Cour des assurances sociales
25 JUIN 2015

Expertise de Madame Christa MUTH

1. Exposé des faits

Madame Christa MUTH est atteinte d'un trouble de l'identité de genre depuis son enfance (Ref.1). Le docteur Graham L. PEVELLER, gender consultant, a préavisé pour une opération chirurgicale de réassignation sexuelle le 30 juin 2008 (Ref.2). Madame MUTH a été évaluée également par le docteur Jurg NAEF, qui commente dans son courrier du 27 Novembre 2008 que Madame Christa (ex-Christophe) MUTH l'a consulté pour un transsexualisme homme-femme et qu'il y avait en effet une indication médicale pour une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle (Sex Reassignment Surgery, SRS) (Ref.3).

Pour l'assurance obligatoire des soins médicaux, Madame Christa MUTH est affiliée auprès d'Assura depuis le 1ier juin 1984. Assura a reconnu le diagnostic de dysphorie de genre selon les conditions posées par la jurisprudence. Assura a, dès le début, précisé que les prestations légales allaient être allouées pour les frais engagés en Suisse (Ref.4).

Néanmoins, Madame Christa MUTH décrit dans une lettre du 9 février 2009 (Ref.5) les diverses démarches qui l'ont conduite à se soumettre à cette intervention chirurgicale non en Suisse mais à Bangkok, Thaïlande, par le docteur PREECHA à son Aesthetic Institute, et ceci pour des motifs de compétences, de sécurité médicale et aussi d'économie. Le coût de l'opération pratiquée à Bangkok est de 27 500 Francs Suisses et le docteur PREECHA était capable d'effectuer deux interventions en un temps, c'est à dire une chirurgie de réassignation sexuelle combinée avec une chirurgie faciale féminisante.

Madame Christa MUTH a demandé la prise en charge de l'intervention pratiquée en Thaïlande, ainsi que les frais d'épilation, ce qui a été refusé par Assura qui a estimé que les prestations fournies par le PREECHA Aesthetic Institute pouvaient tout aussi bien être fournies en Suisse (Ref.6). En effet, selon l'article 36 al.1 OA Mal, des coûts occasionnés pour un traitement à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, mais *uniquement lorsque ce traitement ne peut être fourni en Suisse soit s'il est établi qu'une mesure thérapeutique en Suisse par rapport à une alternative de traitement à l'étranger comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés* (RAMA 2003 nr. KV 253 p. 231 consid.2). Dans ces cas-là, il s'agit en règle générale de traitements qui exigent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante (GEBHARD EUGSTER Krankenversicherung, ch. 180) (Ref.7).

Assura a jugé que les traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils répondent à des protocoles largement reconnus et que par conséquence l'assurée n'avait pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger (Ref.8).

Madame Christa MUTH a donné plusieurs arguments pour que les frais de l'opération de réassignation pratiquée par le docteur PREECHA, le 12 décembre 2008, ainsi qui les frais de l'épilation définitive par électrolyse, devraient lui être remboursés: elle a déclaré que la pratique des hôpitaux Suisses en matière de réassignation sexuelle est limitée, alors que le PREECHA Aesthetic Institute pratique chaque année des centaines d'opérations de ce type. En plus, à Bangkok, deux

opérations distinctes (réassignation sexuelle et chirurgie faciale) sont pratiquées durant la même anesthésie totale (Ref.9).

Madame Christa MUTH a mentionné en plus que les hôpitaux suisses ne sont pas équipés pour pratiquer au cours de la même anesthésie deux interventions aussi complexes et que deux opérations successives donnent plus de risques liés à l'anesthésie et coûtent plus cher. Selon elle (Ref.10): "*.....les opérations de réassignation sexuelle étant hautement complexes et spécialisées, ne devraient être pratiquées que par des spécialistes hautement qualifiés, capables d'atteindre les standards de qualité les plus élevés au plan international. Si cette expérience et ces capacités manquent, les patients sont exposés à des risques élevés de complications sévères et de problèmes psychologiques. A l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens pratiquant ce type d'opérations dans les hôpitaux publics suisses n'ont pas les compétences et l'expérience nécessaire pour atteindre des résultats acceptables. Les personnes transgenres qui ne peuvent assumer les frais de choisir leur chirurgien sont finalement contraintes de choisir entre un travail de mauvaise qualité, ou pas de réassignation sexuelle du tout.*"

Finalement, selon Christa MUTH, la restauration de son état de santé général a été possible grâce à la capacité du PREECHA Aesthetic Institute de la recevoir sans long délai d'attente en prévision d'une seule intervention chirurgicale en d'une seule anesthésie, et à un moindre coût qu'en Suisse (Ref.11AB).

La question cruciale qui se pose est donc -si en effet- les traitements dispensés à l'étranger réduisent les risques d'une manière significative pour diverses raisons et procurent aux patients des avantages notables en termes de perspectives de guérison et de reprise de travail plus rapide.

