

Rôle du psychiatre dans l'accompagnement des personnes trans

Le rôle des professionnel-le-s de la santé auprès des personnes trans, et des professionnel-le-s de santé mentale en particulier, n'est plus de décider qui est éligible ou pas à une transition médico-chirurgicale. La démarche du praticien doit être globale et doit tenir compte de la détresse engendrée par la dysphorie de genre, lorsqu'elle est présente [22], ainsi que par la pression sociale et les vulnérabilités auxquelles sont soumises les personnes trans selon un modèle appelé le stress des minorités.

Modèle du stress minoritaire

Ce modèle du stress des minorités [55], développé auprès des personnes lesbiennes, gays et bisexuelles et adapté aux personnes transgenres ou de genre non conforme [11, 38, 77], décrit trois types de facteurs auxquels sont soumises les personnes de minorités sexuelles et de genre et qui peuvent affecter leur santé mentale :

- les facteurs de stress distaux ou externes (environnementaux) qui consistent en une exposition à la discrimination ou à la violence. Ces stressors sont observables, mesurables ;
- les facteurs de stress proximaux interpersonnels ou stressors interpersonnels qui sont le fait de ressentir ou présupposer que des stress externes vont se produire, et qui génèrent le besoin de s'en protéger ;
- les facteurs de stress proximaux personnels qui sont le reflet d'intériorisation des attitudes négatives et préjugés de la société. C'est ce que l'on appelle la transphobie internalisée.

Ce modèle de stress minoritaire permet de comprendre la surreprésentation des troubles de santé mentale non pas comme une co-occurrence ou une comorbidité, mais comme la conséquence du fait d'être soumis à des facteurs de stress intenses et permanents. Il offre néanmoins la possibilité de développer des stratégies adaptatives et de résilience face aux facteurs de stress auxquels la personne trans est exposée. Ces capacités de résilience bien identifiées comprennent le soutien social (famille, amis), le soutien et l'appartenance à une communauté (ex. LGBTI+), le développement de stratégies de *coping*, et celui d'une vision positive de sa propre identité.

Troubles de santé mentale et transidentité

La littérature décrit un risque quatre fois plus élevé chez les individus transidentitaires de développer un problème de santé mentale comparé à la population générale [83]. Les plus fréquemment rapportés sont la dépression, la suicidalité, les troubles anxieux, l'état de stress post-traumatique et l'abus de substances [81].

Syndrome dépressif

Une étude publiée en 2018, mentionne une prévalence de dépression quatre fois plus élevée chez les personnes trans comparée à la population générale [84]. Ces résultats sont cohérents

avec les études de Reisner [68, 69] et le *Trevor project national survey* [79], dans lequel deux personnes sur trois (< 19 ans) rapportent avoir souffert de symptômes dépressifs, et 29 % avoir déjà fait au moins une tentative de suicide. Ces résultats mettent en lumière l'augmentation importante du risque de suicide, en particulier chez les sujets jeunes.

Les facteurs associés à l'augmentation du risque de syndrome anxiodépressif et de suicide incluent : une prédisposition génétique identique à la population générale [7], le stress des minorités et des événements de vie stressants [10, 17, 61], l'absence d'emploi, la précarité financière, une mauvaise qualité du soutien social [16, 36, 56, 73, 75, 89], la discrimination et la violence [18, 62, 72], et les difficultés d'accès aux soins et aux services de soutien [71]. Des facteurs spécifiques à la population trans ont été identifiés incluant la transphobie [8], la victimisation et la violence (violence verbale, rejet par les pairs, violence physique), la discrimination à l'embauche, des difficultés d'accès au logement, à l'éducation et aux soins. L'ensemble a pour conséquence un sentiment de honte, de désespoir, et un isolement social [37, 49, 70]. L'étude de 2021 du BMC Psychiatry [89] sur un échantillon de 1 000 personnes (âge médian de 28 ans) montre que 63 % des adultes trans (*versus* 8,3 % dans la population générale) ont fait un passage à l'acte autoagressif et 43 % (*versus* 3,3 % dans la population générale) ont fait une tentative de suicide. Le fait d'être en attente de chirurgie de réassignation de genre est également associé à une augmentation du risque de suicide, qui s'explique par la difficulté d'accès à ses soins spécifiques et au fait que cette demande chirurgicale est associée à une dysphorie qui accroît la détresse psychique.

Troubles anxieux et transidentité

La littérature montre que les personnes trans expérimentent de manière significativement plus élevée des symptômes anxieux, qui augmentent le risque de développer de troubles anxieux caractérisés [15]. Les troubles anxieux les plus fréquemment rapportés [83] sont : le trouble anxieux généralisé (12 % *vs* 2 % dans la population générale), les troubles phobiques (phobie sociale et agoraphobie, 2,9 % *vs* 0,15 %), l'état de stress post-traumatique (6,7 % *vs* 0,52 %) et les troubles obsessionnels-compulsifs (2 % *vs* 0,21 %).

Les facteurs de risque associés aux troubles anxieux sont la présence de dysphorie de genre, une faible estime de soi et la (faible) qualité du fonctionnement interpersonnel. Il en découle des stratégies d'intervention psychothérapique axées efficacement sur l'estime de soi et le travail des habiletés de communication et de relation interpersonnelle (thérapie de comportement cognitif - TCC). D'autres études ont rapporté des bénéfices liés au traitement hormonal sur cet axe, par le biais de l'apaisement des éléments dysphoriques [14].

