

Réseau de soins pour patients souffrant de dysphorie de genre

Drs LORENZO SOLDATI^{a,b,c}, MARION HISCHIER^{a,b,c} et Pr JEAN-MICHEL AUBRY^{b,c}

Rev Med Suisse 2016; 12: 1557-60

Par dysphorie de genre, on désigne la détresse due à la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance. La dysphorie de genre peut être atténuée par une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire, qui est résumée dans cet article.

Malheureusement, ce trouble est encore peu connu du monde médical, ce qui amène parfois une attitude discriminante de la part des soignants et un effet plus nocif que positif de certaines prises en charge sur les patients.

Face à cette constatation et aux plaintes de certains patients, nous avons décidé de créer un réseau de soins comprenant des soignants des diverses disciplines concernées. Les buts de ce réseau seront d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients souffrant de dysphorie de genre et de devenir une référence pour la Suisse romande.

Care network for patients with gender dysphoria

Gender dysphoria refers to the distress caused by the discrepancy between a person's gender identity and his or her sex assignment at birth. It can be alleviated by specialized multidisciplinary care, which is summarized in this article.

Unfortunately, this disorder is still not widely known in the medical world and this can cause a discriminatory attitude on the part of caregivers and can lead to detrimental patient care.

Faced with this finding and the complaints of some patients, we have decided to create a care network which includes healthcare professionals from various disciplines. The professionals in this network aim to improve the quality of care for patients with gender dysphoria and to create a leading care network in French-speaking Switzerland.

INTRODUCTION

L'identité de genre est définie comme le sentiment intrinsèque d'être un homme, une femme ou d'un genre alternatif («garçon-fille» ou «fille-garçon», par exemple).¹ En ce sens, elle ne reflète pas un concept dichotomique (soit homme, soit femme), mais plutôt un continuum qui va de complètement homme à complètement femme.^{2,3}

Certaines personnes se définissent «transgenre» ou «de genre non conforme» (TGNC), puisque leur identité de genre

et leur expression de genre diffèrent de ce qui est considéré normatif dans la culture donnée par rapport au sexe d'assignation à la naissance.¹

Notre perception culturelle d'un caractère naturel, incontestable de la dichotomie homme-femme amène à considérer les variances d'identité et d'expression de genre comme des phénomènes pathologiques,² et cela engendre une stigmatisation et une discrimination des personnes TGNC, pouvant provoquer un «stress de minorité».⁴ Ce stress les rend plus vulnérables et peut induire chez eux des symptômes anxieux et dépressifs.¹

On appelle dysphorie de genre la détresse causée par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance.¹

CONCEPTUALISATION D'UN SYNDROME OFFICIEL EN MÉDECINE

Certaines personnes TGNC souffrant de dysphorie de genre demandent de l'aide à la médecine pour améliorer leur bien-être psychologique. Pour définir cette demande de soins, le monde médical a officiellement introduit le diagnostic de transsexualisme en 1980 dans le DSM-III.²

Par transsexualisme, le monde médical fait référence à un syndrome caractérisé par le désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé, accompagné habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique, et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.⁵

Cependant, le terme transsexualisme a été critiqué car il conceptualise l'identité de genre non conforme comme un trouble, et renforce ainsi les stéréotypes négatifs envers les personnes de genre non conforme.²

En mai 2010, l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (WPATH) a publié une déclaration exhortant à la dépathologisation de la non-conformité de genre à travers le monde.¹ En 2015, le DSM-5 marque un changement dans ce sens en introduisant le diagnostic de dysphorie de genre, et en mettant par ce biais l'emphase sur la détresse causée par cette discordance entre l'identité de genre vécue et exprimée, et celle assignée à la naissance.⁶ Au travers de ce diagnostic, le monde médical conceptualise donc un syndrome qui peut être atténué par différents traitements médicaux,⁷ sans rendre pathologique la variance des vécus et expressions de genre.²

