



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année: 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Etude des représentations, des psychiatres, de la transidentité

Présentée et soutenue publiquement le 18/10/18 à 18h00
au Pôle Formation
Par Marion Bernard

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Vaiva

Madame le Professeur Martinot

Monsieur le Professeur Guerreschi

Monsieur le Docteur Medjkane

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Medjkane

Avertissements :

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Ce travail de thèse n'aurait pas été possible sans l'intervention d'un grand nombre de personnes. Je tiens à les en remercier.

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse M. le Docteur François Medjkane de m'avoir permis de mener ce projet à bien, pour ses conseils précieux et sa bienveillance.

Mes vifs remerciements vont également à M. le Professeur Pierre Thomas qui me fait l'honneur d'accepter d'être président du jury de thèse.

Je tiens également à remercier M. le Professeur Guillaume Vaiva pour avoir joint le jury de soutenance de thèse.

La thématique de mon travail se situant à un carrefour de nombreuses disciplines médicales et chirurgicales notamment la chirurgie plastique, je remercie chaleureusement M. le Professeur Guerreschi, de son enthousiasme pour mon travail malgré son absence en ce jour et je remercie d'autant particulièrement le Professeur Martinot, chef de service de chirurgie plastique pour sa participation au jury de soutenance de thèse.

Je me dois également de remercier les psychiatres du Nord et du Pas-de-Calais pour leur participation active à mon questionnaire et également pour leurs retours positifs et leur enthousiasme à y participer.

Je remercie également la F2RSM pour l'aide méthodologique, pour leur soutien et tout ce qu'ils mettent en place au quotidien pour permettre la réalisation de projets passionnants. Merci particulier à Marielle pour les stats et ta patience.

Une pensée toute particulière pour mes parents pour leur soutien moral, matériel et leur confiance indéfectible dans mes choix. Je ne vous oublie pas Frérot, Marine et bébé Léo.

Merci à Ivan, parce que tu es mon veilleur ami, et que nos âmes sont, assurément.

A Mathilde, je n'ai même pas besoin d'en écrire les raisons.

Mes remerciements s'étendent à mes compagnons de route qui ont rendu mon cursus universitaire des plus agréables, Xavier, Alexia, Marie, Sébastien, Pim, Vincent, Quentin...

Et il m'est impossible d'oublier Théodore pour son soutien constant, sa patience, sa présence et son obsession pour les moyens de défenses féodaux.

Et merci à ceux que je n'ai pas cités mais que je n'oublie pas (Damien, Merville la Merveilleuse...)

Sommaire

I Introduction	9
II Histoire de la transidentité	11
1) Médicalisation des sexes et de la sexualité	11
2) Histoire du transsexualisme	13
a. De la psychose au transsexualisme	13
i. Première époque	14
ii. Seconde époque	15
iii. Troisième époque	19
b. Classifications	20
3) Sexualité et genre	21
a. Genre et études sur le genre	21
b. DSM 5 et CIM 11	23
4) La transidentité à présent	24
a. Prévalence	24
b. Transidentité et médecine	25
i. Recommandations	25
ii. Offres de soins	29
c. Transidentité et administrations	29
d. Transidentité et société	31
III Matériel et Méthode	33
A. Définitions des représentations	33
B. Méthode et population	35
C. Analyses statistiques	36

IV Résultats	38
1) Descriptifs	39
a. Formations sur le thème de la transidentité	39
b. Les représentations dans la pratique	40
c. Transidentité et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	46
d. Transidentité et société	48
2) Les facteurs influençant les modalités d'accompagnements	50
a. Analyses bivariées	50
b. Analyses multivariées	51
3) Facteurs influençant les représentations	52
V Discussion	54
VI Conclusion	56
Bibliographie	59
Annexes :	
A) critères diagnostiques DSM	61
B) critères diagnostiques CIM	63
C) Questionnaire	64
D) Figures des résultats des analyses statistiques des facteurs influençant les représentations	67

I – Introduction

Le terme transidentité, (1) selon la WPATH (Association Mondiale des Professionnels de la Santé des Personnes Trans), regroupe les personnes transgenres, transsexuelles et de genre non conforme.

Une personne transgenre, en opposition à cisgenre, se définit comme une personne dont l'identité de genre ne correspond pas à l'identité et aux rôles conventionnels relatifs à son sexe assigné à la naissance.

Cette incongruence de genre ne s'associe cependant pas forcément à une dysphorie de genre. La dysphorie de genre est un terme médical désignant (2) l'inconfort et la souffrance liés à la discordance qui existe entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation. C'est par ailleurs ce phénomène pathologique qui est retenu dans les classifications américaines à travers le DSM 5.

Selon les recommandations (1) (3), le rôle du psychiatre serait d'évaluer l'incongruence de genre, à la recherche d'une dysphorie de genre et d'accompagner les personnes transidentitaires dans un parcours de transition.

Pour cela, il serait nécessaire que les professionnels aient des connaissances documentées et étayées sur la question des expressions et identités de genre non-conformes, ainsi que sur l'évaluation et le traitement de la dysphorie de genre.

Cependant, les questions d'identité de genre ne font pas partie de l'enseignement dans le cursus médical initial. Le manque de formation peut avoir des conséquences, et être ressenti par les personnes concernées.

Par exemple, dans une étude américaine de 2010 (4), 90 % des personnes

transgenres interrogées pensent qu'il n'y a pas assez de personnel soignant sensibilisé et formé aux questions transidentitaires, et 52 % s'inquiètent de se voir refuser des soins médicaux quand ils en auraient besoin.

Dans une autre étude américaine de 2011 (5) (6), sur les 6000 personnes transgenres et de genre non conforme interrogées, 50 % des répondants relatent devoir expliquer aux soignants qu'ils rencontrent les soins spécifiques à la transidentité, 33 % d'entre eux reportent les soins médicaux de prévention pour cause de discrimination et 28 % retardent les soins même quand ils sont malades ou blessés.

Dans le rapport SOS Homophobie paru en mai 2018 (7), 42 % des témoignages concernant le milieu de la santé relève de la transphobie (96 % concernent un sentiment de rejet ou d'ignorance par les équipes soignantes).

Les études auprès des personnes concernées mettent en avant un manque de sensibilisation aux questions transidentitaires du monde médical tandis que les recommandations mettent en avant le rôle du psychiatre dans l'accompagnement des personnes concernées.

Or comment faire entre l'absence de formation dédiée, les nouvelles définitions du genre, nos croyances et nos représentations propres pour rencontrer et accompagner les personnes transidentitaires ?

Ainsi, cette étude interroge les psychiatres, du Nord et du Pas-de-Calais, concernant la transidentité. L'objectif principal étant d'explorer les représentations autour de ces questions, à travers différentes thématiques, la formation, la pratique diagnostique et thérapeutique, la place du psychiatre dans

les questions trans, et celle de la transidentité dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et enfin des questions plutôt sociétales.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'aisance des praticiens à accompagner les personnes transidentitaires, les facteurs qui influenceraient cette aisance ainsi que les facteurs qui pourraient modifier leurs représentations. Pour cela, un questionnaire anonyme a été diffusé auprès des praticiens du Nord-Pas-de-Calais par le biais de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM).

II – Histoire de la transidentité

1) Médicalisation des sexes et de la sexualité

D'un point de vue médical, la transidentité est une entité récente, avec la mise en place de critères diagnostiques et de protocoles de prise en charge.

C'est à partir du XVIIIème siècle (8) que l'identité sexuelle, avec notamment les questions de l'hermaphrodisme (intersexuation), entre dans le champ de la médecine, en parallèle de la différenciation en deux sexes distincts (masculin et féminin).

En effet (8), depuis l'Antiquité jusqu'au XVIIIème siècle, le modèle du sexe unique domine.

Selon Galien, les sexes sont liés par une commune anatomie. Autrement dit, les femmes sont inverties. Elles possèdent exactement les mêmes organes que les

hommes, « *mais exactement aux mauvais endroits* » par un défaut de chaleur vitale engendrant une rétention à l'intérieur des structures qui chez les hommes sont visibles à l'extérieur.

« *Vous pouvez obtenir des indications physiologiques de masculinité et de féminité, au regard de votre sujet, à ses mouvements et à sa voix ; il ne vous reste ensuite qu'à comparer ces signes les uns avec les autres afin de décider, à votre satisfaction, lequel des deux sexes prédomine* ». écrit Polémon. L'expression des « deux sexes » renverrait non pas aux catégories distinctes mais plutôt aux nuances du sexe unique.

De ce fait, les personnes intersexes pouvaient jusqu'alors évoluer selon une identité sexuée ou une autre sans assignation médicale à un sexe donné.

Dans la préface « *Le vrai sexe* » des *souvenirs d'Herculine Barbin* (9), Michel Foucault évoque les règles de droit – canonique et civil – valant pour les hermaphrodites au Moyen-Âge. « *Etaient appelés hermaphrodites ceux qui juxtaposaient, selon des proportions qui pouvaient être variables, les deux sexes. En ce cas, c'était le rôle du père ou du parrain (de ceux, donc, qui « nommaient » l'enfant), de fixer, au moment du baptême, le sexe qui allait être retenu.* » « *Au seuil de l'âge adulte, lorsque venait pour lui le moment de se marier, l'hermaphrodite était libre de décider lui-même s'il voulait toujours être du sexe qu'on lui avait attribué, ou s'il préférait l'autre. Seul impératif : n'en plus changer, garder jusqu'à la fin de ses jours celui qu'il avait déclaré.* »

A partir du XVIII^{ème} siècle, toujours selon Michel Foucault (8), les théories biologiques de la sexualité, les conditions juridiques de l'individu, les formes de contrôle administratif dans les états modernes, ont conduit peu à peu à refuser

l'idée d'un mélange des deux sexes en un seul corps et à restreindre par conséquent le libre choix des individus. « *Désormais à chacun un sexe, et un seul* ».

En effet (8) (9), à cette période le modèle du sexe unique laisse place au modèle à deux sexes, distinguant de manière catégorique le sexe féminin du sexe masculin. Cette distinction anatomique entraîne une opposition forte jusque dans les domaines politiques et culturels, le poids du genre social étant appuyé par l'anatomie et les découvertes biologiques.

C'est ainsi que progressivement, l'expertise médicale du diagnostic du vrai sexe de la personne est mise au service du droit. Ce n'est plus à l'individu de décider de quel sexe il veut être, juridiquement ou socialement.

C'est dans ce contexte médico-légal d'assignation à un sexe donné (10) et de binarité absolue des sexes et des identités que des comportements sexuels deviennent des questions médicales. Cela entraîne une norme sexuelle, et les comportements sexuels sortant de cette norme deviennent donc des comportements pathologiques, étudiés et classés par le monde médical, dont psychiatrique.

2) Histoire du transsexualisme

a) De la psychose au transsexualisme

D'après J.Breton (11), l'histoire du transsexualisme peut se découper en plusieurs périodes.

i. Première époque : les monomanies

C'est à Esquirol que l'on doit la description clinique du premier cas considéré *a posteriori* comme relevant du transsexualisme. (*Des maladies mentales, tome I*) (11).

« J'ai donné des soins, il y a bien des années, à un homme âgé de vingt-six ans, d'une taille élevée, d'une belle stature, d'une jolie figure, qui dans sa première jeunesse aimait à revêtir des habits de femme. Admis dans la haute société, si l'on y jouait la comédie, il choisissait toujours des rôles de femmes ; enfin, après une très légère contrariété, il se persuada qu'il était une femme et chercha à en convaincre tout le monde, même les membres de sa famille ; il lui arriva plusieurs fois chez lui de se mettre nu, de se coiffer et de se draper en nymphe, dans cet habillement il voulait courir dans les rues. Confié à mes soins, hors ce travers d'esprit, M. ne déraisonnait point, mais il était toute la journée occupé à se friser les cheveux, à se mirer dans une glace, et avec ses robes de chambre, il faisait tous ces efforts pour rendre son costume aussi semblable que possible à celui d'une femme ; il imitait leur démarche en se promenant. Un jour, me promenant avec lui dans un jardin, je soulevai le pan de sa redingote qu'il avait arrangé de son mieux, aussitôt M. fait un pas en arrière et me traite d'impertinent et d'impudique. Nul raisonnement, nul soin, nul régime n'ont pu rendre la raison à ce malheureux. »

Ce cas appartenait, selon Esquirol, au champ de l'aliénation mentale, ce qui signifie qu'il n'appartenait plus au domaine de la morale ou de la justice, mais de l'ordre de la folie, ce qu'on appellera plus tard psychose, dans la sous-classe des délires partiels.

ii. Deuxième époque : les perversions sexuelles

Dans le cours du XIXème siècle s'élabore la clinique psychiatrique. On renonce aux monomanies : vers la fin du siècle, apparaît la notion de perversion, sexuelle en particulier (11).

A partir de 1869, Krafft-Ebing, dans les différentes éditions de *Psychopathia sexualis*, traite longuement de l'homosexualité dont il distingue plusieurs formes.

