

Rôle du psychiatre-psychothérapeute dans la prise en charge de la dysphorie de genre

Drs DANA PAMFILE^a, LORENZO SOLDATI^b, SEBASTIEN BROVELLI^a, PASCALE PÉCOUD^a, ISALINE DUCOMMUN^c, Prs NADIA MICALI^d, FRIEDRICH STIEFEL^a, KERSTIN JESSICA PLESSEN^d, Drs MATHILDE MORISOD^e et SOPHIA TYPALDOU^e

Rev Med Suisse 2020; 16: 1877-80

Cet article est issu d'une collaboration entre les psychiatres-psychothérapeutes et les pédopsychiatres-psychothérapeutes intervenant dans les deux consultations universitaires spécialisées pour la dysphorie de genre en Suisse romande et illustre l'importance de leur intervention dans la prise en charge des personnes qui sollicitent des traitements médicochirurgicaux de réassignation sexuelle.

Role of the psychiatrist-psychotherapist in the assessment and treatment of gender dysphoria

This article is the result of the joint work of psychiatrists-psychotherapists working with patients with gender dysphoria (children, adolescents and adults) in Lausanne and Geneva university hospitals. It emphasizes the importance of their clinical interventions when hormone therapy and sex reassignment surgery are requested.

INTRODUCTION

L'évolution des concepts d'identité de genre et de son développement en congruence ou non avec le sexe biologique a contribué à l'élargissement du champ des connaissances, des compétences et des offres de soins pour les personnes souffrant de dysphorie de genre, tout en ouvrant la voie à de fortes controverses autour de la dépathologisation du phénomène *trans*,^a ainsi qu'autour du rôle de la médecine et de la psychiatrie dans l'évaluation et l'accompagnement des personnes concernées.

En tant que psychiatres-psychothérapeutes^b pratiquant au sein de consultations spécialisées pour la dysphorie de genre, nous assistons ces dernières années à une augmentation constante du nombre de personnes s'identifiant comme transgenres ou de genre non conforme et qui, en raison d'une souffrance considérable en lien avec la réalité biologique du

corps, demandent, à des âges de plus en plus jeunes, à pouvoir bénéficier de traitements dits de *réassignation sexuelle* ou d'*affirmation de genre*.^c

Au vu de la souffrance psychique très souvent présente et du caractère irréversible des traitements hormonaux et chirurgicaux visant à la diminuer, l'évaluation et l'accompagnement psychiatriques représentent actuellement une étape incontournable du parcours de soins des personnes qui présentent une dysphorie de genre. Cet état de fait apparaît comme injuste et stigmatisant pour certaines personnes concernées et associations militantes qui, au nom du droit à l'auto-détermination du sujet, demandent la dépathologisation du phénomène *trans* ainsi que la suppression des évaluations psychiatriques. Cependant, la dialectique de la *médicalisation sans pathologisation*¹ questionne le rôle même de la médecine et de ses limites face à la demande d'une mobilisation des compétences et des techniques médicales spécifiques non pas à visée thérapeutique mais dans le but de l'amélioration de la qualité de vie à travers l'accomplissement de soi au-delà des contraintes biologiques.

Toujours est-il que les actions militantes pour la reconnaissance, la dépathologisation des identités *trans* et pour l'accès facilité aux soins ont permis des évolutions nosographiques importantes au sein des classifications médicales officielles. Ainsi, le diagnostic de *transsexualisme* (DSM-III) a laissé place aux *troubles de l'identité sexuelle* (DSM-IV) puis à la *dysphorie de genre* qui constitue un chapitre à part dans le DSM-V.² De son côté et dès janvier 2022, la CIM-11 adoptera le diagnostic d'*incongruence de genre* qui sera affilié au chapitre des *conditions*

^a Consultation dysphorie de genre, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ^b Consultation spécialisée de sexologie, Service des spécialités psychiatriques, HUG, 1211 Genève 14, ^c Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14, ^d Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ^e Pédopsychiatrie de liaison, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne
dana.pamfile@chuv.ch | lorenzo.soldati@hcuge.ch | sebastien.brovelli@chuv.ch
pascale.pecoud@bluwin.ch | isaline.ducommun@hcuge.ch
nadia.micali@hcuge.ch frederic.stiefel@chuv.ch | kerstin.plessen@chuv.ch
mathilde.morisod@chuv.ch | sophia.typaldou@chuv.ch

^a Lorsque le terme *trans* est employé dans cet article, il regroupe la pluralité des identifications de genre ne correspondant pas au sexe assigné à la naissance et incluant les identités non binaires.

