la singularité de cette discipline chirurgicale est de devoir composer avec une forme qu'il s'agit de reconstruire ou d'améliorer. Cette singularité a été à l'origine de grands débats éthiques dans au moins trois domaines : la greffe de visage, la chirurgie esthétique et la chirurgie de conversion sexuelle. En outre, cette singularité éclaire forcément d'un jour différent le questionnement éthique dans le domaine de la recherche et de la pédagogie médicale.



J.-P. MENINGAUD
Service de Chirurgie plastique
et maxillo-faciale,
Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL.

Les quatre principes de la bioéthique sont, dans l'ordre chronologique :

- le principe mosaïque de justice ;
- le principe de non-malfaisance hippocratique (*primum non nocere*) ;
- le principe chrétien de bienfaisance ;
- le principe kantien d'autonomie de la volonté.

Aujourd'hui, quelle que soit la discipline, médicale ou chirurgicale, le principe de respect de la loi reste bien entendu d'actualité. Le principe hippocratique fait toujours partie du serment que tout médecin prononce juste après sa soutenance de thèse. Il demeure un phare dans la prise de nos décisions difficiles.

Le principe de bienfaisance était encore prédominant lorsque j'étais interne et chef de clinique. Sa connotation paternaliste a lassé un certain temps. J'ai l'impression qu'il refait surface à mesure que l'on réalise qu'un consentement parfaitement éclairé est une fiction certaine-

ment utile pour prendre des décisions juridiques, mais qui reste une utopie à l'échelle du fonctionnement du cerveau humain. En effet, une réponse entraîne une question et certains d'entre nous ont passé plus de 30 ans à se questionner sur une seule pathologie. On conçoit qu'un patient ne puisse jamais être parfaitement informé dès lors que tout sachant honnête se considère lui-même comme un ignorant. Malgré tout, le principe qui domine aujourd'hui est celui qui consiste, pour le patient, à pouvoir se donner sa propre norme (autonomie), c'est-à-dire à prendre des décisions de façon libre et responsable en s'appuyant sur une information la plus exhaustive possible.

En fonction de ces principes, la chirurgie en général et la chirurgie plastique en particulier se distinguent-elles de la médecine [1] ? Je ne le pense pas. Mais comme dans le théâtre antique, si les acteurs restent les mêmes, les masques changent.

Éthique

■ La greffe de visage¹

En 2002, lorsque le Dr Peter Butler, chirurgien plasticien au Royal Free Hospital de Londres, annonce son intention de greffer un visage, le spécialiste de la face ne pouvait que rester perplexe face à la réaction médiatique qu'il a déclenchée. Ainsi, une partie du débat s'était portée sur la question de savoir s'il était éthique de prendre l'identité (au sens de la ressemblance) de quelqu'un d'autre ! Personne ne s'était soucié de savoir si cette hypothèse, certes passionnante sur le plan du raisonnement formel, était valide sur le plan scientifique et donc, en définitive, si elle permettait de prendre une décision.

En fait, le visage n'est pas uniquement une interface esthétique mais est aussi un ensemble de tissus qui permettent de réaliser des fonctions essentielles comme la phonation, la déglutition, la protection oculaire, la respiration et bien entendu de nombreuses fonctions sociales. Lors des premiers débats éthiques, l'aspect fonctionnel du visage avait été complètement gommé au profit de discussions sur sa charge symbolique. En tant que spécialiste de la face, je peux assurer que lorsqu'un patient n'a pas de visage, c'est vraiment l'aspect fonctionnel qui passe au premier plan. Le patient réclame avant tout de pouvoir exécuter toutes les fonctions citées plus haut.

Quelles sont les problèmes éthiques soulevés par la greffe de face ? Il y a tout d'abord toutes les questions qui tournent autour du respect de la dignité du donneur. Concernant le greffé, les questions sont nombreuses. Est-il éthique de réaliser une greffe de face sur un patient ayant fait une tentative de suicide étant donné le risque de récurrence ? Est-il éthique de réaliser une greffe de face sur un patient aveugle ? Quelle est la valeur du consen-

tement informé sachant que les patients concernés sont le plus souvent désespérés ? La greffe de face doit-elle être considérée comme de la recherche ou du soin ? Quel est le rapport coût/bénéfice de l'intervention sachant que ces interventions sont extrêmement chères et que la somme allouée permettrait de soigner de nombreux autres patients pour d'autres pathologies (discussion éthique classique sur le bénéfice individuel *versus* le bénéfice collectif) ? Que penser de la couverture médiatique de ces interventions ?