Selon lui l'inversion sexuelle résulte d'un trouble fonctionnel de dégénérescence, un « phénomène partiel d'un état névro-(psycho)-pathologique ayant le plus souvent l'hérédité pour cause ».

Il range l'inversion sexuelle dans un groupe spécial d'homosexualité acquise qu'il nomme (12) « *transition vers la métamorphose sexuelle paranoïaque* » :

« *Nous constatons plutôt que l'individu adopte aussi, dans bien des détails, des qualités de l'autre sexe. Même dans ses mouvements, dans ses occupations, il cherche à ressembler à celui-ci. [...] en somme quand il est habillé en femme, tout en lui a un caractère féminin spécifique.* »

Il décrit dans ce cas clinique, une situation faisant évoquer au moins le transvestisme, mais malgré tout le transsexualisme, dans le sens où le vécu

dans l'autre genre semble dépasser l'habillement.

Westphal (11) publie en 1870 « *Die conträre Sexualempfindung* » que Magnan et Charcot ont traduit par « *Inversion du sens génital* », et qui signifie littéralement « *Sentiment sexuel contraire* ». Cela concerne les femmes « *physiquement femmes mais psychiquement hommes et les hommes physiquement hommes et psychiquement femmes* », ce qui inclut ce qui sera défini ensuite par le transsexualisme.

Havelock Elis (12) considère deux sortes de travestissements :

- la première, en référence au célèbre chevalier d'Eon de Beaumont, avait été nommée éonisme en 1920 : « *le sujet s'identifie plus ou moins avec le sexe opposé, non seulement dans son habillement, mais dans ses goûts en général, dans ses manières d'agir et ses dispositions émotives.* »
- la seconde, appelée inversion esthétique-sexuelle, désigne des travestis qui ne sont pas homosexuels mais qui éprouvent un plaisir à se parer de vêtements féminins.

Hirschfeld (11), contemporain d'Elis, utilisa le terme de transvestisme qui désigne essentiellement le travestissement fétichiste quand Elis se référait à l'inversion esthétique-sexuelle. Il considérait l'éonisme comme une manifestation distincte de l'inversion (transvestisme) « *sous le rapport psychique, l'éoniste, à mon avis, incarne au plus haut point l'attitude esthétique d'imitation de l'objet admiré et l'identification avec lui [...] L'éoniste pousse cette identification trop loin, stimulé par un élément sensitif et féminin qui réside en lui-même et qui est associé à une*

sexualité virile plutôt déficiente. »

Par ailleurs, Hirschfeld considère quatre formes d'intersexualité (11), rassemblés en deux grandes catégories :

- les manifestations organiques :
 - l'hermaphrodisme,
 - l'androgynisme ou le gynandrisme
- les manifestations psychiques :
 - le travestisme,
 - l'homosexualité.

Félix Abraham (11), élève et assistant de Hirschfeld, distingua dans son livre *Les Perversions Sexuelles* pas moins de dix groupes typiques de travestis. Le deuxième groupe est constitué par ce qu'il appelle travestis extrêmes qu'il nommera ensuite travestitis :

« Ces formes les plus accentuées du travestitisme total se trouvent chez ceux qui voudraient modifier non seulement leur habit artificiel, mais aussi leur habit naturel, l'épiderme de leur corps. [...] Des degrés encore plus marqués de travestitisme sont atteints par les personnes qui donnent à leurs seins des formes féminines en les agrandissant ou qui, au contraire, en ont fait l'ablation. Nous observons le degré le plus élevé de ces manies de travestitisme corporel chez ceux qui désirent obtenir une transformation complète de leurs organes génitaux, qui veulent donc, avant tout, avoir un sexe qui corresponde à leur mentalité. En premier lieu, il faut mentionner chez les femmes travestitistes, la

suppression de la menstruation, par l'ablation des ovaires, chez l'homme la castration. Ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le soupçonnait autrefois. »

Précurseur des opérations chirurgicales, Abraham réalisa pour la première fois une transformation chirurgicale pour Dora, assignée mâle à la naissance. En plusieurs interventions réalisées entre 1921 et 1930, cette patiente subit l'ablation de ses organes génitaux externes. « Six mois plus tard, l'intervention fut complétée par la greffe d'un vagin artificiel. » (11)

Il cite également l'observation de Gert, patient FTM, « *dans ce cas également, le corps a été modifié, d'abord par l'ablation chirurgicales des seins, puis par celle des ovaires et par greffe de testicules* » (11).

A cette époque, en plus des opérations chirurgicales, Abraham délivre un certificat médical justifiant le port de vêtements de l'autre sexe, et considère que les sujets doivent ensuite procéder à un changement de nom afin de pouvoir se mouvoir librement (12).

Ainsi le cadre de la transidentité semble déjà bien défini, ainsi que l'ébauche d'une prise en charge thérapeutique. Abraham semble être le précurseur dans l'accompagnement dans la transition des personnes trans. Par ailleurs dans ses écrits, les parcours FTM sont mentionnés sans distinction clinique ou psychopathologique avec leurs pendants MTF.

iii. Troisième époque : le transsexualisme

C'est Caudwell qui est à l'origine de la première utilisation du terme transsexualisme (11). Il publie un article (12) en 1949, inspiré par Krafft-Ebing et intitulé « Psychopathia Transsexualis », afin de décrire le cas d'une jeune fille qui manifestait un désir obsessionnel d'être un garçon.

Le mot transsexualisme est resté, mais c'est à Harry Benjamin (13), endocrinologue et sexologue, à partir de 1953, d'en faire une entité autonome, distincte de la psychose et des perversions. Il définit le transsexualisme comme : *« la croyance chez un sujet biologiquement normal d'appartenir à l'autre sexe, avec un désir intense et obsédant de changer sa conformation anatomique sexuelle selon l'image que le sujet s'est faite de lui-même avec demandes d'intervention chirurgicale et endocrinienne ».*

En effet, à la même époque, au Danemark, l'équipe d'Hamburger réalisèrent la première transformation hormono-chirurgicale, le cas de Christine Jorgensen.

H. Benjamin mentionne *« les vrais transsexuels »* (14) qui font écho au transsexualisme à la Stoller, qui se rencontrerait uniquement chez les enfants garçons parfois dès leur plus jeune âge. Le terme de transsexualisme primaire a succédé au terme de transsexualisme vrai, pour pouvoir s'opposer au transsexualisme secondaire, plutôt que « faux transsexuel ». Le terme « secondaire » concernerait les patients chez qui le thème transsexuel est apparu tard, après une longue période de vie où il était absent.

En quelques années, la dénomination s'est précisée, la clinique s'est affinée en une entité propre et un protocole de prise en charge médico-chirurgicale s'est défini.

b) Classifications

Bien que le syndrome fut identifié pour la première fois dans les années 50, le transsexualisme n'apparaît pour la première fois dans la CIM qu'en 1977, dans sa neuvième version (CIM-9) (12) et le place dans les « déviations et troubles sexuels » ce qui comprend à la fois des perversions (bestialité, pédophilie, transvestisme, exhibitionnisme), l'homosexualité, des troubles de la fonction sexuelle (frigidité et impuissance) et des troubles de l'identité sexuelle.

Le transsexualisme apparaît pour la première fois en 1980 (15), dans la troisième édition du DSM, dans le chapitre « Troubles psychosexuels », comme une des modalités des « troubles de l'identité sexuelle ». Dans ce même chapitre, on retrouve les paraphilies et les troubles des fonctions psychosexuelles (13).

La version révisée de 1987 (DSM III-R) (15) classe alors le diagnostic de transsexualisme dans la catégorie des « Troubles apparaissant habituellement dès la première enfance et la deuxième enfance, ou à l'adolescence ». Les critères diagnostiques en revanche n'ont pas été modifiés.

En 1993 (16), dans la dixième édition de la CIM, le transsexualisme appartient désormais aux « troubles de l'identité sexuelle » dans le chapitre plus général des « troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ».

En 1994, dans le DSM-IV puis dans le DSM-IV-TR (15), le terme de transsexualisme disparaît du manuel et est intégré au trouble de l'identité sexuelle. La catégorie de trouble de l'identité sexuelle se trouve dans le chapitre plus général des troubles de l'identité sexuelle et troubles sexuels, à nouveau aux côtés des paraphilies et des dysfonctions sexuelles.

3) Sexualité et genre

Le DSM-IV a malgré tout entériné la disparition du terme transsexuel de la nomenclature psychiatrique, pour une classe plus générale qui reste tributaire de la notion de sexualité.

En effet, dans ces dénominations, qu'il s'agisse de « transsexuel » ou de « troubles de l'identité sexuelle », la notion de sexualité semble au premier plan. Comme le souligne C. Chiland (14), l'adjectif *sexuel* relève de la sexualité et questionnerait donc l'orientation sexuelle. Or le processus en jeu dans les questions transidentitaires ne fait pas référence à la sexualité. Il se pose en effet la question de l'identité, non pas sexuelle, mais sexuée, toujours selon Chiland (14), car l'adjectif *sexuée* fait référence à la sexuation, c'est-à-dire à la division des êtres humains en sexes (homme et femme). On parlerait alors d'identité sexuée, ou d'identité de genre.

a) Genre et études sur le genre

La distinction entre le sexe et le genre a débuté dans les années 50 (14), initialement en étudiant les discordances entre les différentes composantes du

sexe biologique (chromosomique, gonades, organes génitaux internes et externes, hormones) : il s'agit de pseudo-hermaphrodisme ou de ce qui est désormais appelé intersexuation. On s'est ensuite intéressé à la discordance entre le sexe biologique et le sexe psychologique, ce qui correspond au transsexualisme.

C'est notamment les travaux de John Money, psychologue dans le premier service d'endocrinologie pédiatrique, situé au Johns Hopkins Hospital à Baltimore, qui ont marqué le domaine. Il introduit le terme de genre, ainsi que celui de « *rôle de genre* » (14) qu'il définit ainsi : « *tout ce qu'une personne dit ou fait pour révéler son statut de garçon ou d'homme, de fille ou de femme. Ce qui inclut, sans y être restreint, la sexualité au sens de l'érotisme. Un rôle de genre n'est pas établi à la naissance, mais est construit cumulativement à travers les expériences rencontrées et les transactions, à travers l'apprentissage occasionnel et non planifié, à travers l'instruction explicite et l'inculcation, en mettant spontanément deux et deux ensemble pour faire parfois quatre, et parfois de manière erronée cinq. En bref un rôle de genre s'installe largement de la même manière que la langue maternelle.* »

En 1964, Robert Stoller, psychiatre et psychanalyste, formule la notion d'identité de genre comme étant le genre auquel une personne a le ressenti profond d'appartenir.

La distinction entre sexe et genre fut rapidement adoptée, le sexe se rapportant au biologique, le genre au social et au psychologique. Cette distinction fut

davantage développée à travers les Gender Studies (18) à partir des années 70 dans le sillage des mouvements féministes définissant le genre « comme un système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin et féminin) ».

b) DSM 5 – CIM 11

Le DSM 5 paraît en mai 2013 (2). A travers cette nouvelle édition, on voit disparaître la notion de trouble de l'identité sexuelle pour faire place à la dysphorie de genre. Ainsi, ce n'est plus l'incongruence de genre qui est retenue dans la classification, mais la souffrance pouvant en découler. On voit également apparaître la possible non binarité du genre : « une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné) ».

La CIM 11 (17) sera dans la même dynamique de dépathologiser les questions transidentitaires. Cette nouvelle édition, attendue pour mai 2019, devrait voir figurer l'incongruence de genre en lieu et place du transsexualisme. Par ailleurs, cette entité devrait sortir du champ de la santé mentale pour intégrer la santé sexuelle.

4) La transidentité à présent

a) Prévalence

En novembre 2009, la HAS a publié un rapport faisant l'état des lieux de la transidentité en France.

Concernant la prévalence, ce rapport souligne que, en France, aucune donnée épidémiologique précise et récente n'a été identifiée (3).

Des études ont été conduites dans d'autres pays européens, comme la Suède (Wålinder, 1968, 1971), le Royaume-Uni (Hoenig & Kenna, 1974), les Pays-Bas (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996), l'Allemagne (Weitze & Osburg, 1996) et la Belgique (De Cuypere et coll., 2007). On trouve une étude à Singapour (Tsoi, 1988).

De Cuypere et coll. (2007) ont fait une analyse de ces recherches et mené leur propre étude. L'ensemble de ces études couvre une période de 39 ans. Si on met de côté deux recherches aux résultats atypiques (Pauly, 1965 et Tsoi, 1988) on trouve dix études valides sur huit pays. Les taux de prévalence retrouvés vont de 1 : 11 900 à 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).

Cependant, ces chiffres sous-estiment la réelle prévalence de la transidentité car ces valeurs concernent des personnes présentant une dysphorie de genre et

demandant des soins relatifs à leur parcours de transition dans des centres spécialisés et n'incluent donc pas celles qui n'en demandent pas.

b) Transidentité et médecine

i. Recommandations

Les parcours de soins et l'accompagnement peuvent se faire selon des recommandations, notamment celles de la WPATH et celles de l'HAS.