^b Dans les chapitres *Introduction* et *Conclusions*, le terme psychiatre-psychothérapeute désigne de manière générale tant le psychiatre-psychothérapeute d'adultes que le psychiatre-psychothérapeute de l'enfant et de l'adolescent. Le deuxième chapitre traite spécifiquement du rôle du psychiatre-psychothérapeute d'adultes et le troisième chapitre de celui du psychiatre-psychothérapeute de l'enfant et de l'adolescent.

^c Malgré la tendance actuelle dans la littérature anglo-saxonne à remplacer *réassignation sexuelle* par *affirmation de genre*, nous employons dans cet article l'expression *traitement de réassignation sexuelle* pour désigner de manière plus spécifique l'ensemble des interventions médicochirurgicales visant des changements corporels allant dans le sens du genre désiré; par la désignation *traitement d'affirmation de genre*, nous faisons référence à l'ensemble du suivi multidisciplinaire dont les résultats se manifestent sur le plan psychique dans le sens d'une diminution de la dysphorie de genre.

liées à la santé sexuelle, en lieu et place du *transsexualisme* classé actuellement comme *trouble mental et du comportement* dans la CIM-10.³

Il s'agit de changements importants, qui permettent d'envisager une solution aux controverses décrites auparavant, puisqu'ils s'inscrivent sur la voie de la dépathologisation des transidentités en favorisant une diminution de la stigmatisation dont les personnes transgenres sont victimes. De plus, ces changements nosographiques permettent de mettre en évidence la dimension symptomatique subjective de la dysphorie de genre ou de l'incongruence de genre, face à laquelle la médecine peut répondre avec des soins spécifiques pour améliorer la santé mentale et la qualité de vie des personnes qui en souffrent.⁴

L'intention de cet article est de mettre en exergue l'importance de l'intervention du psychiatre-psychothérapeute dans la prise en charge des personnes présentant une dysphorie de genre qui demandent à bénéficier d'un traitement de réassignation sexuelle. Pour demeurer dans les limites du propos, dans le chapitre concernant les patient-e-s adultes, ne sera pas traitée la question de personnes s'identifiant comme non binaires qui ne souhaitent pas de traitement hormono-chirurgical et qui nous sollicitent pour des psychothérapies au sens strict. Une situation particulière concerne la prise en charge des patient-e-s mineur-e-s, s'agissant des possibilités de traitement de réassignation différé en fonction de l'âge.

PRISE EN CHARGE DES ADULTES PRÉSENTANT UNE DYSPHORIE DE GENRE

Le psychiatre-psychothérapeute joue un rôle très important dans la prise en charge des personnes présentant une dysphorie de genre qui souhaitent bénéficier des interventions médico-chirurgicales de réassignation sexuelle. Le suivi psychiatrique s'organise en plusieurs temps selon les différentes étapes du processus de transition: l'évaluation initiale, la pose d'indication pour le traitement hormonal et ultérieurement pour le traitement chirurgical, ceci de concert avec l'endocrinologue, le suivi d'accompagnement et de soutien en parallèle aux interventions médico-chirurgicales.⁵

La prise en charge d'une demande de réassignation sexuelle étant multidisciplinaire, une collaboration étroite est réalisée avec les collègues des autres spécialités concernées: endocrinologie, chirurgie, phoniatry, médecine de l'adolescent, médecine de la reproduction, etc. Le psychiatre assume donc un rôle de liaison auprès des différent-e-s intervenant-e-s impliqué-e-s dans la prise en charge et auprès du-de la patient-e.