En réalité, la question la plus importante est : est-il éthique ou pas de proposer une greffe de visage ? Au moment où la première greffe a lieu, c'est-à-dire en 2005 à Amiens, les risques étaient connus mais les bénéfices ne l'étaient évidemment pas puisqu'aucune greffe de visage n'avait été réalisée. Les risques du traitement immunosuppresseur étaient déjà connus grâce à l'expérience accumulée sur d'autres greffes d'organes et de tissus composites (mains). D'un autre côté, on savait qu'un certain nombre de patients défigurés nécessitaient plus d'une cinquantaine d'opérations chirurgicales, avec des bénéfices non satisfaisants.

C'est finalement l'expérimentation conduite dans différents pays, notamment en France, en Espagne et aux États-Unis, qui a permis d'apporter un certain nombre de réponses. On a pu constater que, contrairement à ce que nous avions imaginé, tous les patients greffés nécessitaient d'autres opérations pour parfaire les résultats. Également, les patients étaient considérablement améliorés sur le plan fonctionnel mais ne pouvaient passer complètement inaperçus sur le plan esthétique. Enfin, les risques anticipés concernant notamment le rejet aigu ou chronique se sont malheureusement matérialisés dans la pratique.

En synthèse, les spécialistes considèrent que la greffe de visage reste éthique mais dans des indications exceptionnelles qui doivent être évaluées par des comi-

tés experts en chirurgie réparatrice de la face et notamment dans le domaine de la défiguration. La greffe de visage est probablement une étape dans l'histoire de la médecine. Beaucoup de chercheurs comme Benoît Langelé travaillent sur les greffons décellularisés et réensemencés. D'autres travaillent sur le *bio-printing*. De nouveaux questionnements éthiques se feront jour.

■ La chirurgie esthétique²

La chirurgie esthétique pose un problème éthique considérable, celui du rapport bénéfice/risque des interventions sans bénéfice fonctionnel³. Lorsqu'un patient présente une fracture de jambe, une occlusion intestinale ou un trouble de la perméabilité des fosses nasales, le bénéfice attendu de l'intervention est évident. En revanche, en chirurgie esthétique, ce bénéfice semble plus subtil à appréhender. De fait, pendant longtemps, il n'était pas mesuré.

Il est désormais amplement montré que des interventions sur l'apparence peuvent avoir un effet positif sur la santé dans des domaines très concrets : posture [2], douleurs chroniques (cervicales et dorsales) [3], arrêt du tabagisme [4], amélioration de l'hygiène de vie (perte de poids, alimentation, activité physique, avec incidence sur la glycémie) [5], fonction respiratoire [6] et champ visuel [7]. L'intérêt de la chirurgie et de la médecine esthétique n'est plus à démontrer sur le plan psychique : anxiété [8, 9], qualité de vie [10], estime de soi [11], confiance en soi et sexualité [12]. Or, il a été démontré que l'amélioration de dimensions

¹ Pour aller plus loin, je conseille le livre que nous avons écrit avec le Pr Philippe Pirnay : *La greffe de visage* (Bréal, 2011). Plusieurs chapitres de ce livre sont dévolus à la réflexion éthique.

² Pour aller plus loin, je conseille la lecture de mon livre *Le Programme anti-âge du Pr Meningaud*, publié en autoédition, où je dédie certains chapitres à la réflexion éthique sur la médecine et chirurgie esthétique.

³ Il existe d'autres interventions sans bénéfice fonctionnel qui posent des problèmes éthiques complètement différents comme la chirurgie de don d'organe sur donneur vivant ou la chirurgie placebo.

psychologiques comme l'anxiété, la confiance en soi ou l'estime de soi avait une influence sur la sécrétion des hormones de stress [13]. Il y a donc tout lieu de penser que la chirurgie esthétique peut directement et/ou indirectement améliorer l'état de santé général.

Ce sont finalement les résultats de la recherche qui sont en train de vider de sa substance la question éthique du rapport bénéfice/risque des interventions de chirurgie esthétique. Il reste à préciser ces bénéfices en fonction des techniques de plus en plus simples (donc moins risquées) mises en œuvre.