Depuis 1979, la WPATH : World Professional Association for Transgender Health (Association Mondiale des Professionnels pour la Santé des Personnes Transgenres) développe des standards de soins (SDS).

Le but général des *SDS (1)* est de proposer des directives cliniques aux professionnels de santé pour accompagner les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme avec des dispositifs adaptés et efficaces afin que ces personnes puissent trouver un confort personnel avec leur 'moi généré' dans le but d'optimiser leur état de santé général, leur bien-être psychologique et leur épanouissement personnel.

Les *SDS (1)* se veulent flexibles afin de tenir compte des différents besoins en termes de santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. Bien que souples, les *SDS (1)* proposent des standards de soins pour guider au mieux le traitement des personnes en situation de dysphorie de genre

– définie au sens large comme l'inconfort ou la détresse causé(e) par une discordance entre l'identité de genre d'une personne et son assignation sexuelle à la naissance (ainsi que le rôle de genre associé et/ou les caractères sexuels primaires et secondaires).

Ils prônent une prise en charge individualisée et souple pour chaque personne, tous n'étant pas en demande d'une chirurgie ou d'une hormonothérapie alors que pour d'autres le traitement hormono-chirurgical est une priorité. Chaque possibilité thérapeutique est une option dont la chronologie peut varier selon les demandes de la personne.

Ces options sont (1) :

- changement de rôle et d'expression de genre (pouvant impliquer une expérience de vie réelle complète ou partielle, cohérente avec l'identité de genre de la personne)
- hormonothérapie féminisante ou masculinisante
- chirurgie visant à modifier les caractères sexuels primaires et/ou secondaires
- psychothérapie (individuelle, de couple, familiale, de groupe) ayant les objectifs suivants : explorer l'identité, le rôle et l'expression du genre ; gérer l'impact négatif de la dysphorie de genre et de la stigmatisation sur la santé mentale ; réduire la transphobie internalisée (autodépréciation) ; améliorer le soutien social et les relations aux pairs ; faciliter la résilience.

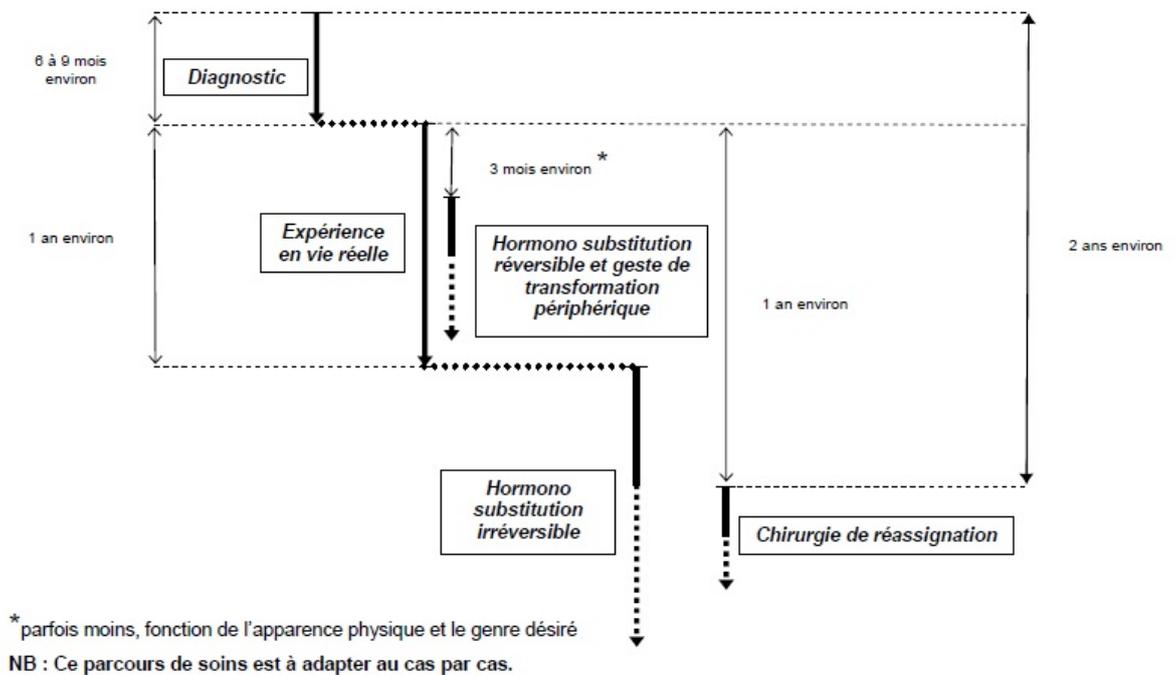
L'HAS (la Haute Autorité de Santé), en 2009, à travers son rapport de la situation actuelle et des perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France, proposait également des recommandations pour un parcours de soin plus défini (3) : (*figure 2, parcours de soins schématiques, issu du rapport de l'HAS*)

- Étape diagnostique, selon les critères diagnostiques des classifications en vigueur, d'éventuels tests psychologiques. Cette étape vise également à éliminer un diagnostic différentiel et rechercher des comorbidités psychiatriques ou psychologiques. Pour ce faire, cette évaluation clinique nécessite plusieurs entretiens (entre deux et dix) sur une durée de plusieurs mois (six à neuf mois).
- Expérience de vie réelle : durant cette période, le patient est censé vivre en permanence dans le rôle du sexe désiré dans les activités quotidiennes sociales et professionnelles ; les membres de la famille doivent être informés des changements imminents et un nouveau prénom est choisi. Cette expérience en vie réelle va permettre de mesurer la capacité à vivre dans le rôle désiré et la persistance de la demande de transition, malgré certaines déceptions qui peuvent survenir. Elle permet à l'intéressé d'apprécier les conséquences à la fois légales, économiques, socio-familiales et personnelles du changement d'identité avant de procéder à des changements physiques irréversibles. La durée de cette expérience est d'environ un an.
- Hormonosubstitution : il n'y a pas de protocole unique concernant l'hormonosubstitution. Celle-ci peut être débutée dès le début de l'expérience en vie réelle, ou après un délai allant de trois mois à deux ans

selon les professionnels. En revanche, cette décision doit être prise durant une réunion collégiale avec les différents membres de l'équipe (psychiatres, endocrinologues, chirurgiens...)

- Chirurgie de réassignation sexuelle : celle-ci se ferait après au moins un an d'expérience en vie réelle, sous hormonothérapie, après décision collégiale.

Figure 2 : Présentation schématique des principales étapes du parcours de soins



Bien que les durées de chaque étape du parcours de soin proposé par la Haute Autorité de Santé soient modulables selon chaque patient, le protocole semble moins souple que les standards de soins de la WPATH qui permettent une véritable individualité de chaque parcours de soin.

ii. L'offre de soins

Historiquement, la première équipe pluridisciplinaire (19) prenant en charge les patients en demande de réassignation chirurgicale voit le jour en 1979 à Paris, sous l'égide des professeurs Breton, psychiatre, Luton, endocrinologue, et Banzet, chirurgien. Progressivement d'autres centres se développent en France. Cependant, c'est sous l'impulsion du rapport de l'HAS de 2009, que voit le jour la SOFECT (Société Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme) en juillet 2010, avec la création d'équipes officielles dans différentes villes de France.

Dans la région Nord-Pas-De-Calais, le dispositif Transidentité du CHRU de Lille s'est créé en janvier 2016. C'est une équipe hospitalière pluridisciplinaire, cependant indépendante de la SOFECT.

En parallèle de ces équipes dites officielles, certains usagers préfèrent choisir leurs praticiens, le plus souvent en libéral, qui seraient plus indépendants face aux protocoles existants.

c) Transidentité et administration

La loi du 18 novembre 2016 du Code civil (20) met un terme à la jurisprudence de la Cour de cassation de 1992 qui exigeait des personnes trans qu'elles démontrent le caractère irréversible du changement de sexe au moyen d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement hormonal pour obtenir le changement d'état civil.

« Art. 61-5.-Toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par

une réunion suffisante de faits 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. 61-6.-La demande est présentée devant le tribunal de grande instance.

« Le demandeur fait état de son consentement libre et éclairé à la modification de la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil et produit tous éléments de preuve au soutien de sa demande.

« 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.

« Le tribunal constate que le demandeur satisfait aux conditions fixées à l'article 61-5 et ordonne la modification de la mention relative au sexe ainsi que, le cas échéant, des prénoms, dans les actes de l'état civil.

Ainsi, avec les modifications apportées par cette loi, l'obtention du changement d'état civil peut se faire indépendamment du parcours de soins de la personne concernée. Cela permet d'assouplir le parcours de transition, puisque toutes les

personnes transidentitaires ne souhaitent pas de chirurgie de réassignation sexuelle ou d'hormonosubstitution pour être reconnues par les instances administratives selon leur genre ressenti et non celui assigné à la naissance.

d) Transidentité et société

Depuis quelques années, le thème de la transidentité apparaît dans des séries ou des films. De nombreux reportages sont également diffusés à des heures de grande audience.

On peut citer (liste non exhaustive) :

- *Orange is the new black*, série créée par Jenji Kohan, avec Laverne Cox, actrice trans, interprétant une détenue trans en prison, permettant de mettre en lumière les problématiques d'accès aux traitements en incarcération.
- *Sense 8*, série créée par Lana et Lilly Wachowski et Joseph Michael Straczynski, avec l'actrice Jamie Clayton, elle-même transgenre, jouant le rôle de Nomi Marks, une femme trans, blogueuse et hackeuse de San Francisco.
- *Transparent*, série créée par Jill Soloway, et centrée sur la transition de Maura Pfefferman, et surtout sur la systémique familiale depuis l'annonce de la transition.
- *Laurence Anyways*, un film canadien de Xavier Dolan, sur l'histoire d'amour de Laurence et Fred, lorsque Laurence annonce à sa petite amie qu'il est en réalité une femme. En découle la transition de Laurence. C'est une épreuve pour leur couple qui doit affronter les préjugés de leur

entourage et de la société.

- *The Danish Girl*, un film américano-britannico-allemand de Tom Hooper, basé sur une histoire vraie retraçant le parcours de Lili Elbe, une artiste danoise connue pour avoir été la première personne à subir une opération de changement de sexe.
- *Une femme fantastique*, un film chilien écrit et réalisé par Sebastian Lelio qui suit Marina, une femme trans devant affronter le rejet et la haine de la famille de son compagnon qui vient de décéder brutalement.
- *Priscilla, folle du désert*, un film australien de Stephen Elliot, suivant le parcours de trois drag-queens dont Bernadette, une femme transgenre, dans le désert australien, devant affronter le rejet et l'homophobie plus présents dans les villages reculés qu'à Sydney, pour présenter leur spectacle dans un casino.
- *Tomboy*, un film français réalisé par Céline Sciamma, évoquant l'histoire de Laure, une jeune fille de dix ans qui profite de l'été dans son nouveau quartier pour se présenter comme Mickaël, avec ses cheveux courts et ses vêtements plutôt masculins, auprès des autres enfants.
- *Transamerica*, un film américain de Duncan Tucker, qui raconte l'histoire de Bree, femme transgenre, qui une semaine avant son opération de réassignation sexuelle, reçoit un coup de téléphone de son fils qui aurait besoin d'elle... S'en suivent leurs retrouvailles.
- *The Rocky Horror Picture Show*, un film musical américain réalisé par Jim Sharman : lors d'une nuit d'orage, la voiture de Janet et Brad tombe en panne. Obligés de se réfugier dans un mystérieux château, ils vont faire la rencontre de ses occupants pour le moins bizarres, notamment le Dr

Frank-N-Furter, travesti venant de la planète Transsexuel de la galaxie de Transylvanie.

- *Bambi*, un documentaire français réalisé par Sébastien Lifschitz et recueillant le témoignage d'une des premières femmes transgenres françaises médiatisées.
- *Devenir il ou elle*, un documentaire français réalisé par Lorène Debaisieux sur plusieurs enfants et adolescents transgenres.
- *Assignée garçon*, un blog BD tenu par Sophie Labelle, qui traite de la transidentité au travers du personnage de Stephe, jeune fille assignée garçon à la naissance. Sa dernière BD publiée, est parue en août 2017 :
« *Le monde a besoin de plus de personnes trans* ».

A travers ces différents supports, on constate que la transidentité et les questions autour du genre deviennent accessibles au grand public.

III – Matériel et Méthode

1) Définition des représentations

Les définitions des représentations présentées ci-dessous sont inspirées du travail de F. Brunet pour sa thèse.

Représenter vient du latin *representare* : rendre présent.

La représentation est définie (21) (22) par le dictionnaire Le Robert en 3 axes :

1 : l'action de mettre devant les yeux ou devant l'esprit de quelqu'un. En psychologie, la représentation est envisagée comme le processus par lequel une

image est présentée aux sens.

2 : le fait d'en imposer.

3 : le fait d'agir à la place ou au nom de quelqu'un.

Une représentation serait le fait de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe pour produire une action, déterminer une direction.

La psychologie sociale se définit comme l'étude empirique de la façon dont les pensées, les comportements et les émotions d'un individu sont influencés explicitement ou implicitement par les autres (22). C'est via la psychologie sociale que les représentations sont étudiées.