Évaluation psychiatrique initiale

Durant l'évaluation initiale, les entretiens ont pour objectif de poser le diagnostic de dysphorie de genre et d'évaluer la présence de potentielles comorbidités psychiatriques. Le psychiatre explore le développement infantile, la sphère relationnelle, le vécu identitaire, le rapport au corps et à la sexualité. Il s'agit ainsi de s'assurer que la dysphorie de genre ne représente pas le symptôme d'un trouble psychiatrique décompensé altérant la capacité de discernement quant à la

demande de changement de sexe. La mise en évidence d'autres symptômes ou de troubles psychiatriques comme des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des abus de substance, une impulsivité, une labilité émotionnelle, un trouble du spectre autistique, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques (troubles des perceptions ou du moi, idées délirantes), permet d'identifier la nécessité d'un traitement spécifique visant à les stabiliser ou à les traiter, mais aussi d'anticiper leur évolution sous l'effet de l'hormonothérapie. Rappelons que, selon une récente revue de la littérature, au moins 50% des personnes présentant un diagnostic de dysphorie de genre ont déjà souffert d'un trouble psychiatrique.⁶

Selon la complexité de la situation et la présence d'éventuelles comorbidités psychiatriques, cette évaluation peut se faire sur quelques entretiens mais peut aussi durer de plusieurs semaines à plusieurs mois. La clarification des représentations des patient-e-s par rapport aux différents traitements offre l'occasion de déconstruire des attentes pouvant se révéler magiques, comme la conviction que le changement de sexe va «tout régler». Il faut également informer les patient-e-s des effets secondaires de ces traitements, informations qui seront reprises en détail par les spécialistes concernés.

La pose du diagnostic de dysphorie de genre et de l'indication en faveur des traitements médico-chirurgicaux de réassignation sexuelle visant à la soulager clôture l'étape d'investigation initiale; le psychiatre peut à ce moment-là, ou parfois même avant, proposer un entretien en présence des proches. L'idée d'intégrer ces derniers dans la prise en charge permet de pouvoir non seulement leur donner des informations médicales sur la dysphorie de genre et les différents traitements mais aussi d'évaluer la qualité des liens et la nature du soutien que l'entourage va pouvoir fournir tout au long de la transition, ce dernier aspect étant important comme facteur de bon pronostic.⁷

Suivi psychiatrique en parallèle du traitement de réassignation sexuelle

L'étape suivante du suivi psychiatrique consiste à accompagner le-la patient-e dans son parcours de transition, en passant par l'hormonothérapie et jusqu'à ce que les interventions chirurgicales soient réalisées, parfois même au-delà si tel est son souhait. Il s'agit de proposer un espace contenant et soutenant pour permettre une intégration psychique harmonieuse des transformations vécues au niveau du corps.

Les traitements hormonaux, même s'ils sont ardemment souhaités et attendus, peuvent avoir des effets indésirables importants, notamment sur le plan psychique, ou alors être perçus comme décevants par rapport au résultat espéré, raison pour laquelle le soutien du psychiatre prend à nouveau tout son sens. Durant les phases préopératoire et postopératoire, le suivi psychiatrique permet d'explorer et d'accompagner les éventuels sentiments d'ambivalence et d'angoisse générés par les interventions chirurgicales.

Transversalement aux étapes du suivi précédemment décrites, le psychiatre offre un espace de soutien psychologique où les patient-e-s peuvent réfléchir entre autres à comment intégrer et assumer au mieux leur subjectivité, leur expression de

genre, ainsi qu'aux moyens d'atténuer la dysphorie de genre. Le psychiatre offre également un accompagnement concernant les éventuels effets de la stigmatisation dont les patient-e-s sont souvent victimes.

Dans certaines situations, comme en cas de *transphobie internalisée*, ou à la demande du-de la patient-e, un suivi psychothérapeutique est proposé.⁷

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENT-E-S PRÉSENTANT UNE DYSPHORIE DE GENRE

Tableaux cliniques chez l'enfant et chez l'adolescent-e

La dysphorie de genre se manifeste généralement chez l'enfant dans l'expression de son désir et de ses fantasmes d'appartenir au sexe opposé et d'une préférence urgente et constante pour le rôle de genre qui y correspond, ceci à travers le choix des vêtements, des jeux et des activités typiquement associées à l'autre sexe. S'y rajoute la préférence pour des camarades de jeux de sexe opposé.

Chez l'adolescent-e, la dysphorie de genre s'exprime par le désir d'appartenir au sexe opposé, d'être traité-e et reconnue en tant que tel-le, ainsi que par la conviction intime d'éprouver des sentiments correspondant aux sujets de l'autre sexe. Il n'est pas rare que les jeunes concerné-e-s adoptent une apparence les rapprochant du sexe opposé, étant accepté-e-s socialement comme tel-le-s.

À ce désir d'appartenir au sexe opposé s'ajoutent également des symptômes qui indiquent un désaccord et une souffrance par rapport au rôle de genre correspondant au sexe biologique et qui se démontrent dans le rejet de ce rôle à travers des comportements de désaccord et l'expression d'un mal-être.