Là encore, c'est la recherche médicale qui permet d'orienter la réflexion éthique sur l'ordre des valeurs. Il y a actuellement un retard des pouvoirs publics et du sens commun en général sur la compréhension de l'utilité des procédures de chirurgie ou de médecine esthétique. L'intérêt de la chirurgie des oreilles décollées chez l'enfant est compris depuis longtemps, au point que cette opération est prise en charge par l'Assurance Maladie. Un travail à la fois scientifique et d'explication reste à faire pour de nombreuses autres indications. Enfin, il faut tordre le cou à ce raccourci qui consiste à considérer qu'une intervention n'est utile que si elle est prise en charge. Un contre-exemple : les implants dentaires sont extrêmement utiles et ne sont pourtant pas pris en charge, sauf rares exceptions. Ainsi la réflexion scientifique sur l'utilité des interventions doit mettre de côté, au moins provisoirement, la question de la prise en charge, qui ne la concerne pas directement.

La chirurgie de conversion sexuelle

Quel est (ou était) le parcours médical classique d'un transsexuel français ? Il ne s'agit pas ici de rentrer dans le détail, mais juste de situer les choses. Le transsexuel consulte un psychiatre travaillant au sein d'une équipe spécialisée

(avec un endocrinologue et un chirurgien). Il s'agit dans un premier temps de faire le diagnostic différentiel avec les perversions ou les dysmorphophobies accompagnant certaines psychoses. Ensuite, un bilan organique est réalisé : bilan endocrinien, caryotype, radiographique afin de faire le diagnostic différentiel avec les états d'intersexualisme. Un suivi psychiatrique d'une durée minimale de 2 ans est réalisé afin de tester la motivation du patient. Il ne s'agit pas d'une psychothérapie, même si un soutien psychologique peut par ailleurs être nécessaire, les états dépressifs associés étant fréquents. Puis vient l'étape du traitement hormonal [14], qui se décompose en deux phases. Chez le transsexuel homme-femme : 6 mois de traitement antiandrogène (dévirilisation) puis association d'hormones féminines (féminisation) ; chez le transsexuel femme-homme : 6 mois de traitement progestatif (déféminisation) puis un traitement par testostérone (virilisation).

Enfin, du moins en théorie, vient l'étape des opérations chirurgicales. Chez le transsexuel homme-femme : castration, vaginoplastie, prothèses mammaires, féminisation de visage et autres opérations plus sophistiquées ; chez le transsexuel femme-homme : mammectomie, hystérectomie et phalloplastie. Le changement d'état civil (sexe et prénom) se fait par demande au tribunal de grande instance du lieu de résidence. Cette procédure prend un an mais souvent beaucoup plus, nécessite une expertise et peut s'avérer onéreuse pour les patients ne bénéficiant pas de l'aide juridictionnelle.

Les problèmes éthiques sont nombreux. J'en citerai trois :

>>> Depuis peu, des patients français parviennent à obtenir une ALD (affection de longue durée avec prise en charge à 100 %) en quelques mois après n'avoir consulté un psychologue qu'une seule fois. Le certificat d'un généraliste suffit parfois à faire le reste. Tout le travail évoqué en amont n'a pas été fait.

>>> Les demandes de réassignation très tardives dans la vie (plus de 50 ans) chez des personnes ayant déjà des enfants et surtout ayant un morphotype difficilement féminisable posent question. Je pense notamment aux épaules, aux poignets et au bassin.

>>> Les abus de réassignations chez l'enfant ont récemment défrayé la chronique au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie. Le journal *The Economist* y a même consacré sa une en 2020.

La recherche en chirurgie esthétique

En matière d'expérimentation humaine, il est classique de distinguer deux périodes : avant et après le code de Nuremberg de 1947, résultat du procès des médecins nazis responsables de tortures sur les déportés, sous prétexte d'"expérimentations cliniques". Le premier article du code de Nuremberg rendait le consentement obligatoire pour toute recherche médicale. En 1949, l'Association médicale mondiale (AMM) publiait un premier code d'éthique dans lequel ni le consentement, ni l'expérimentation humaine n'étaient évoqués. En 1964, cette même AMM adoptait la déclaration d'Helsinki, texte prudent qui tentait de préciser dans quelles conditions la recherche scientifique était compatible avec l'activité clinique des médecins. Le consentement absolu, libre et informé dans les situations de recherche "scientifique pure" devenait simplement requis, en fonction d'une information laissée à la libre appréciation de l'expérimentateur, dans les situations de recherche "thérapeutique".