2. Expertise précédente.

Dans un premier temps, monsieur Jurg MUHEIM de Lausanne a été chargé de l'expertise dans cette affaire (Ref.12). Il avait été chargé de récolter des informations auprès des Hôpitaux Universitaires Suisses de Bâle, Bern, Genève, Lausanne et Zürich ainsi que du PREECHA Institute à Bangkok. Comme décrit dans ses lettres du 30 mai 2012 (Ref.13) et du 20 juin 2012 (Ref.14) à Madame la Juge Dominique Thalmann du Tribunal Cantonal de Lausanne, cette récolte d'informations s'était révélée bien plus complexe qu'initialement estimée, ce qui a entraîné des reports de délai. Le PREECHA Institute avait été en mesure de fournir des réponses sur l'ensemble de la période et sur les questions posées. Par contre, des changements intervenus au niveau des chefs et des membres des équipes médicales suisses, ainsi que des problèmes de systèmes d'information et de gestion, ont été invoqués par plusieurs hôpitaux suisses pour expliquer leur incapacité de fournir les informations pour l'ensemble de la période et sur la totalité des questions posées. Pour la période 2001 - 2010 à peu près 1 400 personnes ont été opérées à Bangkok ce qui donne une moyenne annuelle d'environ 140 patients. Au CHUV il s'agissait (pour la période 2007-2011) de 11 patients seulement. A Genève et à Bern apparemment aucune intervention de réassignation sexuelle n'a été pratiquée. De 2005 jusqu'à 2012, 14 personnes ont été opérées à Bâle, ce qui donne une moyenne annuelle de 2 à 3 personnes. A Zürich ils n'ont pas pu procurer le nombre exact de patients opérés entre 2001 et 2010, mais le chef de service estimait qu'il s'agirait d'une moyenne annuelle de 8 à 12 opérations de réassignation sexuelle homme-femme (Ref.14).

Dans sa lettre du 30 mai 2012 (Ref.13) à Madame la Juge Dominique Thalmann du Tribunal Cantonal de Lausanne, monsieur Jurg MUHEIM rajoute que : « *dans le cadre de cette expertise les médecins responsables du domaine des opérations transgenres à l'Hôpital Universitaire de Bâle, au HUG et au CHUV, se sont exprimés, par écrit pour Bâle, par oral pour le HUG et le CHU, sur l'organisation des opérations SRS sur le plan Suisse.*
Pour le Professeur Dr. Dirk SCHAFFER de Bâle l'offre de soins est suffisante en Suisse et une opération à l'étranger ne se justifie pas. Le docteur BAUQUIS du CHUV estime qu'il y a à ce jour trop d'hôpitaux pratiquant ce type d'interventions en Suisse et qu'un regroupement sur un ou deux centres Hôpitaux Universitaires est hautement souhaitable. Enfin, pour la Professeur Dr. Brigitte PITTET CUENOD des HUG, les avantages apportés par la spécialisation et la fréquence d'interventions militent même pour des solutions supranationales. »

Dans un deuxième temps, monsieur Jurg MUHEIM, conformément à des instructions du 3 octobre 2013, a adressé aux hôpitaux concernés des questionnaires avec la demande de les envoyer aux patients qui avaient subi une intervention de réassignation sexuelle homme-femme dans leur établissement entre 2001-2011. Les questionnaires envoyés étaient en allemand et en français pour la Suisse, et en anglais pour le PREECHA Institute à Bangkok. Dans sa lettre du 27 janvier 2014 (Ref.15) à Madame la Juge Dominique Thalmann du Tribunal Cantonal de Lausanne, monsieur MUHEIM regrette que malheureusement seul le CHUV à Lausanne a transmis 16 questionnaires dont 9 ont été retournées Les autres Hôpitaux Universitaires n'ont pas réagi et l'Hôpital Universitaire de Zürich de son côté a répondu que pour des motifs de systèmes d'information ils n'étaient pas en mesure d'identifier les patientes concernées. De plus, le service juridique l'Hôpital Universitaire de Zürich a précisé que même en l'absence d'obstacles informatiques, l'hôpital aurait, pour des raisons

d'éthique, refusé sa collaboration. Dans cette même lettre (Ref. 15), monsieur Jurg MUHEIM rajoute que « *à mon grand regret je suis contraint de constater que les démarches entreprises n'ont pas permis de récolter les informations souhaitées. Fallait-il insister auprès du PREECHA Institute pour obtenir une remise des questionnaires aux patientes d'avant 2009 ? Je laisse à la cour le soin d'en décider. Pour ma part, vu l'absence de données pour Bâle et Zürich et un nombre modeste de réponses pour les interventions du CHUV, je ne l'ai pas estimé utile. De même, il m'a paru artificiel de vouloir établir un tableau statistique pour les réponses jointes en annexes.* »

Finalement, Madame la Juge Dominique TALLEMANT du Tribunal Cantonal de Lausanne a demandé à moi, le Professeur Dr. Stan Monstrey, dans sa lettre du 19 novembre 2014 (Ref.16), de me charger de l'expertise prévue dans cette affaire et, après une longue période de réflexion et d'hésitation, j'ai finalement décidé de l'accepter.