Le tableau clinique spécifique de cette dysphorie dépend de l'âge développemental, de la personnalité, de la dynamique familiale, ainsi que des circonstances environnementales. Notons que la dysphorie de genre est rarement persistante chez les enfants (entre 6 et 27%) avec un ratio garçons/filles en faveur des garçons, tandis que chez les adolescent-e-s, elle est plus souvent persistante avec un ratio équilibré entre les deux genres.⁷

Les psychiatres-psychothérapeutes de l'enfant et de l'adolescent ont un rôle central dans l'évaluation et l'accompagnement du développement transidentitaire, ainsi que dans le suivi des patient-e-s par rapport au traitement indiqué.

Évaluation pédopsychiatrique initiale

Au début, l'évaluation pédopsychiatrique, qui peut se faire conjointement à une évaluation somatique par des pédiatres spécialisés en médecine de l'adolescent, inclut une approche générale afin d'évaluer la présentation individuelle, le degré de la dysphorie, de même que le soutien de l'environnement. En règle générale, la famille est incluse dans l'évaluation dès le début afin d'offrir un accompagnement et un soutien adaptés et individualisés aux besoins de chaque personne. Il est surtout important d'identifier les situations dans lesquelles le jeune

éprouve une souffrance grave liée aux questions d'identité de genre, étant donné que durant la période précédant l'affirmation du genre et la démarche de transition, les personnes transgenres présentent un risque important de conduite suicidaire, au moins 50% des jeunes concernés ayant déjà pensé au suicide et un tiers ayant déjà fait une tentative.^{6,8} Il est également essentiel, sur la base d'un entretien et d'une observation du jeune et de la famille, d'identifier des traits psychopathologiques et des potentielles comorbidités, comme un trouble du spectre autistique (diagnostiqué dans 9,4 à 26% des cas, selon les études),^{9,10} une psychose débutante, un trouble de la personnalité, et d'autres troubles psychiques ou constellations familiales particulières qui exigent une approche psychiatrique et/ou psychothérapeutique spécifique.

Accompagnement du développement identitaire transgenre

L'évaluation est étroitement liée à un accompagnement thérapeutique ouvert au développement transgenre de l'enfant ou de l'adolescent-e. Ce suivi vise également sa clarification diagnostique. Selon l'expérience clinique acquise dans de grands centres de traitement et le nombre limité d'études prospectives disponibles, la proportion de développements transgenres augmente considérablement avec l'âge, entre l'enfance et l'adolescence.¹¹

Après la phase d'évaluation, un suivi à fréquence plus espacée peut être par ailleurs proposé, en l'absence d'autres troubles psychiques, afin d'offrir un soutien à long terme aux patient-e-s et d'évaluer la stabilité du développement transgenre avec la plus grande certitude possible. Si le désir de poursuivre la transition avec des mesures médicales persiste, un suivi devrait accompagner les jeunes dans leur démarche d'affirmation du genre souhaité au quotidien, afin qu'ils puissent vivre aussi pleinement que possible dans le rôle de genre désiré. En accord avec les standards de soins de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), les interventions médicales irréversibles (chirurgicales) sont uniquement initiées chez des adolescent-e-s plus âgé-e-s,⁷ après avoir atteint la majorité légale, alors que des interventions médicales partiellement réversibles (hormonothérapie féminisante ou masculinisante) peuvent débuter généralement autour des 16 ans, et uniquement après un suivi et une évaluation psychologique minutieuse;^{7,12} ceci n'empêche toutefois pas la prise en charge, dès l'entrée dans l'adolescence, et si indiqué, avec des traitements de blocage de puberté, considérés comme réversibles⁷ selon l'état des connaissances actuelles, mais toujours après évaluation psychologique rigoureuse. Les parents des personnes en transition peuvent également bénéficier du soutien des professionnels mais aussi d'associations ou de groupes appropriés.¹³

CONCLUSIONS

En raison de la souffrance psychique que peuvent vivre les personnes *trans* et ce dès le plus jeune âge, mais aussi des fréquentes comorbidités psychiatriques associées, le psychiatre-psychothérapeute détient un rôle de spécialiste en santé mentale qui est primordial dans la prise en charge de la dysphorie de genre, en offrant une évaluation diagnostique, en posant

l'indication à des traitements médicaux de réassignation sexuelle et en réalisant un suivi d'accompagnement et de soutien psychologique tout au long du parcours de transition. En revanche, nous rencontrons parfois dans nos consultations des personnes présentant des souffrances psychiques diverses, qui espèrent trouver une solution à leur mal-être en accédant à des soins spécifiques pour la dysphorie de genre; pour ces personnes, qui ne présentent pas de dysphorie de genre au sens strict, il s'agirait d'une erreur médicale que d'offrir ces soins qui peuvent avoir des conséquences iatrogènes majeures.