D'après S. Moscovici, analyser une représentation sociale revient à décrire comment un objet est pensé par une communauté et institué comme une réalité. Les représentations, selon D. Jodelet, sont « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* »

Les représentations sociales sont donc un processus permettant d'interpréter la réalité pour mieux l'intégrer. Ce processus trouve son origine dans les interactions des individus avec leur environnement aussi bien social que physique. Elles jouent donc « *un rôle fondamental dans la dynamique des relations sociales et dans les pratiques* » (Abric, 1994, p. 15).

Elles sont spécifiques d'un groupe social, lié à un ensemble de pré-acquis du groupe. Les représentations sont ainsi empreintes « *des valeurs correspondant au système socio-idéologique et à l'histoire du groupe au sein de laquelle elle est véhiculée* ». (Abric, 2003)

2) Méthode et populations

Les représentations concernant la transidentité sont étudiées dans ce travail via un questionnaire. Ce questionnaire comporte 39 questions. Celles-ci découlent de l'évolution de l'histoire de la transidentité. Comme présenté précédemment, le lien entre la transidentité et la psychiatrie est récent. Cependant, de nombreuses définitions et classifications se sont succédées. Des stigmates de cette évolution se retrouvent-ils dans nos pratiques et nos représentations ? Lors de l'évocation de la transidentité, les praticiens la placent-ils dans le champ de la maladie mentale, en particulier de la psychose ? Nous questionnons donc les praticiens sur une éventuelle association de la transidentité à la maladie mentale, si cela évoque pour eux un diagnostic particulier. Il en découle également des questions autour du traitement. Nous interrogeons la place de la psychothérapie, des traitements psychotropes dans la prise en charge.

Il en est de même pour les questions sur l'homosexualité, son association à la transidentité est-elle encore systématique, au vu de l'histoire commune de ces deux entités ?

Les praticiens sont questionnés sur d'éventuelles formations et sur leur expérience professionnelle concernant cette thématique.

Bien que l'histoire de la transidentité se concentre majoritairement sur les adultes, une place est faite à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le questionnaire, pour explorer la place de la transidentité et de sa prise en charge en pédopsychiatrie.

Ces dernières années, les questions trans sont mises en lumière, notamment via le travail des associations, mais également par les différents médias et l'évolution

des lois concernant le changement de prénom et d'état civil. Il serait possible de faire un raccourci et d'imaginer une inclusion des personnes transidentitaires, d'une déstigmatisation des questionnements trans. C'est ce qui est interrogé dans la partie « Transidentité et société ».

Ce questionnaire a été mis en page via Google Form, et diffusé par mailing-list à l'ensemble des psychiatres et pédopsychiatres du Nord-Pas-De-Calais et également via les réseaux sociaux de la F2RSM le 13/06/2018, avec des rappels à J14 le 27/06/2018, et à J28 le 10/07/2018. Le questionnaire a également été mentionné dans la lettre d'information de la F2RSM du 26/06/2018 et du 10/06/2018.

Les réponses ont été recueillies du 13/06/2018 au 12/07/2018.

3) Analyses statistiques

Etude descriptive :

- Variables quantitatives décrites par leur médiane et leur intervalle inter-quartile
- Variables qualitatives décrites par les effectifs et les pourcentages
- Calcul des Intervalles de confiance à 95% (IC95%)

Etude analytique :

- Pour tester les effets des caractéristiques des praticiens sur leur aisance à prendre en charge des patients se questionnant sur leur genre, nous avons testé les variables suivantes : "sexe" ne tenant compte que des individus masculins et féminins, "expérience" en an-

nées depuis la date d'obtention du diplôme, "département", "profession" recodée en "pédopsychiatre" et "addictologue ou psychiatre", "mode d'exercice intra-hospitalier", "mode d'exercice extra-hospitalier", "formation relative à la transidentité" et "nombre de patients concernés rencontrés".

- La variable à expliquer était la possibilité d'une prise en charge de la transidentité en pratique psychiatrique classique selon les praticiens.
- Les variables étaient croisées au moyen des tests suivants : Student pour la seule variable quantitative : "expérience", Chi-2 pour les variables qualitatives respectant les conditions d'effectifs nécessaires à l'utilisation de ce test paramétrique, Fisher en cas de non-respect de ces conditions. Le test était significatif en cas de p-valeur inférieure à 0,05.
- Les variables dont la p-valeur était inférieure à 0,2 en analyses bivariées étaient retenues dans le modèle de régression logistique multivarié. La variable explicative était significativement associée à la variable à expliquer en cas de p-valeur inférieure à 0,05.
- Pour tester les effets des caractéristiques des praticiens sur les variables relatives aux représentations, ces dernières ont été recodées de façon binaire "accord" ou "désaccord" avec les affirmations suivantes : "L'évocation de l'identité de genre en milieu scolaire peut induire des dysphories de genre", "La transidentité est systématiquement associée à l'homosexualité", "Les questionnements autour de l'identité

de genre ne surviennent qu'à l'âge adulte", "Les questions relatives à la transidentité pourraient faire l'objet d'une clause de conscience pour les psychiatres", "Le psychiatre doit avoir un rôle de validation dans l'accès à la transition", "La dysphorie de genre est un symptôme d'une pathologie mentale plus générale".

- Nous avons testé l'effet de l'âge, du sexe, du département, de l'existence d'une activité intra-hospitalière, de l'existence antérieure d'une formation relative à la transidentité et du nombre de patients concernés rencontrés.
- Les variables étaient croisées au moyen des tests suivants : Chi-2 pour les variables qualitatives respectant les conditions d'effectifs nécessaires à l'utilisation de ce test paramétrique, Fisher en cas de non-respect de ces conditions. Le test était significatif en cas de p-valeur inférieure à 0,05.
- Cependant, ces tests n'ont qu'une visée exploratoire et la significativité des résultats est à relativiser compte tenu de l'existence d'une inflation du risque alpha due au nombre élevé de tests.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R.

IV – Résultats

Lors de la diffusion du questionnaire, 114 réponses ont été obtenues. Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon (tableau I) via les questions 1 à 6 du questionnaire.

Les femmes représentent 60,5 % de l'échantillon. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-39 ans (39,5%). 74,6 % des personnes interrogées sont psychiatres. La majorité travaille en intra-hospitalier (77,2%). 93 % des répondants travaillent dans le département du Nord

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon

N = 114	N	(%)	IC95%
Sexe			
Homme	44	(38,6)	[27,6-49,5]
Femme	69	(60,5)	[49,5-71,5]
Autre	1	(0,9)	[0,0-3,0]
Age			
25-29	8	(7,0)	[1,3-12,7]
30-39	45	(39,5)	[28,5-50,5]
40-49	28	(24,6)	[14,9-34,3]
50-59	24	(21,1)	[11,9-30,3]
60+	9	(7,9)	[1,8-14,0]
Fonction			
Psychiatre	85	(74,6)	[64,8-84,4]
Pédopsychiatre	27	(23,7)	[14,1-33,3]
Addictologue	2	(1,8)	[0,0-4,8]
Mode d'exercice			
Intra-hospitalier	88	(77,2)	[67,8-86,6]
Extra-hospitalier	69	(60,5)	[49,5-71,5]
En clinique	8	(7,0)	[1,3-12,7]
En cabinet	7	(6,1)	[0,7-11,5]
Département			
Nord	93	(82,6)	[75,6-89,6]
Pas-de-Calais	21	(18,4)	[9,7-27,1]

1) Descriptif

a) Formations sur le thème de la transidentité

La première partie du questionnaire (questions 7 à 9) interroge les psychiatres sur d'éventuelles formations auxquelles ils auraient assisté durant leurs études (externat-internat) mais également au cours de leur carrière. 3 personnes ont eu

une formation au cours de leurs études (2,6 % - IC à 95 % [0,0-6,2]) et 15 au cours de leurs carrières (13,2 % - IC à 95 % [5,6 – 20,8]).

Il a été enseigné à 28 des répondants que la transidentité était une pathologie psychiatrique (24,6 % - IC à 95 % [14,9-34,3]).

Parmi les pathologies psychiatriques citées, on retrouve la psychose pour 3 d'entre eux, la perversion pour 3 d'entre eux. La transidentité serait également un pan d'un trouble de la personnalité pour 2 répondants.

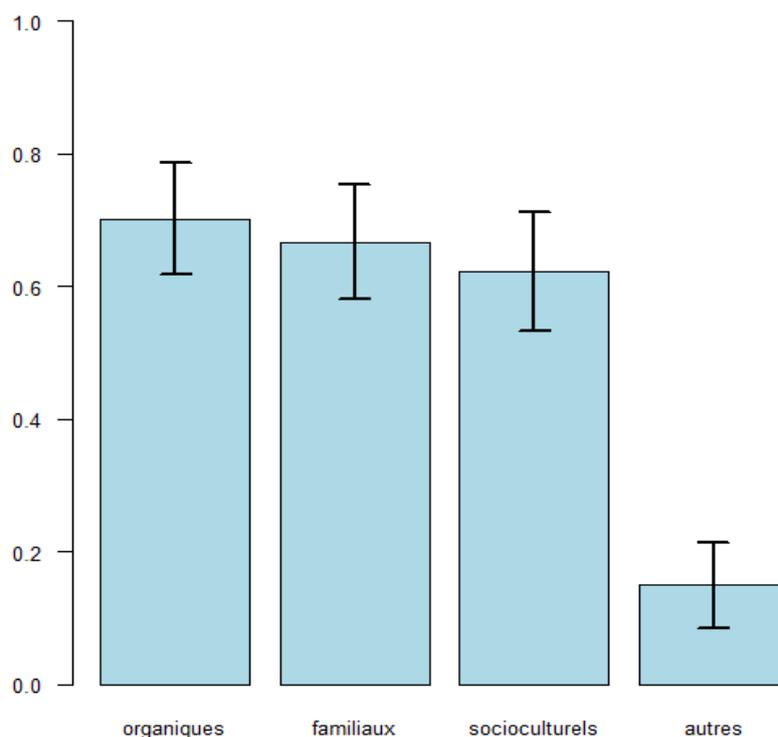
b) Les représentations de la transidentité dans la pratique

Dans un second temps, via le questionnaire (questions 10 à 28), nous interrogeons les psychiatres sur leurs représentations de la transidentité à travers leurs pratiques.

Les facteurs influençant l'apparition des questions transidentitaires seraient, selon les psychiatres (Figure 1) :

- organique (biologique, hormonal, cérébral ou génétique) pour 70,2 % d'entre eux (n = 80 - IC à 95 % [61,8 - 78,6]).
- familial (interactions précoces) pour 66,7 % d'entre eux (n = 76 - IC à 95 % [58,0 - 75,4])
- socio-culturel pour 62,3 % d'entre eux (n = 71 % - IC à 95 % [53,4 - 71,2])
- autre pour 14,9 % d'entre eux (n = 17 - IC à 95 % [8,4 - 21,4]).

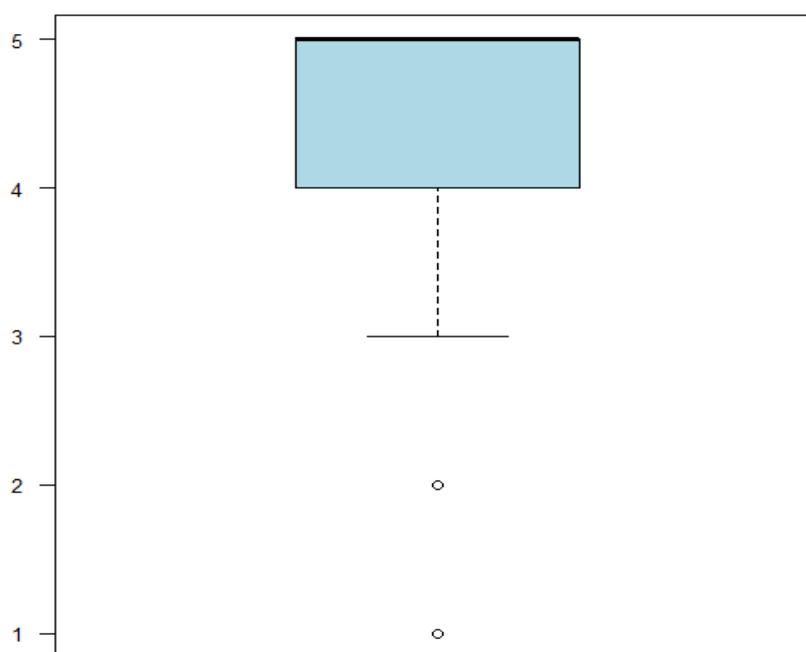
Fig 1 Facteurs pouvant concourir au développement des questions transidentitaires



Selon 13 personnes interrogées, la dysphorie de genre serait le symptôme d'une pathologie psychiatrique (11,4 % - IC à 95 % [5,6 - 17,2]) : trouble de la personnalité (n = 4), psychose (n = 4), traumatisme (n = 2), autre (n = 6). Tandis que pour 88,6 % des répondants, la dysphorie de genre serait une entité clinique à part entière (n = 101 - IC à 95 % [82,8 - 94,4]).