Abus de substance et transidentité

La littérature [42] rapporte une consommation de substances significativement supérieure dans la population trans comparativement à la population générale. Le risque d'abus de substance serait multiplié par quatre. Elle concerne principalement la dépendance à la nicotine (16,6 % *vs* 5,4 %), à l'alcool (2,6 % *vs* 5,4 %), ainsi que la consommation de drogues (4,3 % *vs* 1,2 %) le plus fréquemment le cannabis et les opiacés.

Les facteurs de risque principaux sont [21] : un âge jeune (18-25 ans), être une femme trans, la transphobie, la discrimination,

l'absence d'emploi, la présence de dysphorie de genre et être travailleur du sexe. La consommation de substance serait une stratégie adaptative inappropriée pour faire face aux facteurs de stress quotidiens.

Trouble des conduites alimentaires (TCA) et transidentité

La recherche suggère une incidence plus élevée des troubles des conduites alimentaires dans la communauté LGBTI+ [74], et leur prévalence serait plus élevée chez les jeunes personnes trans qui montreraient plus de conduites dangereuses de contrôle de leur poids que leurs pairs cisgenres [35]. L'insatisfaction corporelle et le contrôle du poids, notamment pour des fins d'affirmation du genre (p. ex. suppression des menstruations), contribueraient à l'émergence des TCA [6, 80].

Santé sexuelle et santé globale

La santé sexuelle a été largement étudiée chez les sujets trans [66] et montre une surreprésentation du VIH et autres ITSS, en particulier chez les femmes trans (qui sont également plus étudiées [87]). En revanche, la santé somatique est moins explorée, et les conséquences de la transidentité en termes de santé physique restent méconnues. On peut supposer que la stigmatisation, la discrimination, la transphobie internalisée sont des barrières en matière d'accès aux soins.

Rôle du psychologue dans l'accompagnement des personnes trans

Avec l'évolution des pratiques, la posture des psychologues a évolué dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes en demande de transition. Au début des années 2000, le psychologue, comme le psychiatre, se situaient dans une posture d'évaluer les co-morbidités et les fragilités psychiques pouvant contre-indiquer ou suggérer un mauvais pronostic au traitement hormono-chirurgical. Outre le changement de posture actuelle vers un accompagnement des personnes dans leur trans-affirmation, et le fait que les personnes trans ne souhaitent pas toujours de chirurgie [62], la posture précédente présentait deux difficultés majeures.

Une première difficulté était l'impossibilité, ou la grande difficulté, de créer une alliance thérapeutique où le patient puisse livrer en toute liberté son récit de vie. La question de l'évaluation étant en premier plan, beaucoup de personnes modulaient leur discours pour ne pas se voir refuser la chirurgie. Cette situation a pu conduire à des décompensations postopératoires, où les traumatismes enfin libérés n'avaient pu être traités auparavant.

Une autre difficulté était la violence, la peur de la transphobie, mais aussi la crainte de ne pas être compris dans sa souffrance, qui amenaient souvent les individus à éviter tout type de prise en charge psychique.

L'évolution de la diversité sexuelle et de genre et les changements sociétaux ont ainsi amené un changement de perspective, où la question de la binarité ne pouvait plus être au centre de

la prise en charge. En outre, la vision binaire du genre amenait ce que l'on pourrait nommer la *violence thérapeutique intégrée*, c'est-à-dire la reproduction de la violence sociétale vécue par les individus avant de se présenter dans nos bureaux. Face à ces constats, il semblait important de repenser la posture du clinicien. Qui plus est, les demandes de transition partielle plus fréquentes ne pouvaient plus être pensées suivant un schéma binaire.

Particularité de l'accompagnement des personnes trans

Le rôle du psychologue s'est ainsi transformé pour accompagner la personne trans vers un soulagement psychique de sa transition et de ses émotions. Il n'est plus question d'évaluer les fragilités mais plutôt de les accompagner, les fragilités étant souvent marquées par la transition elle-même et la souffrance que les patient-e-s peuvent vivre dans une identité encore peu ou pas reconnue socialement.

Face à cette souffrance, les personnes LGBTI+ présentent dans une plus grande proportion des troubles psychiques [3] dus notamment au stress des minorités vu précédemment [55]. Leur parcours de vie est marqué par des traumatismes pluriels, des violences issues de leur appartenance à cette minorité exposée à des sources de stress supplémentaire que le groupe dominant ne connaît pas. Ce stress minoritaire important provient des préjugés, de la stigmatisation et de la discrimination auxquels les membres du groupe font face. Il inclut des facteurs de stress distaux qui consistent en la discrimination, la violence, le harcèlement et le rejet, et des facteurs de stress proximaux, subjectifs et dépendants de la façon dont l'individu perçoit les événements. On y retrouve l'anticipation d'événements stressants, la dissimulation de l'orientation sexuelle et l'homophobie (ou hétérosexisme) internalisée.