Nous ne pouvons que saluer la dépathologisation des transidentités par rapport à la richesse qu'elles représentent en termes d'expression de l'individualité de chacun; cependant, nous souhaitons rendre attentif au risque de banalisation de la dysphorie de genre qui est un problème de santé mentale caractérisé par une souffrance psychique intense, pour laquelle il existe des soins efficaces, mais qui peut également être le symptôme d'une psychopathologie sous-jacente. En tant que spécialiste de santé mentale, le psychiatre-psychothérapeute a une formation spécifique pour l'accompagnement de personnes en souffrance psychologique: banaliser son intervention signifie aussi priver ces sujets de soins nécessaires.

En tant que psychiatres-psychothérapeutes, nous considérons notre rôle comme celui d'un tiers engagé qui accompagne les personnes *trans*, accueille, avec leur accord, leurs proches, collabore avec les collègues somaticiens en posant l'indication à la prise en charge avant et pendant les traitements. Notons que notre prise en charge dure le temps de trouver un équilibre psychique, physique et social et jusqu'à ce que les patient-e-s

décident de poursuivre leur voie sans notre accompagnement. Les psychiatres-psychothérapeutes représentent aussi un tiers à l'interface entre les personnes *trans* et la société qui, au travers des cotisations aux caisses-maladie, contribue à payer les traitements. Le fait que des traitements médicaux soient nécessaires dans les trajectoires des personnes *trans* nous engage en tant que garants de la qualité du dispositif médical mis à disposition.

L'histoire des transidentités est douloureuse, marquée par l'incompréhension et la stigmatisation contre lesquelles les personnes concernées, les associations, les professionnels médicaux et non médicaux, comme des sociologues, anthropologues et politiciens, tentent de lutter. La psychiatrie a certes mis du temps à rejoindre ce combat pour favoriser le droit des personnes transgenres à réaliser leur désir de changer de sexe ou de se situer dans une non-binarité. Ce combat est loin d'être terminé, ceci non seulement dans certains pays où les personnes *trans* sont condamnées à faire taire leur dysphorie et à renoncer à leurs désirs, mais aussi en Suisse où, malgré des progrès rapides, un travail considérable reste à faire. La psychiatrie doit s'engager à soutenir les personnes *trans* dans la réalisation de leur désir de changements physiques en toute liberté et sérénité, grâce à une prise en charge médicale et interdisciplinaire de qualité, mais aussi dans le soutien des proches et de la société.

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

1 Bujon T, Dourlens C. Entre médicalisation et dépathologisation: la trajectoire incertaine de la question trans. *Sci Soc Santé* 2012;30:33-58.

2 American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2015.

3 Organisation mondiale de la santé. 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, 1993.

4 * Soldati L, Hischier M, Aubry JM. Réseau de soins pour personnes souffrant

de dysphorie de genre. *Rev Med Suisse* 2016;12:1557-60.

5 * Pécoud P, Pralong F, Bauquis O, Stiefel F. Transsexualisme : enjeux et spécificités liés à la prise en charge d'une demande de réassignation sexuelle. *Rev Med Suisse* 2011;17:395-7.

6 De Freitas LD, Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa A. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: a systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci* 2019; epub ahead of print.

7 ** 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.

8 Michel A, Anseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. The transsexual: what about the future? *Eur Psychiatry* 2002;17:353-62.

9 * Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2014;21:108-18.

10 Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:9.

11 ** De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT.

Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex* 2012;59:301-20.

12 Tishelman A, Kaufman R, Edwards-Leeper L, et al. Serving transgender youth: challenges, dilemmas, and clinical examples. *Prof Psychol Res Pr* 2015;46:37-45.

13 Wylie K, Knudson G, Khan SI, et al. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet* 2016;388:401-11.

* à lire

** à lire absolument