Pour la majorité des psychiatres interrogés, la dysphorie de genre ne serait pas en lien avec une dysmorphophobie (n = 61 (53,5%) - IC 95 % [44,3 - 62,7]) (Figure 2).

Fig 2 : Boxplot des réponses à la question « la dysphorie de genre est secondaire à une dysmorphophobie »



Selon 11.4% des personnes interrogées, la transidentité et en particulier la dysphorie de genre ne seraient pas considérées comme un facteur de risque suicidaire (n = 13 - IC 95% [5.6 - 17.2]).

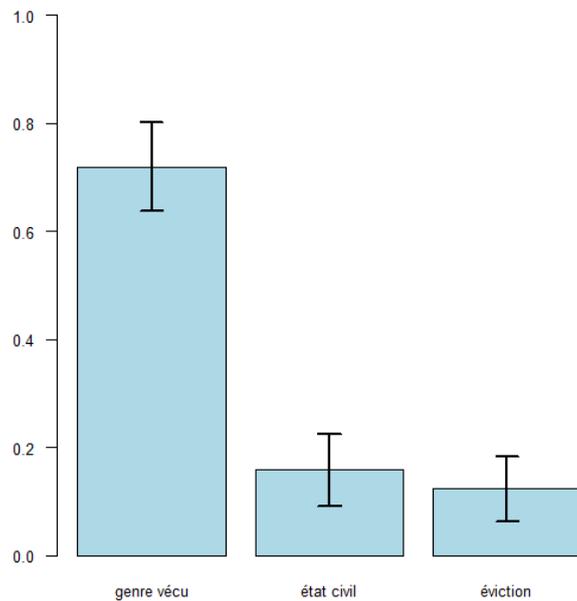
Il serait possible d'éviter un parcours de transition via une psychothérapie de première ligne selon 22,8% des répondants (n = 26 - IC 95% [15.1 - 30.5]).

90 des répondants ont rencontré entre 1 et 9 patients se questionnant sur leurs identités de genre (78,9 % - IC à 95 % [69,7 - 88,1]), 9 en ont rencontré plus de 10 (7,9 % - IC à 95 % [1,8 - 14,0]) et 15 n'en ont jamais rencontré (13 % - IC à 95 % [5,6 - 20,8]).

S'ils étaient amenés à rencontrer et accompagner des personnes transidentitaires en consultation, 12.3% des psychiatres interrogés éviteraient de genrer la personne (n = 14 - IC 95% [6.3 - 18.3]), 15.8% les genreraient selon

leurs états civils au risque de mégenrer la personne (n = 18 - IC 95% [9,1 - 22,5]) (Figure 3).

Fig 3 : Comment les psychiatres genrent-ils les patients transidentitaires en consultation ?



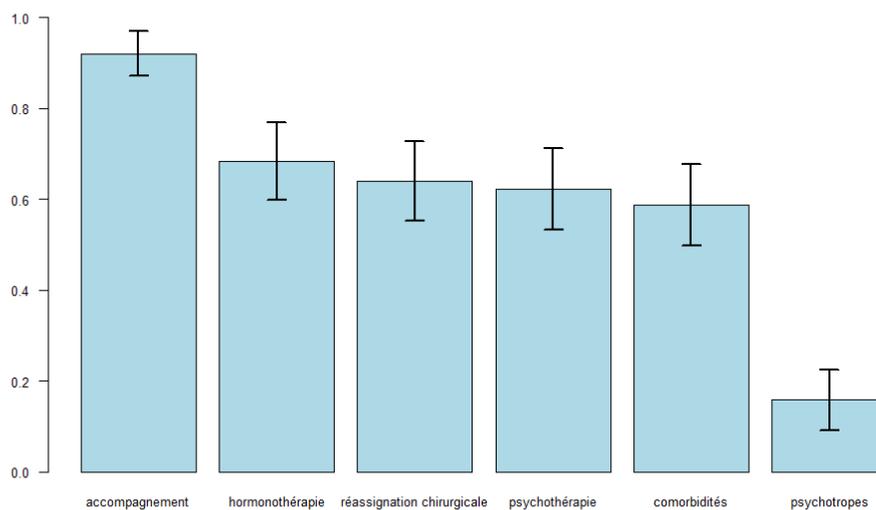
Pour l'évaluation diagnostique d'une dysphorie de genre, 76.3% des psychiatres interrogés n'utiliseraient pas le DSM 5 et ses critères diagnostiques (n = 87 – IC 95% [68,5 - 84,1]).

La prise en charge de la dysphorie de genre consisterait (Figure 4) :

- à un accompagnement dans un parcours de transition selon 92,1% des psychiatres interrogés (n = 105 - IC 95% [87,1 - 97,1])
- à une hormonothérapie selon 68,4% des réponses (n = 78 - IC95% [59,9 - 76,9])
- à une réassignation sexuelle chirurgicale selon 64% des réponses (n = 73 - IC 95% [55,2 - 72,8])

- à une psychothérapie selon 62,3% des réponses (n = 71 - IC 95% [53,4 - 71,2])
- au traitement des comorbidités psychiatriques selon 58,8% des réponses (n = 67 – IC 95% [49,8 - 67,8])
- à une prescription de traitements psychotropes pour 18 des psychiatres interrogés (15,8% - IC 95% [9,1 - 22,5]).

Fig 4 : La prise en charge de la dysphorie de genre

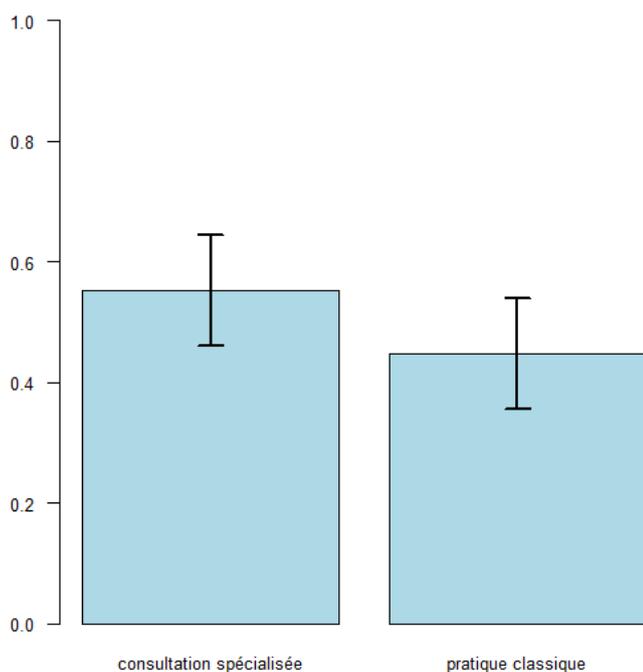


Pour l'accès à un parcours de transition, selon 72,8% des répondants, le psychiatre aurait un rôle de validation (n = 83 - IC 95% [64,6 - 81,0]).

Les psychiatres interrogés pensent, pour 55,3% d'entre eux, que l'accompagnement et la prise en charge des questions transidentitaires relèveraient d'une consultation spécialisée (n = 63 - IC 95% [46,2 - 64,4]) (Figure 5).

Cependant, 54.4% des psychiatres disent ne pas connaître de dispositifs spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement de la dysphorie de genre (n = 62 - IC 95% [46.2 - 64.4]). Autrement, la consultation sur le CHRU de Lille est le dispositif le plus cité (n = 34).

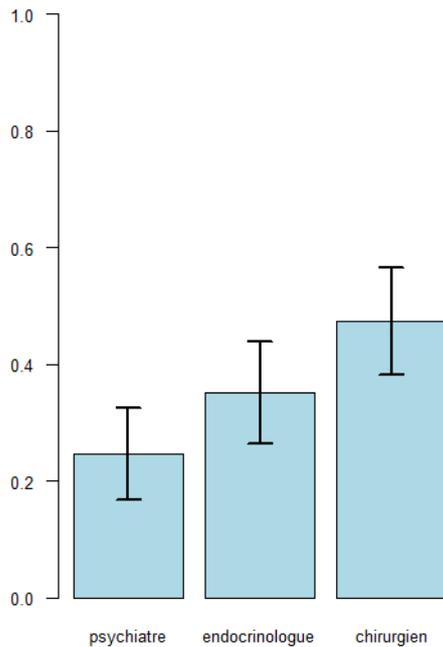
Fig 5 : Modalités d'accompagnement des personnes trans



La clause de conscience correspond au droit, pour un médecin, de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Selon les psychiatres interrogés, les questions transidentitaires pourraient faire l'objet d'une clause de conscience pour : (Figure 6)

- les psychiatres selon 24,6% (n = 28 - IC 95% [16,7 - 32,5]),
- les endocrinologues selon 35,1% (n = 40 - IC 95% [26,3 - 43,9]),
- les chirurgiens selon 47,4% (n = 54 - IC 95% [38,2 - 56,6]).

Fig 6 : L'instauration d'une clause de conscience en psychiatrie, en endocrinologie et en chirurgie pour les questions transidentitaires.

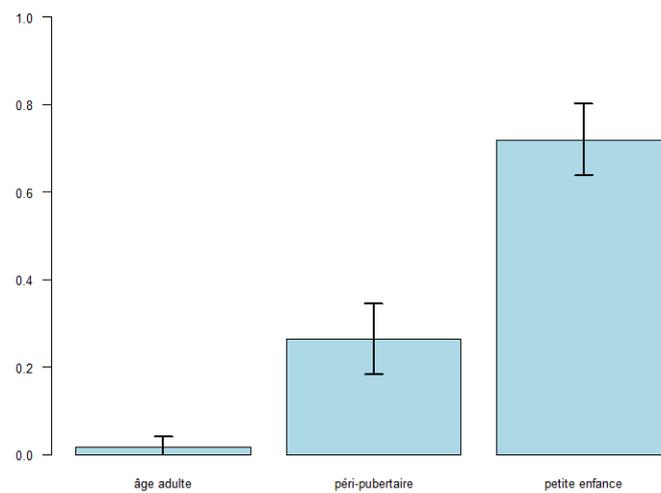


c) Les représentations de la transidentité et PEA

Les questionnements de genre pourraient apparaître, selon la majorité (71,9%) des psychiatres interrogés, dès la petite enfance ($n = 82$ - IC 95% [63,6 - 80,2]) (Figure 7).

Un accompagnement vers un parcours de transition ne serait cependant pas réalisable durant l'enfance ou l'adolescence selon 33,3% des psychiatres ($n = 38$ - IC 95% [24,6 - 42,0]).

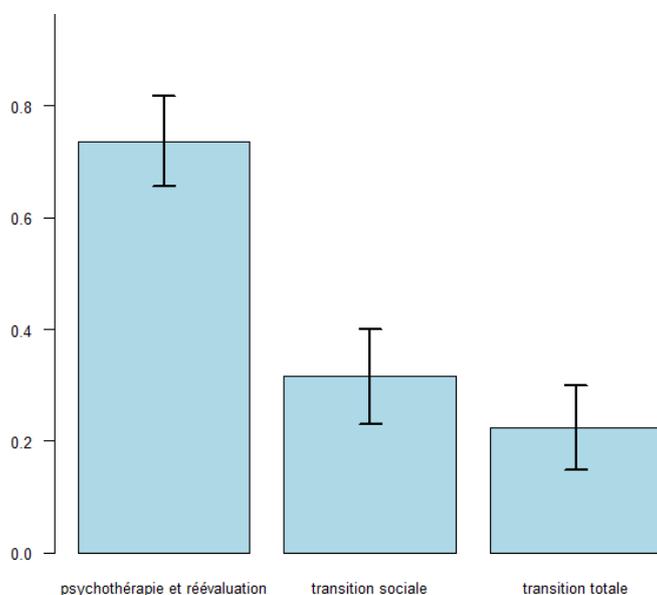
Fig 7 : Âge d'apparition des questionnements d'identité de genre



Les résultats suivants sont basés sur les 78 psychiatres estimant qu'un parcours de transition serait possible durant l'enfance ou l'adolescence.

Cet accompagnement consisterait, cependant, pour la majorité (73,7%) des répondants à une psychothérapie et à une réévaluation de la dysphorie de genre à l'âge adulte (n = 56 - IC 95% [63.8 - 83.6]) (Figure 8).

Fig 8 : Modalités d'accompagnement d'une dysphorie de genre durant l'enfance ou l'adolescence



Le diagnostic d'une dysphorie de genre durant l'enfance évoluerait systématiquement vers une dysphorie de genre à l'âge adulte selon 15,8% des répondants (n = 12 - IC 95% [7,6 - 24,0]).

L'introduction d'un traitement hormonal bloquant la puberté aurait des conséquences somatiques selon 84.2% des répondants (n = 64 - IC95% [77,3 - 93.3]), psychiques ou psychiatriques selon 68.4% des répondants (n = 52 - IC 95% [58.9 - 79.7]).