Les personnes trans ont ainsi des récits de vie souvent marqués de violences physiques et verbales, de rejet familial et social et de discriminations. On y retrouve des périodes de harcèlement scolaire ou de violence intra-familiale (« soit un homme mon fils ») qui marquent leur construction identitaire. La grande majorité des personnes trans ont intériorisé cette violence sociale qui se traduit par un sentiment d'être monstrueux, n'ayant pas de place dans une société qui ne peut pas leur en donner. Cette violence se traduit par une grande mésestime de soi, des comportements à risque, des comportements addictifs, des épisodes dépressifs récurrents et des tentatives de suicide beaucoup plus nombreuses [15, 42, 65, 68, 79, 84, 89]. Dans un tel contexte social et de développement de soi, comment se construire une identité ?

Les personnes trans se construisent sur des bases qui ne peuvent pas leur appartenir, se coupant souvent de leurs propres besoins et désirs pour répondre aux attentes de l'autre. La plupart parle d'une invisibilité, qui reste présente même pendant la transition. Ne pas trop se confronter au regard de l'autre pour se préserver de la violence transphobe.

La construction de l'identité passe souvent par la nomination de soi par un autre, par une emprunte émotionnelle qui marque sa valeur et construit sa confiance en soi [47]. Comment penser la construction identitaire si l'individu ne parvient pas à se retrouver dans ce que le regard de l'autre peut renvoyer ? Comment se construire une identité subjective si l'on cherche sans cesse à ne pas être vu ?

C'est ce genre impensable qui amène la personne à ne pas pouvoir se penser dans un premier temps. Le temps de comprendre ce sentiment de différence, d'accepter ce genre propre et le rendre sien, la transphobie reste néanmoins présente socialement et les personnes doivent apprendre à s'en protéger.

« L'expérience subjective de soi des personnes trans pourrait être décrite par le concept systémique de paradoxe et de double contrainte. Celles-ci sont prises, comme dans un étau, dans un système de genre qui ne permet pas de se penser et qui en même temps les oblige à se penser dans son système pour pouvoir être acceptées. » Denise Médico [53].

Ainsi, le parcours de vie des personnes trans est souvent marqué par des luttes : lutte contre soi, lutte pour être reconnu par les autres. Les patients témoignent souvent de culpabilité et de honte, l'environnement étant source anxiogène pour l'acceptation de soi.

Le travail thérapeutique se situe à ce niveau :

- accompagner les personnes à sortir de la violence internalisée pour pouvoir construire leur propre soi ;
- permettre l'acceptation de la complexité comme une force et non comme un manque.

Le thérapeute devra accompagner la personne dans la construction d'un discours sur soi, apprendre à se penser soi-même et non face à ce que le social attend. Ne pas chercher à reproduire les stéréotypes du genre désiré, mais leur permettre de se construire un genre propre. C'est un travail difficile car il peut être compliqué de nommer ce qui n'est pas nommable socialement. La société reste binaire. Il convient de remettre la personne au centre de sa préoccupation, de se dégager de la question du genre pour accéder à sa propre subjectivité, ses propres émotions et ses désirs individuels.

Arlen Istar Lev [43], travailleuse sociale et thérapeute systémique américaine, a mis en place un modèle de prise en charge des personnes trans basé sur son expérience élaborée auprès des personnes LGBTI+. Le modèle en six étapes répond aux questions soulevées en clinique.

Modèle d'Arlen Istar Lev

1) Prise de conscience (*coming in*). La première étape de la personne trans est son *coming in*. C'est le moment où se révèle à elle-même sa transidentité, son genre non conforme. La personne met enfin en mot ce qu'elle ne pouvait nommer jusque-là. Un premier soulagement survient, suivi rapidement d'un sentiment anxieux. Comment vivre avec une identité non conforme ? La plupart des personnes vivent cette prise de conscience de façon complexe, avec plus ou moins de difficultés selon les violences sociales vécues. Il sera question de travailler la transphobie internalisée, évoquée plus haut, pour accéder à une acceptation de soi et de sa différence.

2) Recherche d'informations et l'avènement à soi. C'est un temps où la personne est en quête d'informations sur les parcours de soins, les traitements disponibles. Il est primordial à cette étape que le thérapeute ait une connaissance approfondie de ces soins et traitements.

C'est aussi à cette étape que le patient cherche à échanger avec des personnes ayant un vécu similaire. Les réseaux sociaux donnent accès aux personnes en transition et permettent de s'identifier. Cette période d'identification est cruciale puisqu'elle rend possible l'avènement de son identité. L'identité

se construisant sur la base d'identifications, la personne ayant un genre non conforme a souvent eu beaucoup de difficultés à trouver des représentants de son identité. S'identifier à un autre est donc une étape majeure. Progressivement, la personne trans trouve des réponses à ses questions, sort du carcan genré dans lequel elle était enfermée, et développe son propre genre en fonction de ses propres désirs et besoins.

3) Révélation aux personnes significatives de l'entourage (*coming out*). Cette étape de révélation est importante dans le parcours des personnes trans car les recherches au long court montrent une amélioration de la qualité de vie à condition que les personnes soient bien entourées socialement et familialement. Les individus présentant des ruptures sociales sont les plus à même de regretter leur transition ou de souffrir de dépression en post-transition.