^a Consultation spécialisée de sexologie, ^b Service des spécialités psychiatriques, ^c Département de santé mentale et de psychiatrie, HUG, rue de Lausanne 20bis, 1201 Genève
lorenzo.soldati@hcuge.ch | marion.hischier@hcuge.ch
jean-michel.aubry@hcuge.ch

RAPPORTS ENTRE LES PERSONNES TRANSGENRES ET LE MONDE MÉDICAL

Le développement de l'identité de genre reste aujourd'hui un processus non expliqué, avec peu d'évidences concernant les facteurs pouvant l'influencer.^{2,3,8}

De plus, la dysphorie de genre est un syndrome encore peu connu des systèmes de soins,⁹ et les soignants ayant une expérience limitée dans ce domaine peuvent avoir un effet plus nocif que bénéfique pour les patients TGNC.^{10,11} En effet, certains patients sont confrontés à de la discrimination et à des refus de prise en charge, et la moitié d'entre eux rapporte avoir dû «éduquer» leurs soignants.¹²

Ces constatations sont inquiétantes, et ce d'autant plus que, s'il est vrai que ce syndrome est peu fréquent, puisqu'on estime les taux de prévalence entre 1:11 900 et 1:45 000 pour les personnes homme-vers-femme (MtF) et de 1:30 400 à 1:200 000 pour les personnes femme-vers-homme (FtM),¹ il est vrai également que les études plus récentes rapportent des taux de prévalence plus élevés, ainsi qu'un nombre croissant de demandes. Ceci suggère que la prévalence actuelle pourrait être sous-estimée.¹

RÔLE DU SYSTÈME DE SOINS

Prise en charge

Le traitement de la dysphorie de genre est un travail très spécialisé, impliquant différentes disciplines comme la psychiatrie, l'endocrinologie, la dermatologie, l'urologie, la gynécologie, la chirurgie plastique, l'oto-rhino-laryngologie, et la pédiatrie.

La satisfaction des patients par rapport à ces traitements est très élevée, car ils permettent une diminution considérable de la dysphorie de genre et une augmentation de la qualité de vie.³

Pour arriver à cela, le traitement doit être individualisé. Si, pour quelques patients, le suivi psychothérapeutique peut se révéler suffisant, pour d'autres, les changements de rôle et d'expression de genre sont indispensables pour soulager la dysphorie de genre.¹ Beaucoup de patients auront également besoin de traitements hormonaux et/ou chirurgicaux dont les buts sont la masculinisation ou la féminisation du corps.¹

Le rôle du psychiatre ou du psychologue est de diagnostiquer la dysphorie de genre,¹ ainsi que les éventuels troubles psychiatriques coexistants, qui peuvent compliquer le processus d'exploration de l'identité de genre et l'atténuation de la dysphorie de genre.¹ Un suivi psychothérapeutique est proposé pour explorer l'identité de genre et aider le patient à trouver les moyens les plus appropriés pour lui d'exprimer son genre et d'atténuer ainsi sa dysphorie de genre.

De plus, il faudra aider le patient à diminuer l'intensité d'une éventuelle transphobie internalisée, c'est-à-dire l'inconfort éprouvé par une personne face à sa propre identité transgenre comme résultat de l'internalisation des attentes sociétales concernant le genre.¹ Il faudra aussi limiter les effets de la

stigmatisation et du stress de minorité. La psychothérapie ne vise pas à modifier l'identité de genre du patient. Ce type de traitement n'est plus considéré comme éthique.¹

Changement de rôle et d'expression de genre

Le psychiatre ou le psychologue accompagnera le patient dans les changements de rôle et d'expression de genre, en offrant un espace de réflexion sur la tenue vestimentaire et sur l'apparence la plus adaptée à leur besoin d'expression de l'identité de genre.^{1,2} Les patients MtF pourront bénéficier d'un suivi dermatologique pour l'épilation définitive de la barbe.^{1,2}