Les questions de la Cour (formulées en anglais) étaient (Ref.17):

1. Which therapeutic processes and methods were recommended and used for gender reassignment surgery in Switzerland up to the end of 2008?
2. Which ones were used by the PREECHA Institute Aesthetic Plastic Surgery Center and Dermatology and Laser Center in Bangkok during that same period?
3. Did the surgical procedure used by that centre notably present less risk than the one practiced in Switzerland.
4. Given the result obtained in your experience, could it be considered that the plaintiff's choice was, in all likelihood, the most suitable one, in other words: the one which offered the best chances of success with a minimum risk, for cost equivalent to that of other methods?

3. Curriculum Vitae.

Il me semble utile de commencer le rapport de cette expertise par donner plus d'information concernant mon Curriculum Vitae (Ref.18) et mon expertise dans le domaine de la chirurgie de réassignation sexuelle.

Je suis Professeur d'Université et Chef de Service du Département de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique de l'Hôpital Universitaire de Gand en Belgique. Mon service qui consiste de six membres de staff full-time, deux membres de staff part-time et six assistants en formation est un des plus grand services de chirurgie plastique en Europe. En plus, le service est assez renommé internationalement surtout pour les diverses reconstructions avec des lambeaux perforateurs et pour la chirurgie des patients transsexuels. Nous effectuons en moyenne 250-300 interventions chirurgicales de réassignation sexuelle par an, aussi bien pour des transformations femme-vers-homme qu'homme-vers-femme. Notre team de dysphorie de genre est une équipe multidisciplinaire qui consiste maintenant de plus que 35 personnes et qui publie beaucoup sur la totalité des traitements des patients transgenres, adultes aussi bien qu'adolescents et enfants.

En plus des activités cliniques nous faisons aussi beaucoup de recherche et beaucoup de teaching dans le domaine de la transsexualité. Nous avons constamment des visiteurs et des fellows qui passent des stages dans notre service. Pour la période 2000-2015 je suis sans doute le chirurgien qui a publié le plus sur le traitement chirurgical des transsexuels (Ref.18). Personnellement, j'ai été promoteur de thèses (PhD) pour deux autres chirurgiens de notre team et presque chaque mois je suis invité quelque part pour donner un exposé ou une présentation concernant le traitement chirurgical des transsexuels.

J'ai été et je suis toujours très actif dans le WPATH (World Professional Association of Transgender Health) qui est une association mondiale qui réunit tous les spécialistes ou professionnels qui sont impliqués dans les traitements des patients transgenres ou transsexuels. J'ai fait partie du board de WPATH de 2001-2005 et j'ai été élu président de cette association de 2005-2007. Depuis deux ans il existe aussi une division Européenne qui s'appelle EPATH (European Professional Association of Transgender Health) : le premier congrès international de EPATH a d'ailleurs été organisé récemment à Gand par l'équipe de dysphorie de genre de notre hôpital universitaire.

L'année dernière, j'étais le responsable du programme de la journée de chirurgie pendant le congrès biannuel de WPATH qui a été tenu à Bangkok en février 2014. Ces deux dernières années j'étais aussi le responsable de la section de chirurgie de la dernière version des 'Standards of Care' (SOC) de WPATH (Ref.19): les SOC de WPATH sont les seules directives internationales qui sont reconnues mondialement, aussi bien par les ministères de santé publique que par les compagnies d'assurances. Ces SOC sont actualisés ou mis à jour tous les 3-5 ans par un team multidisciplinaire d'experts dans les différents domaines.

4. Réponses aux questions du Tribunal Cantonal de Lausanne.

Je me suis demandé jusqu'à quel point j'étais vraiment habilité à donner une réponse correcte et indiscutable aux deux premières questions du Tribunal Cantonal. On pourrait prétendre que seul un chirurgien qui a effectivement observé tous les chirurgiens suisses et aussi le Dr. PREECHA peut en juger (et encore). Il me semble utile à ce sujet de mentionner ici que j'ai rendu visite à l'équipe du Dr. PREECHA à Bangkok à plusieurs occasions (5 fois au total) et que je suis donc assez bien au courant des techniques qu'ils utilisent en Thaïlande. En ce qui concerne mes collègues suisses, je peux dire que plusieurs d'entre eux sont venus me rendre visite à Gand, que j'ai eu plusieurs contacts avec des assistants en formation en Suisse et aussi que j'ai été invité au congrès de la Société Suisse de Chirurgie Plastique en 2013 à Lugano, où une session était consacrée à la chirurgie des transsexuels. A toutes ces occasions j'ai eu la chance d'observer, d'apprendre, d'échanger des idées et de m'informer concernant les techniques chirurgicales pratiquées en Suisse.