L'introduction d'un traitement hormonal cross-sex serait possible à partir de :

- 14 ans selon 22.4% des répondants (n = 17 - IC 95% [13 - 31.8]),
- 16 ans selon 31.6% des psychiatres interrogés (n = 24 - IC95% [21.1 - 42.1]),
- 18 ans selon 44.7% des répondants (n = 34 - IC 95% [33.5 - 55.9]).

d) Les représentations de la transidentité et société

Enfin, les psychiatres sont questionnés concernant leurs représentations de la transidentité à travers la société.

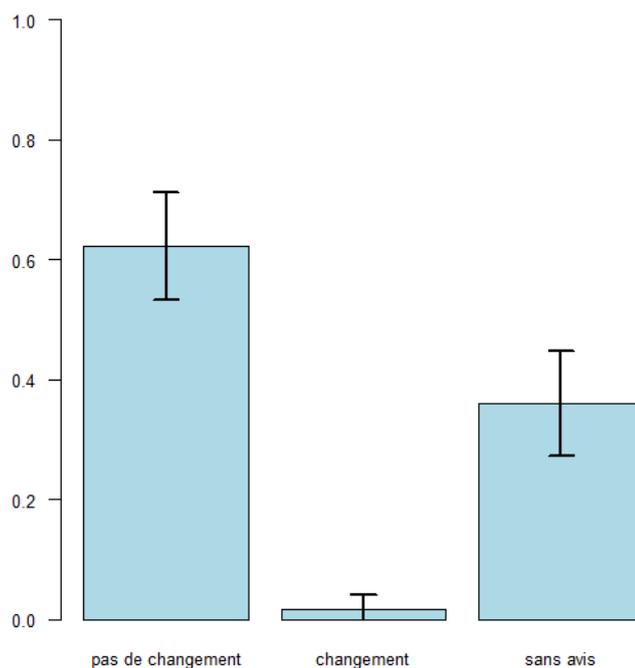
Ainsi, à la question de la place des revendications des associations LGBTQI+ (Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Trans, Queer, Intersexes...) dans leurs pratiques, 3,5% des psychiatres interrogés les considéreraient comme de l'ingérence (n = 4 - IC 95% [0.1 - 6.9]), tandis que 85.1% les considéreraient comme utiles (n = 97 - IC 95% [78.6 - 91.6]).

Un lien pourrait être fait entre les revendications associatives actuelles concernant la dépsychiatisation de la transidentité et celles concernant l'homosexualité dans les années 70 selon 81.6% des psychiatres interrogés (n = 93 - IC 95% [74.4 - 88.7]).

Selon 4.4% des répondants, la transidentité serait systématiquement en lien avec l'homosexualité (n = 5 - IC 95% [0.6 - 8.2]).

Un parcours de transition ne serait pas systématiquement associé à un changement d'objet d'amour selon 62.3% des répondants (n = 71 – IC 95% [53.4 - 71.2]) (Figure 9).

Fig 9 : Parcours de transition et objet d'amour



Un enfant de parent trans se questionnerait systématiquement sur son identité de genre selon 14% des répondants (n = 16 - IC 95% [7.6 - 20.4]).

Un enfant de parent trans sera systématiquement perturbé par le parcours de transition d'un de ses parents selon 35.1% des répondants (n = 40 - IC 95% [26.3 - 43.9]).

L'évocation en milieu scolaire des questions d'identité de genre serait susceptible d'induire des dysphories de genre chez les enfants et ou adolescents selon 8.8% des psychiatres interrogés (n = 10 - IC 95% [3.6 - 14.0]).

2) Facteurs influençant les modalités d'accompagnement des personnes transidentitaires

Dans un second temps, à travers un modèle bivarié puis multivarié, sont recherchés les facteurs pouvant influencer la réponse des praticiens à la question d'un accompagnement via une consultation spécialisée ou relevant de la psychiatrie classique.

Pour rappel, 55,3% des praticiens interrogés considèrent que l'accompagnement et la prise en charge des questions transidentitaires relèveraient d'une consultation spécialisée.

a) Analyse bivariée (Tableau II)

Les praticiens ayant eu une formation concernant les questions de genre sembleraient plus à même d'accompagner les patients dans le cadre de leur pratique classique (p = 0.04). 23.5% des praticiens estimant que la transidentité ne relève pas d'une consultation spécialisée ont reçu une formation à ce sujet.

De même, plus les praticiens ont rencontré de patients concernés, plus ils

estiment que ces questions entrent dans le cadre de leur pratique classique (p = 0.01).

En revanche, ni le sexe, ni les années d'expérience ne semblent impacter significativement les réponses des praticiens.

Tableau II : Comparaison des caractéristiques en fonction de l'avis des praticiens concernant les modalités de prise en charge de la transidentité (en psychiatrie classique ou en consultation spécialisée)

	Psychiatrie classique	N = 51	Consultation spécialisée	N = 63	p
Sexe masculin, n (%)	21	(42,0)	23	(36,5)	0,69
Expérience, moyenne (écart-type)	13,6	(11,3)	13,9	(11,2)	0,90
Département, n (%)	45	(39,5)			0,66
Nord	43	(84,3)	50	(79,4)	
Pas-de-Calais	8	(15,7)	13	(20,6)	
Profession, n (%)	9	(7,9)			0,28
Psychiatre ou addictologue	36	(70,6)	51	(81,0)	
Pédopsychiatre	15	(29,4)	12	(19,0)	
Mode d'exercice, n (%)					
Intra-hospitalier	35	(68,6)	53	(84,1)	0,08
Extra-hospitalier	30	(58,8)	39	(61,9)	0,89
Formation relative à la transidentité, n (%)	12	(23,5)	5	(7,9)	0,04
Nombre de patients concernés rencontrés, n (%)					0,01
0	4	(7,8)	11	(17,5)	
1-9	39	(76,5)	51	(80,9)	
10+	8	(15,7)	1	(1,6)	

b) Analyse multivariée (Tableau III)

Tableau III : Résultats de l'analyse multivariée expliquant le fait que les praticiens estiment que la transidentité puisse être prise en charge en psychiatrie classique ou non

	Prise en charge en pratique psychiatrique classique		p
	OR	[IC95%]	
Mode d'exercice intra-hospitalier	0,40	[0,15-1,01]	0,05
Formation relative à la transidentité	2,86	[0,90-10,15]	0,08
Nombre de patients concernés rencontrés, n (%)			
0	1		
1-9	1,77	[0,54-7,00]	0,37
10+	18,31	[2,20-413,19]	0,02

Pour éviter tout facteur de confusion, une analyse multivariée des résultats précédents a été réalisée.

Il semblerait, à travers cette analyse, que la seule variable qui aurait un impact significatif sur la réponse des praticiens serait le nombre de patients concernés rencontrés.

Comparativement aux praticiens n'ayant pas rencontré de patients concernés (OR = 1), ceux ayant rencontré plus de 10 patients trans semblent davantage estimer que leur accompagnement relève de la psychiatrie classique (OR = 18.31 – p = 0.02).

3) Facteurs influençant les représentations (étude analytique)

En dernier lieu, une étude analytique a été réalisée pour rechercher les facteurs pouvant influencer les représentations des praticiens concernant la transidentité.

Les figures illustrant les résultats sont visibles en annexe (Annexe D)

Les variables testées sont le sexe, l'âge, le mode d'exercice, la formation aux questions transidentitaires ainsi que le nombre de patients trans rencontrés.

Ainsi, le facteur âge n'impacte que le point de vue de la clause de conscience.

Plus le praticien serait âgé, plus il estimerait que les questions transidentitaires pourraient faire l'objet d'une clause de conscience en psychiatrie (p = 0.039).

Il en est de même selon le facteur mode d'activité. Les psychiatres qui n'ont pas d'activité intra-hospitalière seraient davantage en accord avec l'idée d'instaurer

une clause de conscience en psychiatrie face aux questions transidentitaires ($p = 0.033$).

Le nombre de patients rencontrés semble également influencer sur les représentations. La réponse à la question de l'évocation des questions de genre à l'école qui pourrait induire une dysphorie de genre chez les enfants et adolescents scolarisés varie selon le nombre de patients rencontrés. Les praticiens qui n'ont pas rencontré de patients transidentitaires sembleraient plutôt en accord avec l'affirmation de l'induction d'une dysphorie de genre lors de l'évocation de cette thématique en milieu scolaire ($p = 0.024$).

De la même manière, les praticiens qui ont rencontré peu ou pas de patients concernés sembleraient davantage en accord avec l'affirmation du rôle de validation des psychiatres concernant l'accès à un parcours de transition ($p = 0.046$).

En revanche, les facteurs « sexe » et « formation aux questions transidentitaires » ne semblent pas impacter les représentations des psychiatres concernant la transidentité. De même, l'âge, le mode d'activité et le nombre de patients rencontrés ne semblent pas impacter les autres questions testées, à savoir :

- l'association de la transidentité et de l'homosexualité
- l'âge de survenue des questionnements de genre
- la dysphorie de genre comme symptôme d'une pathologie mentale plus générale.

V – Discussion

Les résultats de l'étude mettent plusieurs éléments en lumière. Notamment, une très grande majorité des praticiens interrogés ont déjà rencontré au moins un patient concerné par ces questions d'identité de genre. Malgré le manque de données concernant la prévalence (3), la transidentité ne semble donc pas être un phénomène rare.

La psychose reste, bien que de façon anecdotique, associée à la transidentité, malgré le travail autour de la dépsychiatisation et donc de la déstigmatisation de la transidentité dans le monde médical. Bien qu'historiquement la transidentité fût rattachée à la psychose, il n'a pas été retrouvé dans la littérature de tels liens. Les études évaluant les comorbidités psychiatriques associées à la dysphorie de genre soulignent plutôt une surreprésentation des troubles anxio-dépressifs.

A l'instar de la psychose, la transidentité reste systématiquement associée à l'homosexualité pour 4.4% des psychiatres de cette étude.

Plus marquant, pour 11.4% des praticiens interrogés, la transidentité et la dysphorie de genre en particulier ne seraient pas associées à une majoration du risque suicidaire. Or, le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2014 (23), déclarant l' « état d'urgence mondiale concernant la prévention du suicide » identifie les personnes LGBTQI+ comme un groupe vulnérable au suicide et recommande l'élaboration d'interventions spécifiques en matière de prévention. En France, le premier rapport de L'Observatoire National du suicide (novembre 2014) (24) relate un risque suicidaire accentué chez les minorités sexuelles, notamment chez les jeunes adultes et adolescents. L'INPES (Institut National de

Prévention et d'Education pour la Santé) (2014) (25) évalue un risque relatif de suicide jusqu'à 10 dans la population adolescente transidentitaire.

La transidentité serait de l'ordre de la consultation spécialisée pour 55.3% des psychiatres. L'aisance des praticiens à prendre en soin des patients transidentitaires semble fonction de leur formation sur cette thématique et du nombre de patients concernés déjà rencontrés. D'ailleurs, dans cette étude, moins d'une vingtaine de psychiatres interrogés n'a eu aucune formation sur cette thématique, que ce soit au cours de leurs études ou durant leur carrière.

Ce manque de sensibilisation et de formation aurait des conséquences pour les usagers de soins concernés. Comme cité auparavant, dans une étude américaine (5), 90 % des personnes transgenres interrogées pensent qu'il n'y a pas assez de personnel soignant sensibilisé et formé aux questions transidentitaires. Au vu du passé commun tumultueux entre la psychiatrie et la transidentité, le manque de sensibilisation à ces questions par les praticiens majore la crainte des personnes concernées à se confronter à la psychiatrie.

C'est la première fois en France que les représentations des psychiatres sont interrogées concernant cette thématique.

L'échantillon de 114 praticiens semble faible, mais sur environ 600 psychiatres et pédopsychiatres du Nord-Pas-De-Calais, nous avons obtenu un taux de réponse d'environ 20% malgré une courte durée de diffusion, en période estivale.

Ce taux de réponse met donc en avant un intérêt de la part des praticiens à propos des questions transidentitaires.

L'échantillon n'est pas représentatif concernant l'âge (les 30-39 ans sont

surreprésentés dans l'étude), cependant ce résultat était attendu au vu du mode de diffusion de l'étude ; par ailleurs, l'âge n'impacte pas les représentations au vu des analyses statistiques. En revanche, l'échantillon est représentatif concernant le sexe (55% de femmes psychiatres dans la région).

VI – Conclusion

L'histoire commune de la psychiatrie et de la transidentité demeure un frein important pour les personnes transidentitaires quant à l'accès aux soins en santé mentale. Dans les classifications psychiatriques passées la transidentité a tantôt appartenu aux psychoses, tantôt aux perversions, puis aux troubles de la personnalité. Les personnes transidentitaires font face à de nombreuses stigmatisations et de multiples obstacles au cours de leur parcours. La confrontation à la psychiatrie peut apparaître comme une épreuve de plus. Pourtant cette population est vulnérable à la souffrance et aux troubles psychiatriques, de par la dysphorie de genre mais également de par les comorbidités psychiatriques. L'accès à la santé mentale paraît donc primordial. La méconnaissance des questions d'identité de genre par les psychiatres constitue un second frein.