En 1982, L'Organisation mondiale de la santé et le Conseil des organisations internationales des sciences médicales reprenaient à Manille la déclaration d'Helsinki tout en la modifiant pour la rendre applicable aux populations défavorisées et vulnérables, étant entendu que ces dernières étaient peu

■ Éthique

POINTS FORTS

- Les quatre principes de la bioéthique sont, dans l'ordre chronologique : le principe mosaïque de justice, le principe hippocratique de non-malfaisance (*primum non nocere*), le principe chrétien de bienfaisance et le principe kantien d'autonomie de la volonté.
- L'éthique n'est pas le droit, n'est pas la philosophie, n'est pas la religion et n'est pas la morale.
- L'éthique est une réflexion sur l'ordre des valeurs.
- L'éthique médicale est un processus dynamique et prospectif qui naît toujours d'une tension entre deux propositions légitimement défendables.
- La résolution des conflits éthiques ne fait appel ni au compromis ni au consensus, mais à un ternaire qui dépasse les oppositions. La dualité devient ainsi féconde.
- L'éthique n'est jamais figée. La réflexion éthique est un processus prospectif et évolutif.
- "L'éthique, c'est l'esthétique du dedans" (Pierre Reverdy).

au fait de la culture scientifique et que le consentement, dans ces conditions, était utopique. En France, la recherche biomédicale a été réglementée par la loi du 20 décembre 1988, proposée par les sénateurs Claude Hurriet et Franck Sérusclat et adoptée en large consensus. Depuis, les lois dites de bioéthique, leur révision et la loi Jardé votée en 2012 ont complété la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale.

La méthodologie scientifique qui permet de trancher la plupart des questions médicales n'est souvent pas adaptée en chirurgie et en particulier en chirurgie plastique. La randomisation en double aveugle est en effet difficile en chirurgie et impossible en chirurgie plastique. La "chirurgie placebo" est considérée par nombre de nos contemporains comme non éthique. D'autres, au contraire, pensent qu'au prix d'une fausse incision, on peut trancher définitivement d'importantes questions et éviter ainsi de très nombreuses opérations inutiles.

Certainement, mais n'oublions pas tout de même que beaucoup d'études randomisées en double aveugle se contredisent les unes les autres ; c'est pourquoi la recherche conduit des méta-analyses qui, parfois, se contredisent aussi ! Dans le domaine de la chirurgie, est-on prêt à consentir autant d'interventions placebo ? Enfin et surtout, la chirurgie placebo est impossible en chirurgie plastique. Je rappelais en introduction qu'elle impliquait toujours un travail sur la forme au sens physique du terme.

Une autre problématique est liée à la lourdeur des procédures de contrôle et au coût qu'elles génèrent. La conséquence est qu'une partie de la recherche chirurgicale est détournée vers des États moins scrupuleux. Pour tous ceux qui savent lire la presse scientifique internationale, les différences sont flagrantes. Une parade utilisée par beaucoup d'équipes américaines ou européennes découragées par l'inflation législative est de réaliser de fausses études rétros-

pectives. Il s'agit de collecter des informations prospectivement, donc de façon exhaustive, mais de les publier de façon rétrospective comme si l'on avait rouvert ses propres dossiers. Pour paraphraser le doyen Carbonnier qui disait que trop de droit tuait le droit, on peut se demander si trop d'éthique ne tue pas l'éthique.

Dans tous les cas, il faudra que les prochaines révisions des lois sur la recherche, tout en ne renonçant à rien sur le terrain de l'éthique, aient à cœur de simplifier les procédures. Peut-être faudrait-il des comités plus spécialisés en chirurgie ? Amoureux de leur bloc opératoire, les chirurgiens se font plutôt rares dans tous les comités et les comités de protection des personnes en particulier.

■ La pédagogie médicale

Le problème éthique général de l'enseignement en chirurgie est celui de l'apprentissage d'actes techniques sur le patient lui-même. En médecine, la double commande est plus facile. En chirurgie, *in fine*, une seule personne tient le bistouri. Pendant longtemps, le grand simulateur d'interventions était le laboratoire d'anatomie. Aujourd'hui, cette voie reste importante mais l'accès est parfois très difficile. Heureusement, grâce aux progrès de la technique, des simulateurs faisant appel à des mannequins, des modèles physiques ou la réalité virtuelle voient actuellement le jour. Ils ont fait l'objet de sessions entières de notre Académie nationale de chirurgie.