Il est donc important d'entendre les craintes des personnes rencontrées en consultation face à leur *coming out*. Les craintes souvent légitimes, peuvent parfois être seulement marquées d'anxiété d'anticipation. La personne imagine que la révélation de son identité non conforme, son identité trans, ne sera pas acceptée par son entourage. Elle sera alors amenée à ne pas pouvoir se révéler, ou à se révéler dans une posture défensive. Cette posture, qui amène parfois la personne trans à se raconter avec une forme d'agressivité ou d'inquiétude, peut contaminer l'interlocuteur et amener une inquiétude chez l'autre.

Ainsi penser le *coming out* durant la consultation psychologique peut permettre d'apaiser les craintes ou de trouver le moyen le plus adapté pour le faire (p. ex. en direct, par écrit, avec une tierce personne).

4) Exploration de l'identité et nomination de soi. Cette étape marque la subjectivité de la personne, la révélation de son identité propre, sa propre féminité ou masculinité, telle qu'elle lui convient de vivre. La démarche thérapeutique tentera de faire émerger cette subjectivité en accompagnant la personne dans ses ressentis et ses mouvements internes. Il faudra être attentif à ne pas entrer dans la case du genre binaire, celle marquée par des stéréotypes sociaux. Ne pas passer d'un stéréotype à l'autre. Le travail sera d'accompagner dans les expériences, expérimenter ce qui convient le mieux.

C'est aussi la question de la nomination de soi, celle de se renommer. Quel prénom choisir, pourquoi se nommer ainsi, qui a fait le choix ? Un choix qui représente le genre propre, non binaire, non conforme, autre que féminin ou masculin. Certaines personnes ne sont pas prêtes à changer de prénom en fonction du genre non conforme dans lequel elles se pensent. Il sera alors question de les laisser cheminer, de les accompagner dans ce parcours vers un soi qui leur correspond mieux.

5) Exploration des possibilités de transition et de modifications corporelles. Cette phase en est une plus médicale ou de prétraitements. Il est important d'accompagner les personnes dans leurs attentes, leurs demandes, face aux traitements hormono-chirurgicaux. Il sera question de travailler certaines attentes irréalistes, certaines pensées magiques face à ces traitements.

De même, il pourra être question de travailler le rapport au corps, à la sexualité, explorer ce qui changera à la suite des traitements. Comment accompagner ces changements ? Comment les penser en amont ? Des consultations de couple pourront être envisagées afin de travailler la question de leur sexualité et des changements corporels.

6) Intégration, acceptation et post-transition. Cette dernière étape de transition est celle qui permet une acceptation pleine et entière de son identité de genre. La question de l'après transition reste importante, quand le genre s'est apaisé et que certains traumatismes peuvent ressurgir. Comme si la place était enfin libre pour pouvoir les penser. Accompagner la personne dans la continuité de son parcours paraît ainsi nécessaire.

Qui plus est, les consultations cliniques actuelles amènent un certain nombre de personnes souhaitant une détransition. Il est possible de penser que les personnes trans sont actuellement assez sécures pour verbaliser un désir de revenir en arrière. Souvent, la transition était une étape nécessaire pour repenser leur identité. Cette détransition doit alors être pensée, accompagnée de la même manière et avec la même bienveillance que leur transition.

Cadre de travail : standards de soins de la WPATH

La mission de la World Professional Association For Transgender Health (WPATH) [22] est de promouvoir les pratiques, l'éducation et la santé orientées vers le respect de la santé des personnes trans. Elle émet des standards de soins basés sur des données scientifiques dans le but d'améliorer l'état de santé, le bien-être psychologique et l'épanouissement personnel des personnes trans, non binaires ou autres variances du genre. Ces standards reconnaissent l'importance d'un choix éclairé et informé, ainsi que des approches de gestion et de réduction des risques. Ils recommandent une prise en charge centrée sur l'évaluation des besoins de la personne dans une approche pluridisciplinaire mais individualisée.

La place des psychiatres et des psychologues n'est plus celle d'une pathologisation ou d'une certification sur l'absence de contre-indications. Elle est celle de l'accompagnement incluant l'information, la prévention et le soin dont l'évaluation lorsque cela est nécessaire.

Les standards actuels de la 7^e version de la WPATH (la 8^e version n'étant pas encore finalisée) s'appuient sur le cadre nosographique du DSM-5. Ils définissent les rôles professionnel-le-s en santé mentale selon les quelques points suivants :

1) Évaluation. Le rôle d'évaluation comprend celui de l'identité de genre, de la dysphorie de genre si elle existe, l'histoire et le développement des sentiments dysphoriques, l'impact de la stigmatisation en lien avec l'incongruence de genre sur la santé mentale, la qualité du soutien social (famille, amis, pairs). Cette évaluation peut aboutir à un diagnostic de dysphorie de genre, une absence de diagnostic, ou toute autre conclusion décrivant les aspects psychosociaux et de santé de la personne concernée et de son adaptation.

2) Information sur les différentes options d'interventions médicales pour l'expression et l'identité de genre. L'information dispensée inclut celle portant sur la diversité des identités de genre et l'expression du genre, informer sur les différentes options susceptibles d'améliorer la dysphorie de genre, faciliter l'exploration de ces options avec pour but de trouver des rôles et expressions de genres adéquats, préparer les personnes concernées à une décision éclairée vis-à-vis des interventions médicales

possibles, discuter des conséquences à court et long terme de tout changement de rôle de genre et du recours à des interventions médicales, discuter des conséquences psychologiques, sociales, physiques, sexuelles, professionnelles, financières et juridiques.