La sensibilisation des psychiatres sur la thématique de la transidentité semble donc indispensable. En priorité, il serait juste de sensibiliser les praticiens n'ayant jamais rencontré de personnes trans au cours de leur carrière puisqu'au vu des résultats de l'étude, la transidentité ne semble pas être un phénomène si rare dans les consultations. Il n'y aurait pas de critère d'âge de sexe ni de mode de pratique, et psychiatres comme pédopsychiatres seraient concernés.

Les axes d'études seraient la réflexion autour de la place du psychiatre dans ces questions d'identité, ainsi qu'une sensibilisation sur les définitions du genre et de l'identité. Il serait judicieux de souligner la grande vulnérabilité de cette population, d'évoquer les comorbidités psychiatriques, les stigmatisations, les risques de marginalisation, et d'insister sur le haut risque suicidaire des personnes trans. A ce pan théorique pourrait être ajouté un pan plus pratique, conjointement avec les associations pour ouvrir le dialogue avec les personnes concernées.

Une meilleure connaissance de la transidentité permettrait de meilleurs soins et pourrait améliorer les relations entre les personnes transidentitaires et la psychiatrie.

Bibliographie

1 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. 7^{ème} version. (Septembre 2013).

https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf

2 American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub

3 Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. (Novembre 2009). Service évaluation des actes professionnels. <http://www.has-sante.fr>.

4 Lambda legal : when Health care isn't caring: Lambda Legal ' Survey on discrimination against LGBT people and people living with HIV, NY 2010

5 Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at every turn: a report of the national transgender discrimination survey. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011.

6 Ali, N., Fleisher, W. & Erickson, J. Acad Psychiatry (2016) 40: 268. <https://doi-org.doc-distant.univ-lille2.fr/10.1007/s40596-015-0308-y>

7 SOS Homophobie : rapport annuel sur l'homophobie mai 2018

8 Laqueur. T : La fabrique du sexe. Folio essais ISBN 978-2-07-045078-7

9 Foucault.M : Herculine Barbin dite Alexina B., préface : Le vrai sexe. NRF, Gallimard. ISBN 978-2-07-014407-5

10 Foucault M : Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir. Tel, Gallimard ISBN : 978-2-07-074070-3

11 Breton J *Le transsexualisme étude nosographique et médico-légale*. Rapport de Médecine Légale aux éditions Masson 1985, 2-225-80636-5

12 A. Michel, J.-L. Pédinielli, Vers une conceptualisation du transsexualisme, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 163, Issue 5, 2005, Pages 379-386, ISSN 0003-4487, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.06.019>.

13 BOURGEOIS ML, Troubles de l'identité sexuelle, dysphorie de genre et transsexualisme. In Psychiatrie EMC. 37299 D20 In 1988 p.8

14 Chiland.C : changer de sexe, aux éditions Odile Jacob 2011, ISBN : 273819933X, 9782738199331

15 Marchand JB, Pelladeau E, Pommier F. Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame. *Evol Psychiatr* 2015 ;80(2) :pages
Doi10.1016/j.evopsy.2015.01.006

16 CIM, OMS. (1993). 10/ICD-10. Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.

17 CIM, OMS. (2018). 11/ICD-11 chapter 17 conditions related to sexual health

18 Bereni.L Chauvin.S Jaunait.A Revillard.A. Introduction aux études sur le genre. Ouvertures politiques aux éditions De Boeck supérieur. 2012. ISBN : 978-2-8041-6590-1

19 Espineira.K, Thomas.M-Y, Alessandrin.A. La TRANS-yclopédie. Aux éditions des ailes sur un tracteur, 2012, ISBN : 978-1-291-10322-9

20 Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle (1)- article 561 LegiFrance

21 Le Robert

22 Brunet.F : thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : Du théorique à la pratique collective : la complexité des représentations sociales de la souffrance psychique du bébé en périnatalité. Octobre 2014

23 OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Prévention du suicide : état d'urgence mondial, 2014 ISBN 978 92 4 256477 8

24 Observatoire National du Suicide : rapport novembre 2014 No ISBN : 978-2-11-138966-3

25 INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) 2014

Annexe A : critères diagnostiques dans les manuels de classifications Américaines (DSM)

Critères diagnostiques du Transsexualisme dans le **DSM 3**

- A. Sentiment d'inconfort et d'inadéquation quant à son sexe anatomique.
- B. Désir d'être débarrassé de ses organes génitaux et de vivre comme un sujet de l'autre sexe.
- C. La perturbation a duré d'une façon continue pendant au moins deux ans (sans être limitée à des périodes de stress).
- D. Absence d'ambiguïté sexuelle organique ou d'anomalie génétique.
- E. Non dû à un autre trouble mental, comme la schizophrénie

Spécifier la tendance sexuelle antérieure

1 asexuelle

2 homosexuelle (même sexe anatomique)

3 hétérosexuelle (sexe anatomique opposé)

0 non spécifié

Critères diagnostiques des troubles de l'identité sexuelle de l'adolescent et de l'adulte dans le **DSM IV** (remplaçant le transsexualisme) :

- A. identification intense et persistante à l'autre sexe, la perturbation se manifeste par des symptômes tels que :
 - l'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe
 - l'adaptation fréquente de conduites où on se fait passer pour l'autre sexe
 - un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe
 - ou la conviction qu'il (ou elle) possède les sentiments et réactions typiques de l'autre sexe
- B. un sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante, cela se manifeste par différents symptômes tels que :
 - vouloir se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires
 - penser que son sexe de naissance n'est pas le bon
- C. l'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite
- D. l'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants

Spécifier l'attrance sexuelle (pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle)

Attiré sexuellement par les hommes
Attiré sexuellement par les femmes
Attiré sexuellement par les deux sexes
Attiré sexuellement ni par l'un, ni par l'autre

Critères diagnostiques de la dysphorie de genre chez l'adulte et l'adolescent (remplaçant les troubles de l'identité sexuelles) dans le **DSM 5** :

- A. Une incongruence marquée entre un genre exprimé/vécu et un genre assigné durant une période d'au moins six mois, qui se manifeste par deux ou plus des signes suivant :
 - non congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues)
 - désir marqué d'être débarassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues)
 - désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires de l'autre sexe
 - désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné)
 - désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné)
 - conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné)
- B. la condition est associée à une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres aspects importants du fonctionnement, ou à un risque significativement accru de souffrir, comme la détresse ou d'invalidité.

Préciser :

- avec un désordre du développement sexuel
- sans un désordre du développement sexuel

Annexes B : critères diagnostiques dans les manuels de classifications

(CIM)

Définition du transsexualisme dans la **CIM 10** :

Transsexualisme : il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne 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.

Les critères diagnostiques :

- l'intéressé manifeste le désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé, habituellement accompagné du souhait de rendre son corps le plus possible en harmonie avec le sexe préféré par le chirurgie et le traitement hormonale
- l'identité transsexuelle a été présente de manière persistante pendant au moins deux ans
- le trouble n'est pas un symptôme d'un autre trouble mental ou d'une anomalie chromosomique

Annexe C : questionnaire

Données socio-démographiques :

1 Age : 25-29/ 30-39/ 40-49 / 50-59 / 60ans ou plus

2 Êtes vous : une femme / un homme / autre

3 Quelle est l'année d'obtention de votre thèse :

4 Département d'exercice : nord / Pas-de-Calais

5 Profession : psychiatrie adulte / PEA / addictologie

6 mode de pratique : intra-hospitalière / extra-hospitalière / en clinique / en cabinet

Pratique clinique, diagnostique et thérapeutique

7 Avez-vous eu une formation concernant la transidentité au cours de vos études (externat-internat) oui / non (si oui dans quelle faculté)

8 Avez vous assisté à une formation concernant la transidentité au cours de votre carrière ? Oui / non

9 Au cours de vos études ou de votre carrière, vous a t-il été enseigné que la transidentité appartient au champ des maladies psychiatriques ? Oui / non

10 Avez-vous, au cours de votre carrière, rencontré des patient·e·s se questionnant sur leur identité de genre ? Oui entre 1 et 9 / oui plus de 10 / non

11 Selon vous, l'accompagnement des personnes trans est-elle compatible avec votre pratique ou relève-t-elle d'une pratique spécialisée ? Pratique courante / consultation spécialisée

12 Connaissez-vous des dispositifs spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement de la dysphorie de genre ? Oui => Le(s)quel(s) ? /non

13 Utilisez-vous les critères diagnostiques du DSM 5 concernant la dysphorie de genre ? Oui /non

14 Dans votre pratique, comment genrez-vous le/la patient·e, présentant une dysphorie de genre, que vous rencontrez ? Selon le genre définis par son état civil / selon le genre vécu par le/la patient·e / vous évitez de genrer le/la patient·e

15 Selon vous, d'un point de vue étiologique, quels sont les facteurs qui peuvent concourir au développement d'une dysphorie de genre ? familiale (interactions précoces) /socio-culturel /organique (hormonale, biologique, cérébrale) / autre => précisez

16 Etes-vous en accord avec la proposition suivante : la question de la dysphorie de genre serait secondaire à une dysmorphophobie 1 OUI → 5 NON

17 Considérez-vous la dysphorie de genre comme : une entité à part entière / un symptôme d'une pathologie mentale plus générale => si oui laquelle ?

18 Concernant la souffrance, permettant le diagnostic de dysphorie de genre, serait-elle ?

[Choix multiples] secondaire à l'incongruence de genre (vécu interne) / secondaire à la stigmatisation sociétale / secondaire à une pathologie psychiatrique

19 Considérez-vous la transidentité et la dysphorie de genre en particulier comme un facteur de risque suicidaire ? Oui / non

20 Selon vous, la prise en charge de la dysphorie de genre relève :

[Choix multiples] d'un accompagnement / d'une psychothérapie / d'un traitement psychotrope / d'une hormonothérapie / d'une réassignation sexuelle chirurgicale / d'un traitement des comorbidités psychiatriques

21 Selon vous, dans la prise en charge des patient·e·s présentant une dysphorie de genre, les psychiatres doivent-ils avoir un rôle de validation pour l'accès à une transition ? Oui / non

22 Pensez-vous qu'une proposition de psychothérapie de première ligne, aux patient·e·s présentant une dysphorie de genre, permettrait d'éviter un parcours de transition ? Oui / non

Clause de conscience : *c'est pour le médecin le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques.*

23 Selon vous, les questions ayant trait à la transidentité pourraient-elles faire l'objet d'une clause de conscience pour les psychiatres ? Oui / non

24 Pour les endocrinologues ? Oui / non

25 Pour les chirurgiens ? Oui / non

26 Selon vous, qu'est ce qui serait indispensable pour l'aboutissement d'un parcours de transition ? Le changement d'état-civil / le recours à la chirurgie / le recours à l'hormonothérapie / autre

27 Selon vous, à partir de quel âge peuvent émerger des questionnements autour de l'identité de genre ? [Choix multiple] Petite enfance / péri-pubertaire / âge adulte

28 Selon vous, Peut-on accompagner un parcours de transition dans l'enfance ou l'adolescence ? Oui / non

Pédopsychiatrie (si réponse OUI à la question 28)

P1 Selon vous, une dysphorie de genre diagnostiquée durant l'enfance ou l'adolescence évolue-t-elle systématiquement vers une dysphorie de genre à l'âge adulte ? Oui /non

P2 Selon vous, comment une dysphorie de genre durant l'enfance ou l'adolescence doit-elle être accompagnée : psychothérapie individuelle et réévaluation à l'âge adulte / accompagnement à une transition sociale, hormonale et chirurgicale / accompagnement à une transition sociale et suspension de la puberté

P3 Pensez-vous que la mise en place d'un traitement par bloqueur pubertaire en pré-adolescence puisse présenter un risque (somatique ou psychique) pour les patients ? Oui, somatique / oui, psychique / non

P4 Selon vous, un traitement hormonal substitutif peut-il être prescrit ? Après 14 ans / après 16 ans après 18 ans / jamais

Transidentité et société

29 Que pensez-vous des revendications associatives LGBTQI+ concernant la prise en charge de la transidentité ? Utile pour l'évolution de nos pratiques / aucune influence / ingérance
(LGBTQI+ : associations Lesbien Gay Bisexuel Trans Queer Intersexe...)