Les oto-rhino-laryngologues et les orthophonistes peuvent aider les patients à développer des caractéristiques vocales et des comportements non verbaux (gestes, postures et expressions faciales) qui seront plus congruents avec le genre vécu.^{1,2}

Le psychiatre ou le psychologue aidera le patient à anticiper et accepter les conséquences de son changement d'expression de genre sur son entourage social et familial, afin de renforcer le soutien social et d'améliorer les relations avec les pairs.¹

Concernant la prise en charge des enfants souffrant d'une dysphorie de genre, il n'y a pas de consensus: certains auteurs proposent d'encourager l'acceptation et l'affirmation de l'identité de genre exprimée par l'enfant, tandis que d'autres encouragent l'enfant à investir son corps actuel et à s'aligner à son rôle de genre assigné à l'enfance, au moins jusqu'à la puberté.¹³

Hormonothérapies

L'hormonothérapie féminisante comprend des œstrogènes, ainsi que des traitements antiandrogènes (acétate de cyprotérone, agonistes de la GnRH...).^{1,2} Ces traitements provoquent une augmentation de la poitrine, une redistribution de la graisse corporelle de façon plus féminine, une diminution de la force musculaire, un assouplissement de la peau, et une diminution de la pilosité corporelle.^{1,2}

L'hormonothérapie masculinisante comprend de la testostérone,^{1,2} et provoque une aggravation de la voix, une augmentation de la pilosité faciale et corporelle, une calvitie, une augmentation de la force musculaire, une prise de poids, une diminution de la masse graisseuse au niveau des hanches, une légère atrophie mammaire, une augmentation du désir sexuel et un accroissement clitoridien.^{1,2}

Les adolescents en début de puberté peuvent bénéficier d'interventions réversibles de blocage de la puberté, avec des analogues de la GnRH.¹ Par la suite, d'habitude dès l'âge de 16 ans, des traitements masculinisants et féminisants similaires à ceux des adultes peuvent être prescrits.¹

Des consultations chez des spécialistes de la médecine de la reproduction sont souhaitables avant de commencer l'hormonothérapie, en raison de son effet limitant sur la fertilité. Les patients pourront, s'ils le désirent, congeler leurs gamètes et utiliser des techniques de procréation médicalement assistée pour avoir des enfants.¹

Chirurgie de réassignation sexuelle

Il existe différents types d'interventions chirurgicales. Concernant la chirurgie de la poitrine, les patients MtF peuvent bénéficier d'une mammoplastie, et les patients FtM d'une mastectomie.^{1,2}

Les chirurgies génitales possibles pour les patients MtF sont la pénectomie, l'orchidectomie, la vaginoplastie, la clitoroplastie, et la vulvoplastie. Les patients FtM peuvent bénéficier d'une hystérectomie, d'une ovariectomie, d'une vaginectomie, d'une métoïdioplastie ou d'une phalloplastie, et d'une scrotoplastie.^{1,2} Au moins 12 mois d'hormonothérapie et d'expérience de vie réelle dans le rôle de genre souhaité sont recommandés avant de procéder aux phalloplastie et vaginoplastie.¹ Il existe d'autres techniques chirurgicales à visée esthétique, et, pour les patients MtF, la chirurgie de féminisation de la voix peut être tentée.¹ Un suivi postopératoire ainsi qu'un suivi par des spécialistes de gynécologie et d'urologie sont souhaitables.¹

L'EXPÉRIENCE GENEVOISE ET LA CRÉATION D'UN RÉSEAU DE SOINS

La consultation spécialisée de sexologie des HUG a, parmi ses missions, celle de prendre en charge les personnes TGNC souffrant de dysphorie de genre. Si cette mission a toujours été remplie, la consultation ne se préoccupait que peu, auparavant, de la coordination des soins avec les autres spécialistes, laissant aux patients la charge de rechercher ceux qu'ils souhaitaient solliciter.