En plus, les options en ce qui concerne la chirurgie de réassignation sexuelle pour des transgenres homme-femme sont en grandes lignes les mêmes un peu partout au monde.
La technique classique ou standard pour une vagino-clitoroplastie consiste en une résection des deux testicules ainsi que des deux corps caverneux et de la majorité du corps spongieux autour de l'urètre qui est raccourci. Normalement une partie du gland pénien, souvent avec une partie du prépuce, est utilisée pour créer le néoclitoris ainsi que le capuchon du clitoris. Une cavité vaginale est créée entre le rectum en arrière et la prostate et la vessie urinaire en avant, et cette cavité vaginale est tapissée avec la peau du pénis qui est invaginée et qui reste attachée (pédiculée) antérieurement. Souvent un petit lambeau du scrotum est également utilisé pour agrandir l'entrée du vagin. La plupart des chirurgiens utilisent aussi une greffe de peau totale (du scrotum ou de l'abdomen) pour rendre le vagin plus profond. Si nécessaire (chez ±75% des femmes trans), pendant la même anesthésie, une augmentation mammaire peut être effectuée. Normalement pour cette opération des seins, les mêmes techniques chirurgicales sont utilisées comme pour les augmentations mammaires chez des femmes biologiques.

Donc pour répondre aux 2 premières questions de Tribunal Cantonal de Lausanne je crois que je peux en effet confirmer que, pour une vagino-clitoroplastie, la même technique chirurgicale –en tout cas en grandes lignes- est utilisée un peu partout au monde, donc aussi bien en Suisse qu'en Thaïlande.

La troisième question est plus difficile à répondre et concerne surtout la différence de risque des interventions chirurgicales.

Même si en grandes lignes les techniques opératoires utilisées sont un peu les mêmes dans les deux pays, peut-on en conclure que les risques également sont identiques en Suisse et en Thaïlande? Personnellement je n'en suis pas certain. On pourrait faire ici la comparaison avec la chirurgie esthétique où l'on sait que chaque chirurgien plasticien est au courant des techniques pour pratiquer, par exemple, un face-lifting ou une rhinoplastie (=correction du nez) et utilise en grande partie les mêmes techniques chirurgicales mais où certaines modifications personnelles ou quelques

'tricks and refinements' du chirurgien expérimenté peuvent faire une différence énorme quant au résultat post-opératoire et quant au risque de complications. Ceci dépend évidemment de la formation du chirurgien en question (la quantité et la qualité des interventions auxquelles il/elle a été exposé(e), donc le 'surgical exposure', les années de formation, un fellowship additionnel, , etc.....), aussi de sa dextérité du chirurgien mais peut-être plus encore du nombre de cas qu'il a opérés, donc de son expérience personnelle.

Madame Christa MUTH mentionne aussi qu'une grande différence entre les deux pays vient du fait qu'en Thaïlande on peut combiner une intervention de féminisation faciale avec une vagino-clitoroplastie, parce que dans le centre de Bangkok deux équipes de chirurgiens opèrent en même temps, l'une au niveau de la région génitale et l'autre au niveau de la face. Le fait que ces deux opérations peuvent se pratiquer en même temps diminue évidemment considérablement la durée de l'intervention ainsi que les risques liés à la durée de l'anesthésie.
Néanmoins, il me semble utile de mentionner ici que les risques liés à une intervention chirurgicale sont évidemment aussi (ou même surtout) liés à la complexité ou la lourdeur des interventions même et non uniquement à la durée de l'anesthésie.
D'autre part, avec l'information limitée que j'ai reçue du Tribunal Cantonal, je ne crois pas que je puisse prétendre ici à 100% qu'il serait absolument impossible de trouver un chirurgien maxillo-facial ou un chirurgien plasticien en Suisse qui puisse faire l'opération du visage en même temps qu'un autre chirurgien fasse la chirurgie génitale. Bien que je dois avouer évidemment que ceci est sans doute peu probable vue l'expérience limitée pour cette chirurgie en Suisse.

La quatrième question est évidemment la plus difficile et la plus délicate à répondre: *"Given the result obtained in your experience, could it be considered that the plaintiff's choice was, in all likelihood, the most suitable one, in other words: the one which offered the best chances of success with a minimum risk, for cost equivalent to that of other methods?"*

Ou traduit en français : « Tenant compte du résultat qui a été obtenu, est-ce que l'intervention qui a eu lieu à Bangkok a été un meilleur choix pour Madame Christa MUTH en ce qui concerne les chances du succès avec un risque minimal et pour un prix qui est équivalent à une intervention similaire en Suisse'.