30 Selon vous le militantisme transidentitaire actuel peut-il être mit en parallèle avec le militantisme homosexuel des années 70, avec l'objectif de dépsychiatisation ? Oui / non

31 Selon vous, la transidentité est-elle systématiquement associée à l'homosexualité ? Oui / non

32 Pensez-vous qu'un·e enfant de parents trans va t-il/elle même systématiquement se questionner sur son identité ? Oui / non

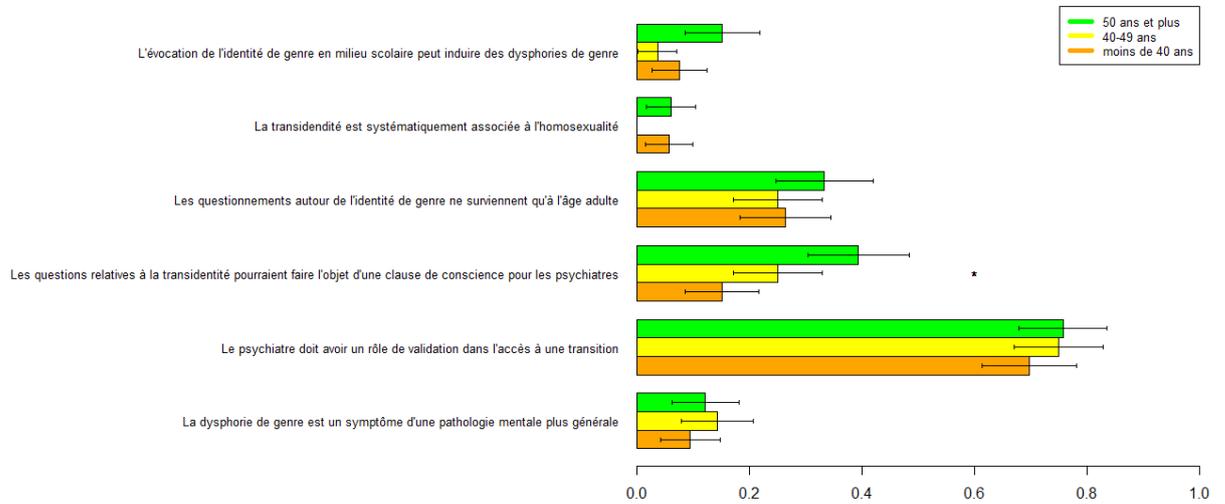
33 Selon vous, un·e enfant de parents trans puisse être systématiquement perturbé·e par le parcours de transition d'un de ses parents ? Oui / non

34 Selon vous, l'évocation en milieu scolaire, des questions d'identité de genre seraient susceptible d'induire des dysphorie de genre chez les enfant·e·s et ou adolescent·e·s ? Oui / non

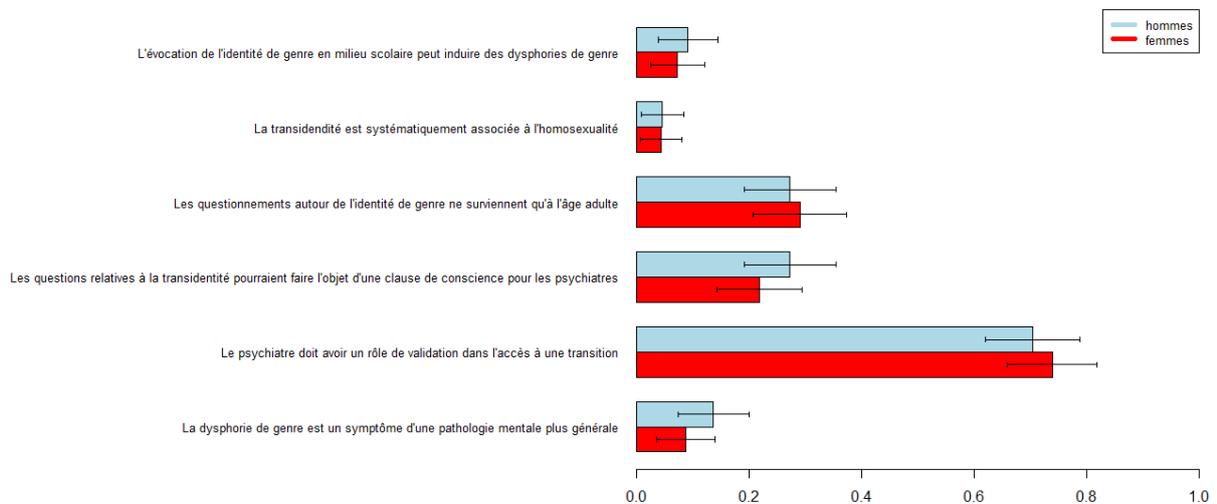
35 Selon vous, un parcours de transition s'associe t-il à un changement d'objet d'amour ? Oui / Non

Annexe D : figures des analyses statistiques des facteurs influençant les représentations

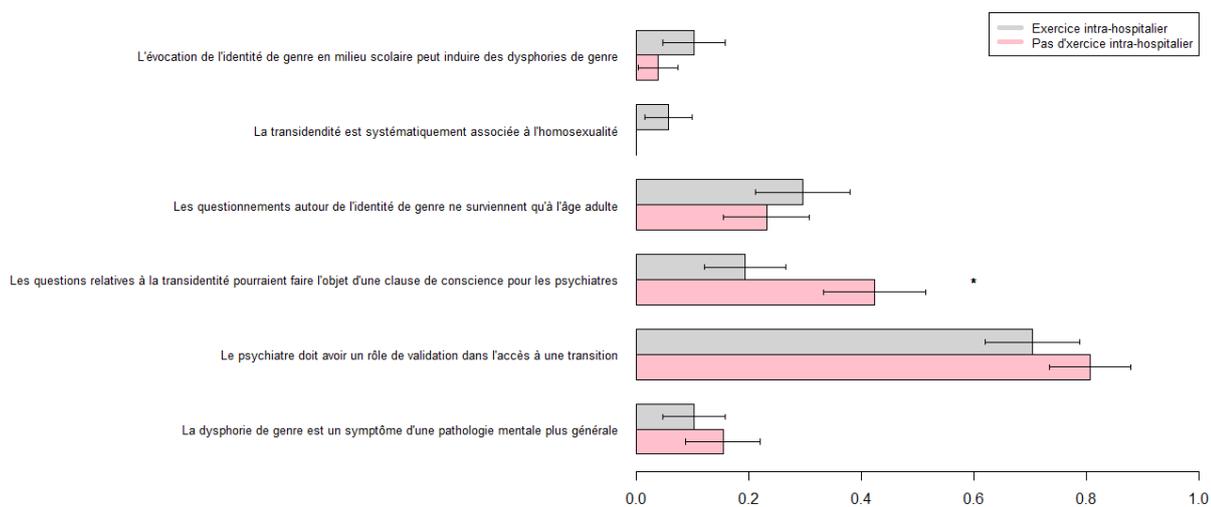
Selon l'âge :



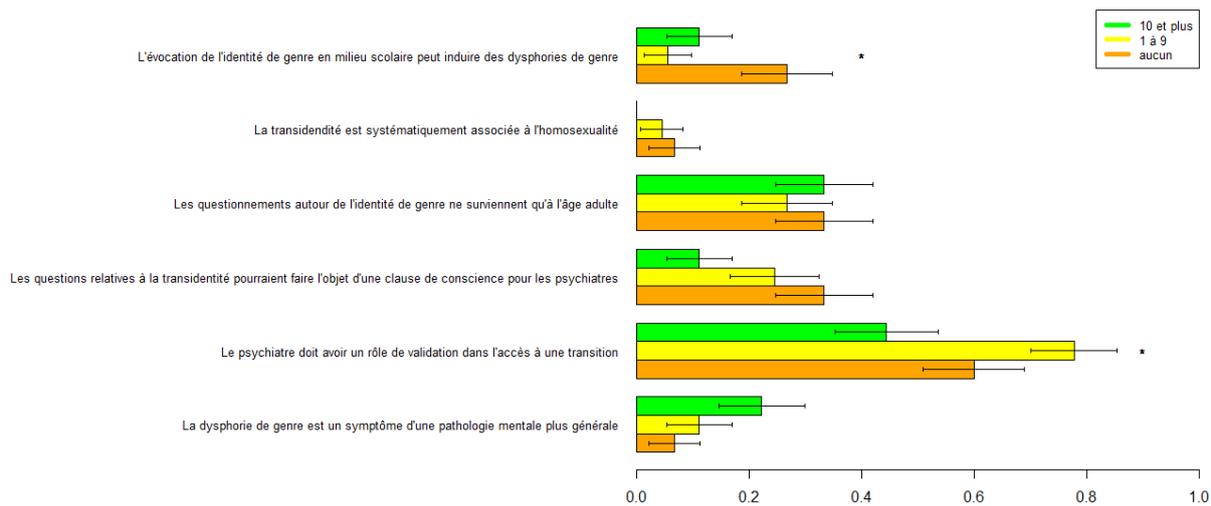
Selon le sexe :



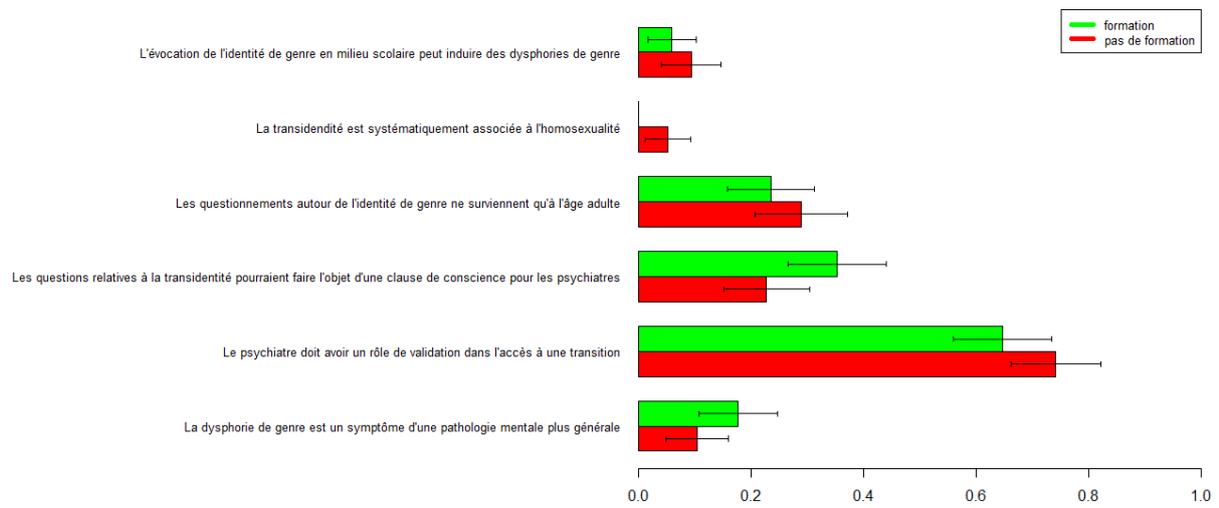
Selon le mode d'exercice :



Selon le nombre de patients rencontrés :



Selon la formation :



AUTEUR : Nom : BERNARD

Prénom : Marion

Date de Soutenance : 18 octobre 2018

Titre de la Thèse : Les représentations, des psychiatres, de la Transidentité

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : psychiatrie

DES + spécialité : psychiatrie

Mots-clés : représentations, transidentité, psychiatrie, formation, sensibilisation

Résumé :

Introduction : Les études réalisées auprès des personnes transidentitaires mettent en exergue un manque de sensibilisation à ces questions de la part du monde médical. Pourtant les recommandations mettent en avant le rôle notamment du psychiatre dans l'accompagnement des personnes transidentitaires. Or comment faire entre l'absence de formation dédiée, les nouvelles définitions du genre, nos croyances et nos représentations propres pour rencontrer et accompagner les personnes transidentitaires ?

Matériel et Méthode : L'étude des représentations, des psychiatres, de la transidentité se fait via un questionnaire diffusé par mail par le biais de la F2RSM aux psychiatres du Nord et du Pas-de-Calais. L'objectif principal est l'exploration des représentations de la transidentité à travers différentes thématiques (la pratique clinique notamment, des questions plus sociétales également). Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'aisance des praticiens à accompagner les personnes transidentitaires et les facteurs pouvant influencer cette aisance et enfin les facteurs pouvant modifier les représentations.

Résultats : 114 réponses ont été obtenues en quelques semaines de diffusion. Une grande majorité des praticiens ont déjà rencontré au moins un patient concerné (78,9% au moins un patient, 7.9% plus de 10). Ainsi la transidentité ne semble pas être un phénomène rare. La transidentité reste associée pour une poignée de praticiens à la psychose mais également à l'homosexualité. Par ailleurs pour 11.4% des psychiatres, la transidentité et la dysphorie de genre ne seraient pas associées à une majoration du risque suicidaire. Pour 55.3% des praticiens, la transidentité serait plus de l'ordre de la consultation spécialisée. Par ailleurs l'aisance des praticiens à prendre soins ces patients semblent fonction de leur formation sur cette thématique. Cependant moins de 20 psychiatres de l'échantillon ont eu de formation sur cette thématique.

Conclusion : l'histoire commune de la psychiatrie et de la transidentité demeure un frein important pour les personnes transidentitaires à accéder aux soins en santé mentale. Par ailleurs la méconnaissance des questions d'identités, de genre par les psychiatres peut rendre difficile la prise en soins de ces personnes, au risque de ne pas leur apporter les soins nécessaires. La sensibilisation des psychiatres à la thématique de la transidentité semble être une priorité, au vu de la grande vulnérabilité connue des personnes transidentitaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Thomas

Assesseurs :

**Monsieur le Professeur Vaiva,
Madame la Professeur Martinot,
Monsieur le Professeur Guerreschi,
Monsieur le Docteur Medjkane**