3) Évaluation, le diagnostic et la discussion des options de traitements pour les problèmes de santé mentale qui coexistent. Les personnes reçues en consultation peuvent présenter des troubles de santé mentale qu'ils soient ou non en lien avec la dysphorie de genre et/ou l'expérience de stress des minorités. Les professionnel-le-s de santé mentale doivent dépister ces troubles et les intégrer dans le plan de prise en charge, car s'ils ne sont pas traités, ils peuvent compliquer le processus d'exploration de l'identité de genre et de résolution de la dysphorie de genre. La présence de troubles mentaux n'exclut pas la possibilité de changements de rôles de genre, ni l'accès à une hormonothérapie féminisante ou masculinisante ou à un traitement chirurgical. Ils doivent être pris en charge de manière optimale avant ou en même temps que les autres options de traitement. Les personnes concernées doivent également être évaluées sur leur capacité à comprendre l'information et donner leur consentement éclairé pour un traitement médical.

4) Préparation et orientation vers l'hormonothérapie. Les professionnel-le-s de santé mentale peuvent aider les personnes concernées à être préparées psychologiquement. Leur consentement doit être éclairé, leurs attentes réalistes. Ils doivent être prêts à recevoir un plan général de traitement, pouvant inclure le cas échéant la famille et les aidants. Il faut enfin envisager les options concernant la reproduction et la conservation de gamètes avant tout traitement hormonal.

Les professionnel-le-s de santé mentale reconnaissent que la décision de traitement est celle de la personne concernée, mais ils ont pour responsabilité d'encourager, de guider et d'aider les personnes à faire des choix éclairés et à être suffisamment préparés. L'objectif est de soutenir la décision de la personne en veillant à développer une relation et une alliance thérapeutique de qualité. L'hormonothérapie peut être initiée sur recommandation d'un-e professionnel-le de santé mentale. Le ou la professionnel-le recommandant l'hormonothérapie partage les responsabilités éthiques et légales de cette prescription avec le médecin prescripteur. La recommandation inclut alors l'évaluation psychosociale, le diagnostic si nécessaire à la prise en charge, la durée d'évaluation, le type de thérapie, ou de *counseling*. La recommandation inclut également une description des critères d'indication de l'hormonothérapie et les justifications cliniques accompagnant la demande de la personne et la possibilité pour cette personne de donner son consentement éclairé.

5) Préparation et orientation vers la chirurgie. Les mêmes principes que pour l'hormonothérapie s'appliquent, à savoir soutenir, guider, aider. La préparation et l'orientation concernent les décisions de chirurgie de la poitrine (mastectomie, prothèse mammaires), et de chirurgie génitale d'affirmation de genre (vaginoplastie, phallopoïèse). Elles ne se portent pas sur les autres procédures chirurgicales (p. ex. chirurgie de féminisation du visage), mais peuvent aider et accompagner les personnes à prendre des décisions pleinement informées sur la durée et les conséquences de telles procédures, dans le contexte de l'ensemble du processus de transition.

La WPATH définit également les tâches relatives à la psychothérapie et sa place dans la prise en charge des personnes transidentitaires. La psychothérapie n'est pas un prérequis à la

transition médico-chirurgicale. Elle peut être conseillée, mais ne doit pas créer de barrière ou décourager la personne concernée. Le rôle du ou de la professionnel-le en santé mentale est avant tout de proposer un soutien important et continu tout au long des phases d'exploration de l'identité de genre, de l'expression de genre, et de la transition. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie et le sentiment de réalisation personnelle, d'explorer les problèmes liés à l'incongruence de genre et trouver les moyens et options susceptibles d'atténuer la dysphorie de genre quand elle existe. Elle peut prendre toutes les formes individuelles, familiales ou de groupe.

La psychothérapie s'insère dans le processus psychosocial et peut être une aide sur les points que sont l'exploration des rôles et de l'identité de genre, l'atténuation de l'impact de la stigmatisation et du stress des minorités sur la santé mentale et le développement de la personne, la facilitation du processus de *coming out*, l'apport d'un soutien, l'encouragement des compétences interpersonnelles et la résilience des personnes et leur famille face à un environnement qui n'est pas toujours préparé.

Amélioration du pronostic psychosocial

L'amélioration du pronostic psychosocial et de la qualité de vie des personnes trans sont les objectifs qui permettent de faciliter l'affirmation, l'expression de genre et l'image du corps. Les recherches décrites ci-dessous appuient globalement les procédures initiées pour améliorer cette qualité de vie.

1) Impact des interventions médicales. Le traitement hormonal d'affirmation de genre. Le traitement hormonal d'affirmation de genre vient développer un certain nombre de caractéristiques sexuelles plus conformes au genre ressenti. Le *National transgender survey report on health and health care* mentionne que 80 % des personnes transidentitaires désirent, ou sont sous, un traitement hormonal.