Le problème spécifique posé en chirurgie plastique est celui de l'enseignement de la chirurgie esthétique. Dans la plupart des pays, la chirurgie esthétique n'est pas pratiquée en CHU, de telle sorte que les chirurgiens plasticiens apprennent cette chirurgie exclusivement en ville, sans l'arsenal qui permet d'accompagner l'apprentissage. Exception culturelle française, la chirurgie esthétique est enseignée en CHU et fait officiellement partie du programme de l'interne. Après,

bien sûr, rien n'empêche de continuer le compagnonnage en ville. Que cela demeure ainsi.

■ Conclusion

J'entends souvent dire ici ou là : "il n'est pas éthique de faire ceci ou cela", voire "il n'est pas éthique de penser ceci ou cela". Je vois aussi des personnes s'ériger en "éthiciens". Je voudrais rappeler que l'éthique n'est pas le droit, n'est pas la philosophie, n'est pas la religion et n'est pas la morale. L'éthique médicale est un processus dynamique et prospectif qui naît toujours d'une tension entre deux propositions qui sont légitimement défendables l'une comme l'autre, alors même qu'il faut en conscience en choisir une. Il s'agit d'alimenter une réflexion sur l'ordre des valeurs. Cette réflexion n'appartient à personne et surtout pas aux "éthiciens". J'ai moi-même un doctorat en éthique et, pourtant, cela ne me donne aucun droit supplémentaire et encore moins de dire "l'éthique" comme on peut dire "le droit".

L'éthique appartient aux personnes qui sont dans les pratiques au sens très large du terme. De ce point de vue, nous sommes tous égaux. La bonne décision peut découler de la réflexion du plus humble. L'éthique n'est jamais figée. Elle est a-dogmatique par nature. Elle évolue en fonction des époques, des cultures,

des circonstances et des cas particuliers. L'éthique médicale essaye de s'appuyer le plus possible sur des données objectives et donc le plus souvent sur des données scientifiques, qui elles-mêmes évoluent.

Ce texte est en partie extrait d'une conférence de l'auteur à l'Académie nationale de chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE

1. HERVÉ C, GAILLARD M, MENINGAUD J.-P. *Éthique des pratiques en chirurgie (L'éthique en mouvement)*. L'Harmattan, 2003.
2. OLIVEIRA DE SA P, SILVA PORTO NR, FERNANDES DE CARVALHO V *et al*. The effect of reduction mammoplasty on body posture: a preliminary study. *Plast Surg Nurs*, 2020;40:29-34.
3. CHAO JD, MEMMEL HC, REDDING JF *et al*. Reduction mammoplasty is a functional operation, improving quality of life in symptomatic women: a prospective, single-center breast reduction outcome study. *Plast Reconstr Surg*, 2002; 110:1644-1654.
4. VAN SLYKE AC, CARR M, KNOW ADC *et al*. Perioperative and long-term smoking behaviors in cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*, 2017;140:503-509.
5. NARSETE T, NARSETE M, BUCKSPAN R *et al*. Large-volume liposuction and prevention of type 2 diabetes: a preliminary report. *Aesthetic Plast Surg*, 2012;36:438-442.
6. ZOUMALAN RA, CONSTANTINIDES M. Subjective and objective improvement in breathing after rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg*, 2012;14:423-428.
7. HOLLANDER MHJ, CONTINI M, POTT JW *et al*. Functional outcomes of upper eyelid blepharoplasty: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2019;72: 294-309.
8. MOSS TP, HARRIS DL. Psychological change after aesthetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study. *Psychol Health Med*, 2009;14:567-572.
9. MENINGAUD JP, BENADIBA L, SERVANT JM *et al*. Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery. *J Craniomaxillofac Surg*, 2003;31:46-50.
10. LITNER JA, ROTENBERG BW, DENNIS M *et al*. Impact of cosmetic facial surgery on satisfaction with appearance and quality of life. *Arch Facial Plast Surg*, 2008; 10:79-83.
11. KOURIS A, PLATSIDAKI E, CHRISTODOULOU C *et al*. Patients' self-esteem before and after chemical peeling procedure. *J Cosmet Laser Ther*, 2018;20:220-222.
12. BRUCK JC, KLEINSCHMIDT A, OTTOMANN C. [Increased self-confidence and decreased sexual discomfort after subpectoral mammoplasty]. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 2011;43:112-118.
13. LIU SY, WROSCHE C, MILLER GE *et al*. Self-esteem change and diurnal cortisol secretion in older adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, 2014;41: 111-120.
14. LUTON JP, BREMONT C. La place de l'endocrinologie dans la prise en charge du transsexualisme. *Bull Acad Natl Med*, 1996;180:1403-1407.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.