Laissez-moi commencer par remarquer que je n'ai donc pas vu le résultat qui a été obtenu en Thaïlande et que je n'ai pas eu l'instruction de Madame la Juge du Tribunal Cantonal de Lausanne d'examiner cette patiente, donc il faut relier seulement sur l'opinion de madame MUTH qui quand-même semble être très heureuse avec le résultat obtenu.

Pour répondre à la quatrième question, commençons par la deuxième partie de cette question qui concerne le prix de l'intervention. Bien que cela ne me semble pas vraiment une matière 'médicale' et bien qu'il soit difficile de trouver dans le dossier que j'ai reçu des chiffres exacts concernant les prix des interventions de SRS en Suisse, je dois néanmoins avouer que le montant mentionné pour l'intervention (les 2 en même temps) et le séjour hospitalier à Bangkok est assez modéré.
Evidemment, je ne suis pas au courant des prix des soins partout dans le-monde mais je sais qu'une journée à l'hôpital en Thaïlande coûte beaucoup moins que dans les pays du monde occidental et que les heures de travail sont beaucoup moins coûteuses en Asie en comparaison avec l'Europe.

Pour répondre à la première partie de cette quatrième question ('the key question') on devrait pouvoir faire une comparaison objective entre l'expertise et les résultats post-opératoires du docteur PREECHA et l'expérience et les résultats post-opératoires des chirurgiens suisses. Évidemment une telle comparaison n'est pas possible comme il a été clairement démontré dans le rapport de monsieur Jurg MUHEIM, qui a fait tous les efforts possibles à ce sujet. Non seulement les interventions transgenres en Suisse ne sont pas bien registrées, en plus, des données concernant les résultats post-opératoires sont presque inexistantes et donc impossible à évaluer. Mais aussi pour le centre du docteur PREECHA, où là les patients sont parfaitement registrés (et très nombreux), il faut avouer que les résultats post-opératoires (surtout à long terme) n'ont pas vraiment été investigués ni publiés dans des articles scientifiques.

La seule chose qu'on peut donc dire avec certitude est que le nombre des patients opérés dans chacun des centres en Suisse est très faible (presque insignifiant) comparé au nombre de patients soignés au PREECHA Aesthetic Insititute à Bangkok.

J'ai longuement réfléchi à la question si de ces données *quantitatives* (=une différence énorme en nombre de patients) on peut tirer des conclusions *qualitatives*, donc comparer objectivement les chances de succès et les risques liés à ces interventions. Ceci est très délicat. On peut en effet supposer que plus de cas par an signifie plus d'expérience pour le chirurgien, avec une plus grande chance de succès et à un moindre risque de complications. D'autre part, même les meilleurs chirurgiens ont parfois des complications (ou des résultats sub-optimaux) et ce n'est peut-être pas toujours le chirurgien qui en fait le plus qui est d'office le meilleur chirurgien pour cette intervention, bien qu'en en règle générale plus d'expérience chirurgicale produit de meilleurs résultats post-opératoires.

Mais revenons à la question cruciale si oui ou non le petit nombre de cas pratiqué dans chacun des centres suisses présente plus de risques pour une patiente qui se fait opérer en Suisse.

Dès le début de cette expertise, je me suis rendu compte d'un possible 'conflit d'intérêts'. En effet, je connais personnellement (très bien même) la plupart des chirurgiens suisses qui sont mentionnés dans les différents centres et je sais qu'il n'y a pas le moindre doute que ces chirurgiens (100 % !) sont des chirurgiens bien formés, capables, qui ont tous un niveau professionnel très élevé avec, pour plusieurs d'entre eux, une intéresse réelle pour la chirurgie de réassignation sexuelle.

Pour éviter tout conflit d'intérêt dans cette expertise j'ai décidé de ne pas répondre moi-même (ou en tout cas pas moi seul) à cette question mais de soumettre ce problème de compétence ou de qualité chirurgicale (sans donner trop de détails concernant le pays ou les chirurgiens en question) à un collège d'experts dans cette matière ou plutôt à un grand nombre de chirurgiens (d'un peu partout au monde qui pratiquent tous un grand nombre de SRS) pour demander leur avis à ce sujet. L'opinion de plusieurs personnes est souvent plus nuancée et correcte que l'avis d'une seule personne.

Comme déjà mentionné, j'ai été Président du WPATH (the World Professional Association of Transgender Health) et, peut-être encore plus important pour cette expertise, j'étais le responsable pour la chirurgie dans le comité multidisciplinaire qui a rédigé et publié les 'Standards of Care (SOC) Version 7' (Coleman, Eli et al. (2013) Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender non-conforming people 7th version. *International Journal of Transgenderism*. : 165–232.)