Au cours de ces dernières années cependant, certains de nos patients nous ont rapporté des prises de contact avec des spécialistes n'ayant pas suffisamment de connaissances sur la dysphorie de genre, et/ou ayant manifesté des préjugés quant à leurs démarches de transition. Par ailleurs, pour une qualité de soins optimale, la WPATH souligne l'importance d'un travail de coordination entre les différents professionnels de la santé.¹

Nous avons donc revu notre offre de soins, et avons constitué un groupe de collègues issus de différentes spécialités. Ce réseau se compose actuellement de spécialistes des HUG et du CHUV, et il comprend les sexologues de la consultation spécialisée de sexologie des HUG, un endocrinologue, une gynécologue experte en médecine de la reproduction, un dermatologue, un oto-rhino-laryngologue, une orthophoniste, un chirurgien plasticien, une généticienne, et un chirurgien plasticien, spécialisé dans la chirurgie de réassignation sexuelle; de plus, pour le suivi des mineurs, nous avons intégré un pédopsychiatre et une pédiatre endocrinologue.

Le but de ce réseau est d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients TGNC souffrant de dysphorie de genre, en leur proposant des spécialistes informés et expérimentés, ainsi qu'une meilleure communication et une meilleure coordination parmi les spécialistes. Enfin, étant donné qu'il n'y a, à notre connaissance, pas d'autre réseau de soins pour les patients TGNC en Romandie, notre but est de devenir le groupe médical de référence pour cette région.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les patients souffrant de dysphorie de genre devraient bénéficier d'une prise en charge par des soignants spécialisés et travaillant dans un réseau multidisciplinaire
- Le suivi psychothérapeutique vise à aider le patient à trouver les moyens les plus appropriés pour lui d'exprimer son genre et d'atténuer ainsi sa dysphorie de genre
- Les adolescents en début de puberté peuvent bénéficier d'interventions réversibles de blocage de la puberté
- Au moins 12 mois d'hormonothérapie et d'expérience de vie réelle dans le rôle de genre souhaité sont recommandés avant de procéder aux phalloplastie et vaginoplastie

1 ** Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend* 2012;13:165-232.

2 * Dean J, T'Sjoen G. Gender dysphoria. In: Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, et al., editors. *The EFS and ESSM syllabus of clinical sexology*. Amsterdam: Medix Publishers, 2013;1064-85.

3 Garcia D, Gross P, Baeriswyl M, et al. De la transexualité à la dysphorie de genre. *Recommandations de conseil et de traitement pour les personnes trans*. *Forum Med Suisse* 2014;14:382-7.

4 Meyer IH. Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *Am J Public Health* 2003;93:262-5.

5 Organisation mondiale de la santé,

editor. *Classification internationale des maladies*. Dixième révision. (CIM-10/ICD-10). Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris [etc.], OMS, Genève Masson, 1993.

6 American Psychiatric Association, editor. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^e ed. Paris: Elsevier Masson, 2015.

7 Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2010;72:214-31.

8 Butty AV, Bianchi-Demicheli F. Le point sur les étiologies biologiques de la

transsexualité. *Rev Med Suisse* 2016;12:534-9.

9 American Psychological Association Task Force on Gender Identity and Gender Variance. Report on the task for on gender identity and gender variance. *American Psychological Association Task Force on Gender Identity and Gender Variance*, 2009. www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf

10 Mikalson P, Pardo S, Green J. First do no harm: Reducing disparities for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and questioning populations in California. 2012. www.eqcai.org/atf/cf/%7B8cca0e2f-faec-46c1-8727-cb02a7d1b3cc%7D/FIRST_DO_NO_HARM-LGBTQ_REPORT.PDF

11 Xavier J, Bradford J, Hendricks M, et

al. Transgender health care access of Virginia: A qualitative study. *Int J Transgend* 2012;14:3-17.

12 National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force, Grant JM, Mottet LA, et al. Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. 2011. www.transequality.org/issues/national-transgender-discrimination-survey

13 * American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol* 2015;70:832-64.

* à lire

** à lire absolument