La majorité des études rapporte une réduction des symptômes anxieux en réponse au traitement [23]. Les effets du traitement sur le fonctionnement social et les relations interpersonnelles ont des résultats plus mitigés. Bouman et al. [14] décrivent une régression des difficultés de socialisation et dans les relations interpersonnelles chez les personnes trans, et une réduction de la sensibilité et de l'hostilité perçues après initiation du traitement hormonal autant chez les hommes que chez les femmes trans [15]. A contrario, une étude publiée en Asie du Sud-Est [33] rapporte chez les hommes trans une aggravation de la souffrance par rapport au corps, une altération de la santé mentale et de la vitalité, et une moins bonne acceptation parentale comparées aux personnes qui ne sont pas sous traitement hormonal masculinisant.

En ce qui concerne le niveau global de psychopathologie et le bien-être psychique, de nombreuses études décrivent une réduction globale du niveau de psychopathologie à l'initiation du traitement hormonal. Les personnes trans rapportent un meilleur niveau d'ajustement social, une régression subjective du niveau de dysphorie et des symptômes psychiatriques [20, 23, 40]. Trois études [12, 45, 63] qui ont utilisé le MMPI (*Minnesota multiphasic personality inventory*) suggèrent une réduction

significative de certains éléments pathologiques de personnalité comme l'asthénie psychique, la paranoïa, et l'hystérie.

Sur le plan de la gestion émotionnelle, les effets du traitement hormonal font l'objet de résultats contradictoires. Certaines études [24, 58] décrivent une augmentation de la colère après 7 mois de traitement par testostérone, alors que d'autres mentionnent une amélioration de la gestion de la colère en lien avec une amélioration du niveau de confiance en soi et du fonctionnement social.

Les effets positifs du traitement hormonal sur la qualité de vie, la satisfaction corporelle et l'estime de soi, font l'objet d'un solide faisceau de preuves [14, 32]. L'intervention hormonale est ainsi associée à une augmentation du niveau de satisfaction face à l'image corporelle et à l'estime de soi. Le traitement hormonal réduit le sentiment d'inconfort par rapport au corps, augmente la congruence de genre et le niveau de satisfaction par rapport à l'image du corps, probablement du fait d'une diminution de la divergence entre les caractéristiques sexuelles de naissance et l'identité de genre [22, 27, 44, 50, 64, 78]. Enfin, selon les mêmes auteurs, le traitement hormonal permettrait une décroissance significative des troubles des conduites alimentaires.

2) Impacts des interventions chirurgicales. Les chirurgies d'affirmation de genre ont pour but, en plus du traitement hormonal, de mettre les caractéristiques physiques en plus grande conformité avec l'identité de genre (qu'elle soit binaire ou non). Ces chirurgies sont variées et ciblent les caractéristiques physiques liées au sexe assigné à la naissance : organes génitaux (vaginoplastie, phalloplastie, hystérectomie, ovariectomie), poitrine (mastectomie, mammoplastie), visage (le plus fréquemment féminisation), voix, pomme d'Adam.

Ces 15 dernières années ont vu l'expansion, y compris en France, de ces chirurgies ultra-spécialisées, avec pour corollaire l'augmentation de l'offre de soins en la matière, même si celle-ci reste insuffisante par rapport à une demande croissante.

De nombreuses études ont évalué les conséquences des actes chirurgicaux sur le niveau de qualité de vie des personnes transidentitaires. Rappelons que la qualité de vie reflète le bien-être et le fonctionnement subjectif de la personne, et inclut des paramètres physiques, psychosociaux et sociaux.

Les personnes trans ont des indicateurs de qualité de vie inférieurs à ceux de la population générale, sans différence significative entre les personnes transféminines et transmasculines [26, 57]. La littérature rapporte chez les femmes trans une amélioration de la qualité de vie après vaginoplastie [41, 82]. De manière similaire, une augmentation des scores de qualité de vie est rapportée après chirurgie de féminisation faciale [1]. La toroplastie est également associée à des résultats similaires, avec des scores de qualité de vie significativement plus élevés chez les hommes trans ayant bénéficié d'une mastectomie par rapport à ceux n'ayant pas été opérés [60].

L'ensemble de ces indicateurs converge vers un impact positif de la chirurgie chez les personnes concernées. Il est toutefois intéressant de noter que même après traitement chirurgical, la qualité de vie des personnes trans resterait inférieure à celle de la population générale [46].

La question du regret est souvent soulevée face à la chirurgie. Il convient de distinguer les regrets dits majeurs (souhaits de détransition), des regrets dits mineurs (déceptions opératoires mais non remises en cause du processus transitionnel). De manière concordante, la littérature rapporte un haut niveau

de satisfaction avec les procédures chirurgicales d'affirmation de genre : 87 à 100 % après mammoplastie [25, 48], 83 à 100 % avec vaginoplastie [25, 41], 92 à 100 % avec mastectomie [25, 59], et 100 % avec phalloplastie en dépit du haut risque de complications [25].

Il est important de noter que les facteurs associés à l'insatisfaction et aux regrets sont associés à des comorbidités psychiatriques ou psychiques et à un faible niveau de soutien social [31]. L'étude réalisée par van de Grift en 2018 [82] montre que l'intensité des symptômes psychiques et le niveau d'insatisfaction par rapport à sa propre vie sont des facteurs prédictifs d'insatisfaction postopératoire. Ces résultats mettent en lumière l'importance de l'attention à apporter pas seulement à la technique chirurgicale mais aussi aux aspects psychosociaux.