(Ref.19). Ces SOC sont mondialement reconnus comme les 'International Guidelines' en ce qui concerne l'approche thérapeutique des patients transgenres.

Déjà il y a plusieurs années, même avant les réunions pour rédiger les SOC, j'avais initié un comité composé uniquement de chirurgiens (de plusieurs spécialismes) qui avait comme seul objectif de définir les qualifications et les compétences des chirurgiens SRS : donc un peu répondre à la question de 'qui peut opérer quoi' en chirurgie de réassignation sexuelle. Bien qu'on en ait discuté beaucoup et malgré l'intention d'envoyer un questionnaire à différents chirurgiens pour avoir une idée globale concernant les conditions d'expertise et d'accréditations, un document final sur ce sujet n'a jamais été produit.

Quand j'ai accepté de me charger de cette expertise je savais qu'au cours de la première partie de 2015 il y avait quatre occasions pour aborder le problème des compétences avec un grand nombre de confrères chirurgiens SRS:

1. La conférence internationale sur la chirurgie génitale/SRS à Phillipsburg, Saint-Martin du 29/02 jusqu'au 4/3 2015 (Ref.20) ;
2. Le congrès international du EPATH (European Professional Association of Transgender Health) qui a eu lieu à Gand, Belgique du 12-14 mars 2015 (Ref.21);
3. Le congrès de la Société Danoise de Chirurgie Plastique à Hindsgavl Castle, Middelfart le 23-24 Avril, 2015 (Ref.22);
4. Le symposium international du NIH (National Institutes of Health) à Bethesda (Washington): 'NICHD Transgender Health and Medicine Research Conference, May 7-8, 2015' (Ref.23AB);

Lors de ces quatre congrès, et encore une fois, sans donner trop de détails ni sur les pays ni sur les personnes en question, j'ai pu me réunir avec beaucoup de mes collègues SRS pour aborder la question de qui est qualifié ou autorisé à faire quoi dans la chirurgie de réassignation sexuelle. Autrement dit : quelles sont les conditions de compétence et de logistique en chirurgie SRS qui aboutiraient à la plus grande chance du succès avec un risque minimal de complications.

A Phillipsburg je connaissais personnellement (presque) tous les chirurgiens qui participaient à ce congrès et c'est ainsi que j'ai pu organiser que tous les médecins présent se réunissent un après-midi spécifiquement pour une session dédiée à ce sujet. A cette réunion étaient présents entre autres (à part de moi-même): le docteur Marlon BUNCAMPER du Centre Universitaire d' Amsterdam, le docteur Mark BRAM aussi du Centre Universitaire d'Amsterdam, le docteur James BELLRINGER de l'Université de Londres, le docteur Cameron BOWMAN de l'Université de Vancouver et le docteur Peter CEULEMANS de l'Université de Gand, le Professeur Jeroen MEIJERINCK de l'Hôpital Universitaire d'Amsterdam ainsi que Enrique ALI de Trinidad.

En ce qui concerne les guidelines de 'qui peut faire quoi' en chirurgie de réassignation sexuelle, on a parlé tout d'abord de la *formation* qui devrait être une formation additionnelle (donc 'post-graduate') et qui devrait consister en une moyenne de 15 cas, aussi bien pour la mammectomie sous cutanée que pour l'opération de la vagino-clitoroplastie. Pour la phalloplastie (ou techniques semblables) une formation directe, supervisée par un chirurgien expérimenté dans ce domaine, était jugée nécessaire pour au moins 20 cas.
Un deuxième élément consisterait du *in flow* des patients. Un chirurgien qui débute dans ce domaine devrait être assuré d'un nombre suffisant de patients qui lui sont référés soit par un autre chirurgien SRS, soit par un team multidisciplinaire (psychologue, psychiatre, endocrinologue, etc...).

Les chirurgiens présents n'étaient pas tous d'accord concernant *le nombre exact de cas qu'il fallait opérer par an*. Les uns trouvaient 1 cas par mois suffisant, d'autres considéraient qu'au moins 2 cas par mois étaient nécessaires pour avoir (et garder) suffisamment d'expérience: donc en moyenne 18 cas de chaque intervention par an étaient considérés comme obligatoires. En plus des exigences concernant les chirurgiens, il a été mentionné qu'il était absolument nécessaire qu'il existe dans l'hôpital où le chirurgien opère, un *set-up multidisciplinaire*, qui consiste en une collaboration entre plusieurs médecins et chirurgiens mais également en une expérience suffisante au niveau des infirmières et des paramédicaux des différents départements et policliniques.
Finalement tous les chirurgiens présents pensaient aussi qu'une *formation continue* (+participation aux congrès sur le transsexualisme), ainsi qu'un '*teaching*', étaient nécessaires, incluant au moins une publication au sujet des transsexuels tous les trois ans.

En deuxième lieu, durant le congrès international de l'EPATH (European Professional Association of Transgender Health, la branche Européenne de WPATH) qui a eu lieu à Gand en Belgique du 12-14 mars 2015, on s'est à nouveau réuni avec plusieurs chirurgiens SRS pour parler du même sujet. Cette fois-ci avec entre autres : le docteur Tiewtranon PREECHA, le docteur Prapas RACHATASUMRIT, le docteur Prayuth CHOKRUNGVARANONT, le docteur Apichai ANGSPATT, le docteur Sirachai JINDARAK, le docteur Burin WANGJIRANIRAN et le docteur Sutin KHOBUNSONGSERN, tous de Bangkok, le docteur Romain WEIGERT, ainsi que le docteur Franck LECLERE de l'Université de Bordeaux, le docteur Christopher SALGADO de Miami, le docteur Miroslav DJORDJEVIC, le docteur Luis CAPITAN et le docteur Daniel SIMON de l'Université de Malaga, le docteur Carlo TROMBETTA de l'Université de Trieste, le docteur Martha BIZIC de l'Université de Belgrade, le docteur Piet HOEBEKE de l'Université de Gand, le docteur Maurice GARCIA de l'Université de Londres et le docteur Phillip THOMAS de l'Université de Brighton. Durant cette deuxième réunion, un peu à ma surprise, on est arrivé *aux mêmes conclusions* qu'à première réunion, bien qu'encore plus de chirurgiens participants insistaient sur un nombre plus élevé pour garder l'expérience, c'est-à-dire un minimum de 2 par mois ou 24 par an.

Le troisième congrès à Middelfart fut très intéressant dans le sens où le Danemark lutte avec exactement les mêmes problèmes que la Suisse. Lors de ce congrès le Docteur Dogu AYDIN a présenté les résultats de la chirurgie de réassignation sexuelle au Danemark qui étaient assez médiocres : pour les phalloplasties ils avaient constaté un pourcentage de complications d'environ 80% ! Et la différence cruciale avec un pays comme la Suisse était qu'au Danemark toute chirurgie de réassignation sexuelle est déjà concentrée dans le Rigshospitalet à Copenhague. De nouveau on s'est réuni entre plusieurs chirurgiens pour discuter du même sujet finalement pour en venir à des *conclusions semblables*. Comme le Danemark est un petit pays (5-6 millions d'habitants) avec un nombre assez limité de patients, on a aussi parlé d'une solution 'supranationale', et donc d'adresser éventuellement les patients transsexuels à l'étranger.

Finalement, j'ai participé à un symposium organisé par le NIH (National Institute of Health) à Bethesda (Washington, USA): 'NICHD Transgender Health and Medicine Research Conference, May 7-8, 2015'.
Là une fois de plus, j'ai eu l'occasion d'aborder ce même problème et j'ai pu en discuter avec Randi ETTNER et Loren SHECKTER de l'Université de Chicago, Jaimie FELDMAN et Eli COLEMAN de l'Université de Minneapolis, Josh SHAFEER de Boston, Walter BOCKTING et Heino MEYER-BAHLBERG de New York, Baudewijntje KREUKELS et Peggy COHEN d'Amsterdam, Walter MEYERS de Texas, Lin

FRAZER de San Francisco et plusieurs autres médecins. Et aussi dans ce groupe d'experts (presque tous Américains) on est arrivé *aux mêmes conclusions* : avec la 'popularité croissante' des soins des patients transgenres (on a constaté une augmentation du nombre de transsexuels partout au monde), il devient de plus en plus indispensable de définir des critères auxquels les professionnels traitant des individus avec une dysphorie de genre doivent répondre. Et cela est également nécessaire pour les autres spécialités (non-chirurgicales) des équipes multidisciplinaires de dysphorie de genre. Tout le monde était d'accord qu'un 'lonely practioner' (=un professionnel qui n'a pas assez d'expérience) ne devrait pas traiter des patients transsexuels.

Je peux rajouter ici un e-mail que j'ai reçu très récemment du Dr. Marci BOWERS, chirurgienne SRS renommée de San Francisco (et spécialisée en vaginoplastie), qui dans un forum professionnel de WPATH a mis l'accent sur la difficulté et la complexité des interventions transgenres homme vers femme ainsi sur l'importance d'une bonne formation (Ref.25):

On Mon, May 11, 2015 at 2:29 PM, Marci Bowers <marcibdoc@msn.com> wrote:
In my opinion, there are two major initiatives that WPATH should address as we set our sites on Amsterdam next year. One is clarifying the WPATH best practices recommendations for treatment of adolescents and children (which, obviously is actively ongoing). The second crucial issue, particularly here in the US where insurers are increasingly willing to pay for Trans surgical care----is that of surgical education for needed new surgeons. Poor outcomes are on the rise because surgeons are jumping in without adequate training, which hurts the trans community at large. Meanwhile, waiting lists are long and growing for many of us.