Des études plus anciennes soulignaient déjà que les personnes qui présentent des troubles psychologiques diffèrent de celles en ayant peu en termes de pronostic post-transition médico-chirurgicale [26, 76], principalement sur la présence de symptômes anxieux et dépressifs. Ces symptômes sont associés à un moins bon pronostic chirurgical et à plus de déceptions postopératoires [51, 74]. L'hypothèse principale avancée par les auteurs est que les caractéristiques psychologiques influencent la capacité adaptative des individus face à un résultat perçu comme décevant. Il en découle la nécessité, en amont, d'une information éclairée, d'un travail approfondi sur les attentes et les contraintes opératoires, et d'un traitement de la chirurgie des comorbidités, ainsi que d'un accompagnement solide tout au long de la procédure chirurgicale.

3) Interventions psychosociales. L'affirmation de genre ne se conçoit pas à un niveau individuel, mais dans un modèle social écologique [68]. La transition se construit dans des proportions variables entre les interventions médicales, chirurgicales, psychologiques et sociales. Les professionnel-le-s de la santé mentale, au-delà de la prise en charge associée d'éventuelles comorbidités, peuvent proposer une approche plus affirmative venant s'appuyer sur les forces et les compétences de l'individu afin de promouvoir ses capacités adaptatives et de résilience. L'évaluation et la prise en charge de la santé mentale doivent donc inclure les facteurs contextuels qui ont pour résultat ces facteurs de vulnérabilité.

Si l'on se réfère au modèle de stress des minorités, les professionnel-le-s de santé mentale jouent un rôle sur chacun des types de facteurs de stress pour favoriser de nouveaux facteurs de résilience. Leur rôle face aux facteurs de stress distaux ou environnementaux consiste à favoriser la connaissance et l'intégration de l'individu à des communautés de pairs, l'accès aux réseaux sociaux, pour développer un sentiment d'appartenance à une communauté. Les études montrent que ces éléments sont associés à une augmentation des capacités d'adaptation et une meilleure santé mentale [16, 36, 56, 73]. L'intégration d'une image positive de son identité par le biais de groupes de soutien communautaire est un pilier possible sur lequel peut se construire l'affirmation de genre et favoriser l'apprentissage de stratégies adaptatives.

Le rôle des professionnel-le-s face aux facteurs de stress proximaux passe par le développement de stratégies adaptatives, ou stratégies de *coping*, utilisées dans le cadre de thérapies cognitives et comportementales (individuelles ou de groupe). L'objectif est de favoriser les capacités d'affirmation de soi, d'améliorer l'estime de soi, et de développer des stratégies efficaces de gestion du stress. La famille, les aidants et les pairs doivent y être inclus pour ainsi permettre un soutien social et familial solide.

Transidentité et modification de l'état civil

Au-delà des transitions médicales demandées par une partie de la population trans, la reconnaissance et l'acceptation sociale de l'identité de genre participent de manière importante au bien-être de l'individu. Une affirmation de genre auprès des proches et de l'entourage familial est souvent la première étape de la transition dans le domaine social. Puis, progressivement, cette affirmation s'étend à tous les niveaux sociaux (école, travail, environnements sociaux, etc.). Le changement possible de prénom et de genre à l'état civil peut pour beaucoup participer à l'affirmation de cette identité.

En droit, traditionnellement et dans la plupart des pays, les notions de sexe et de genre sont confondues, le sexe englobant tant les aspects biologiques que psychiques et sociaux. L'inscription du genre à l'état civil étant conditionné à partir du seul sexe biologique attribué à la naissance, son changement était difficile au-delà des cas d'erreur matérielle admise (comme dans les situations d'intersexuation). L'impossibilité de changer la mention du genre à l'état civil a d'abord été fondée sur la jurisprudence de la Cour de cassation, sur le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes. S'en est assortie une grande difficulté pour les personnes trans de changer de genre à l'état civil, en s'appuyant sur les seules composantes psychiques ou sociales. Celui-ci a donc été pendant de nombreuses années dépendant de certificats médicaux attestant d'une pathologie et de l'efficacité de son traitement médical (traitements hormonaux et opérations chirurgicales, irréversibilité de la transformation de l'apparence, etc.). Une association étroite entre médecine et droit a longtemps perduré.

Progressivement, sous l'influence de la promotion des droits fondamentaux, l'immutabilité de la mention du genre inscrite sur l'acte de naissance a évolué. Le droit français a ainsi vécu des étapes importantes suivant les changements formulés au niveau européen [39] :

- l'admission du principe du changement de la mention du sexe en 1992 est liée à un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme ;
- la modification des conditions du changement opéré entre 2010 et 2012 par voie de circulaire et de décisions de justice est la conséquence de l'adoption d'un rapport du commissaire aux Droits de l'homme du Conseil de l'Europe portant sur les personnes trans ;
- le nouvel assouplissement des conditions du changement par une loi du 18 novembre 2016 est également lié à l'anticipation de condamnations annoncées du système antérieur par la Cour européenne des droits de l'homme.

La loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, a profondément modifié le droit français ; elle abandonne les critères médicaux retenus par les juges au profit de critères sociaux et démedicalise la demande de changement de sexe à l'état civil.

Depuis 2016, il n'est plus nécessaire d'avoir suivi un traitement médical ou une opération chirurgicale. Toutefois, les personnes concernées doivent démontrer que le genre indiqué à l'état civil ne correspond pas ou plus, à celui de sa vie sociale.

Comme le précise le rapport « État civil de demain et transidentité » [39], proposant une approche comparée et pluridisciplinaire de la procédure de changement de sexe à l'état civil,

le changement d'état civil est démedicalisé, mais reste subordonné à l'existence d'une réunion suffisante de faits. La personne requérante devra faire preuve « que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification.

Les principaux de ces faits, dont la preuve peut être rapportée par tous moyens, peuvent être :

- « 1° Qu'elle se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué ;
- « 2° Qu'elle est connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical ou professionnel ;
- « 3° Qu'elle a obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué ; » (art. 61-5, 1° à 3 du Code civil).

Ainsi « le fait de ne pas avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande » (art. 61-6, al. 3 du Code civil)

Cette modification de la mention du genre sur l'acte de naissance nécessite une décision du Tribunal Judiciaire. La demande peut être formulée auprès du tribunal judiciaire où la personne demeure, ou du tribunal judiciaire du lieu de sa naissance. La demande est formulée par requête et ne nécessite pas obligatoirement la sollicitation d'un avocat.

Parallèlement, la procédure de changement de prénom s'est vue largement simplifiée et peut se faire aujourd'hui simplement auprès d'un officier d'état civil (mairie) du lieu de résidence de la personne ou du lieu où l'acte de naissance a été dressé.

Cette loi récente a permis un réel changement dans l'insertion et l'affirmation de genre des personnes trans, et leur permet d'accéder à un changement de prénom ou d'état civil au moment de leur parcours qui leur semble le plus opportun, sans être assujetti à une démarche médicale quelconque.

Conclusion

La question de la transidentité et de la promotion de la santé des personnes trans se trouve au carrefour d'aspects sociaux, médicaux et éthiques. Le peu de recommandations existantes montre la complexité de la réponse que l'on peut apporter aux personnes que nous rencontrons ici ou ailleurs dans le monde. Les prises en charge conjuguent des dimensions culturelles, sociales, économiques et culturelles, qui varient d'un pays à l'autre, mais également d'un individu à l'autre. L'amélioration de la qualité de vie et de la santé des personnes trans ne se limite pas aux seules réponses médico-chirurgicales, elle nécessite une approche globale de l'individu dans son écosystème.

L'équation se modifie d'autant plus que les normes sociales et les besoins évoluent rapidement, et que les demandes de prise en charge augmentent et se diversifient considérablement. Elles doivent amener les professionnel-le-s de la santé à conserver une réflexion éthique constante.

Bibliographie

1. Ainsworth TA, Spiegel JH. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*. 2010;19:1019-24.

2. Alessandrin A. Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*. 2014;9.
3. Alessandrin A, Espineira K. *Sociologie de la transphobie*. MSHA; 2015.
4. American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
5. American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
6. Avila J, Golden N, Aye T. Eating disorder screening in gender minority adolescents and young adults. *J Adolescent Health*. 2019;64(2):S102-S103.
7. Azeem R, Zubair UB, Jalil A, Kamal A, Nizami A, Minhas F. Prevalence of suicide ideation and its relationship with depression among transgender population. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2019;29(4):349-52.
8. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel K M, Boyce M. "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *J Assoc Nurses in AIDS Care*. 2009;20(5):348-61.
9. Bize R, Berrut S, Volkmar E, Medico D, Werlen M, Aeger A, et al. Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées. In: P Bodenman, Y Jackson et H Wolff. *Vulnérabilités, équité et santé*. 2^e éd. Médecine et Hygiène; 2022.
10. Blakely T, Collings S C, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidem Community Health*, 2003; 57(8):594-600.
11. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigmat mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J public health*. 2013;103(5):943-51.
12. Bonierbale M, Baumstarck K, Maquigneau A, Gorin-Lazard A, Boyer L, Loundou A, et al. MMPI-2 profile of French transsexuals: The role of sociodemographic and clinical factors. A cross-sectional design. *Sci Rep*. 2016;6(1):1-9.
13. Bonierbale A. Définir l'homosexualité. In: P Lopès, FX Poudat (éd.). *Manuel de sexologie*. Elsevier Health Sciences; 2022.
14. Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. Sociodemographic variables, clinical features, and the role of preassessment cross-sex hormones in older trans people. *J Sex Med*. 2016;13(4):711-9.
15. Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Millet N, Fernandez-Aranda F et al. Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *Int J Transgenderism*. 2017;18(1):16-26.
16. Bunney WE, Kleinman AM, Pellmar TC, Goldsmith SK (Eds.). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press; 2002.
17. Classen TJ, Dunn RA. The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Economics*. 2012;21(3):338-50.
18. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex*. 2006;51(3):53-69.
19. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. The World Professional Association for Transgender Health. 7^e version. www.wpath.org; 2012.
20. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;39:65-73.