On May 10, 2015, at 17:54, Marci Bowers <marcibdoc@msn.com> wrote:
The real issue is vaginoplasty, which is technically difficult to perform and has a very long learning curve. Our hospital particularly goes to lengths to deny that it is a teaching hospital, making hands-on teaching effectively impossible. Observation is possible but most insist that is not enough. The only hands on experience I know of is in Belgium. The real struggle is to get a fellowship going...

En conclusion et pour formuler l'opinion de la grande majorité des chirurgiens qui sont actifs dans ce domaine je crois pouvoir formuler les conditions suivantes (de compétence et de qualité) auxquelles un chirurgien SRS doit répondre :

- le chirurgien doit avoir suivi une formation additionnelle (post-graduate)
- cette formation consiste au moins de 15 cas de mammectomie sous cutanée et du même nombre d'opérations de la vaginoclitoroplastie qui doivent être supervisés directement par un chirurgien expérimenté dans ce domaine. Pour la phalloplastie (ou techniques semblables) une même formation directe a été jugé nécessaire dans au moins 20 cas
- il doit y avoir un 'in flow' garanti de patients, référés soit par un autre chirurgien ou bien par un team multidisciplinaire de dysphorie de genre
- la plupart des chirurgiens consultés trouvaient qu'au moins 2 cas par mois sont nécessaires pour avoir (et garder) suffisamment d'expérience ; un cas par mois était considéré comme un minimum absolu
- conditions logistiques : il est absolument nécessaire qu'il existe dans l'hôpital où le chirurgien opère, un setup multidisciplinaire avec expérience suffisante, y compris au niveau des infirmières et des paramédicaux dans les différents départements et policliniques.
- une formation continue est indispensable avec participation aux congrès, 'teaching' et au moins une publication au sujet des transsexuels tous les trois ans

Est-ce que ces conditions de compétence de qualité, qui sont le résultat de plusieurs réunions d'un grand nombre de chirurgiens SRS, donnent vraiment une réponse exacte à la quatrième question du Tribunal Cantonal de Lausanne ?

Je pense que si. Et une fois de plus, ceci n'est pas mon opinion personnelle mais bien l'avis d'un très grand groupe d'experts dans ce domaine.

Tous les experts ont jugé que le seul moyen pour pouvoir répondre à ces conditions de compétence et de qualité dans un petit pays comme la Suisse consisterait *de grouper les patients transsexuels dans un ou deux centres*, ce qui d'ailleurs avait déjà été mentionné par le Prof. Dr. BAUQUIS de CHUV et encore plus par le Prof. Dr. Brigitte PITTET CUONOD de l'Université de Genève, qui avait mentionné que les avantages apportés par la spécialisation et la fréquence d'interventions militent même pour des solutions supranationales étant donné que la population Suisse serait trop faible.

Malgré des compétences indiscutables et malgré tous les efforts que beaucoup de chirurgiens suisses des différentes centres font dans le domaine de la chirurgie transgenre, il sera difficile (pour ne pas dire impossible) de réaliser ces conditions de qualité de soins pour les patients transsexuels en Suisse aussi longtemps que le traitement chirurgical SRS en Suisse n'est pas concentré dans un ou deux hôpitaux. Je ne suis qu'en partie d'accord avec Monsieur Jean-Marie Cornut qui écrit dans sa lettre du 17 juin 2013 (Ref.25) que : « *Ce n'est pas la fréquence et l'expérience opératoire d'un chirurgien et de son équipe à l'étranger d'une façon générale et plus particulièrement du Preecha Institute qui permet de déduire que la médecine proposée à l'étranger est plus efficace et de meilleure qualité que celle proposée en Suisse.* » En effet, ce n'est pas toujours le chirurgien qui en fait le plus qui procure d'office les meilleurs résultats, mais dans la chirurgie (très) complexe des transsexuels un collège d'experts a jugé qu'un minimum de conditions de compétence et de qualité comme mentionnées ci-dessus est souhaitable ou même obligatoire.

Quelle réponse alors donner à la question numéro 4 de cette expertise : *'Est-ce que l'intervention qui a eu lieu à Bangkok a été un meilleur choix pour Madame Christa MUTH en ce qui concerne les chances du succès avec un risque minimal et pour un prix qui est équivalent à une intervention similaire en Suisse'* ?
Il est évident qu'on ne peut pas répondre à cette question avec un simple 'oui' ou 'non'. Mais comme expliqué en long et en large dans ce rapport, et surtout en tenant compte de l'opinion d'un collège de chirurgiens, spécialistes en matière de chirurgie de réassignation sexuelle, on est obligé de reconnaitre qu'il y a plusieurs argument valables qui soutiennent le choix de madame Christa MUTH pour se faire opérer en Thaïlande.

Gand, le 20 juin, 2015

Prof. Dr. Stan Monstrey