

# De la transsexualité à la dysphorie de genre

## Recommandations de conseil et de traitement pour les personnes trans

David Garcia<sup>a</sup>, Patrick Gross<sup>b</sup>, Myshelle Baeriswyl<sup>c</sup>, Dieter Eckel<sup>d</sup>, Dorothea Müller<sup>e</sup>, Caroline Schlatter<sup>f</sup>, Udo Rauchfleisch<sup>g</sup>

### Quintessence

- Bien que la théorie naïve de l'existence de deux genres se veuille être une vérité incontestable, le sexe et l'identité sexuelle – y compris dans le contexte médico-psychiatrique – désignent des dimensions et non des catégories. La variance de genre n'a pas de valeur pathologique.
- En tant que phénomène psychologique-biographique, chaque variante d'identité sexuelle est ancrée dans le vécu subjectif. Il n'est possible ni d'interrompre ce développement identitaire ni d'influencer le positionnement identitaire sur le continuum des genres.
- L'introduction du diagnostic de «dysphorie de genre» (DSM-5) met l'accent sur le vécu des personnes trans et sur les raisons à l'origine de la nécessité d'une transition individualisée. Ainsi, les concepts d'identité sexuelle pathologisants et les recommandations thérapeutiques fixes (test de vie réelle, règle des 2 ans, etc.) sont délaissés.
- L'opération de réassignation sexuelle n'est qu'une étape possible de la transition. Les personnes trans sont contraintes à un suivi médical et parfois psychothérapeutique à vie.
- Les recommandations qui suivent ne peuvent et ne doivent ni être considérées comme une checklist ni comme des procédures standardisées. Les conseils dispensés et le traitement doivent être individualisés.

L'existence de seulement deux genres paraît incontestée dans la logique sociale actuelle. La théorie naïve de l'existence de deux genres nous laisse penser que nous-mêmes et nos patient(e)s\* sommes soit des hommes soit des femmes [1]. Elle suggère que le genre serait figé dès la naissance et qu'il se refléterait sans nul doute dans les organes génitaux visibles. En particulier dans la perspective médico-biologique, le genre est considéré comme quelque chose de naturel, indépendant de la culture et indiscutable: l'homme est un homme parce que dans sa vie extra-utérine, il présente un pénis visible, qui s'est développé durant la vie intra-utérine, parce que l'homme est un homme. Ce raisonnement circulaire a souvent été dénoncé par les spécialistes en sciences humaines [2, 3] et par les personnes avec une variance de genre [4].

La variance de genre survient chez les personnes qui vivent leur identité sexuelle différemment de ce qui est préétabli par le monde extérieur. Il s'agit de personnes qui présentent des caractéristiques d'intersexualité ou personnes trans (autrefois: transsexuelles). Chez ces personnes, le conflit entre les caractéristiques anatomiques innées et le vécu de la sexualité peut se manifester à différents niveaux et dans des proportions dif-

férentes. La variance de genre n'est pas pathologique. Ce phénomène reflète bien plus le fait que l'identité sexuelle, y compris dans le contexte médico-psychiatrique, doit être considérée davantage comme une dimension que comme une catégorie. Lorsque les personnes avec une variance de genre sont victimes d'une pression bio-psycho-sociale importante, au point qu'elles envisagent des mesures de réassignation sexuelle, une valeur pathologique est attribuée – sur le plan médical – à leur souffrance. D'après le DSM-5, un tel état est appelé dysphorie de genre (tab. 1 [5]). Ainsi, les personnes dysphoriques de genre sont non seulement insatisfaites du sexe qui leur a été attribué à la naissance, mais elles en souffrent également et par conséquent, elles recherchent une aide spécifique.

L'expérience clinique et la littérature montrent qu'un traitement (de réassignation sexuelle) adéquat entraîne une réduction considérable de la problématique de dysphorie de genre, une amélioration des éventuelles pathologies psychiatriques et somatiques secondaires et une augmentation de la qualité de vie [6–8]. Etant donné que le traitement de personnes trans se rencontre relativement rarement dans la pratique médicale quotidienne et que la dysphorie de genre remet en cause l'axiome de la nature de l'identité sexuelle, il y avait et il y a toujours un grand besoin d'une démarche standardisée de la part des soignants pour ce groupe de patient(e)s. La World Professional Association for Transgender Health (WPATH; autrefois Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, HBGDA) publie depuis 1979 de telles recommandations thérapeutiques (Standards of Care, SoC), qui fournissent une orientation en matière de conseil et de traitement, à la fois sur le plan psychothérapeutique et médical, pour chaque étape de transition. La dernière version des SoC (SoC7) a été publiée par la WPATH en 2011 [9]. Une version adaptée pour les pays germanophones devrait suivre (état [10]), mais ce processus peut prendre beaucoup de retard. Or, vu que les standards allemands [11] et suisses [12] doivent en parallèle être considérés comme obsolètes

<sup>a</sup> UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

<sup>b</sup> Psychotherapeutische Praxis, Basel

<sup>c</sup> Fachstelle für Aids- und Sexualfragen, St. Gallen

<sup>d</sup> Psychotherapeutische Praxis, Zürich

<sup>e</sup> Psychotherapeutische Praxis, Zürich

<sup>f</sup> Psychotherapeutische Praxis, Zürich

<sup>g</sup> Psychotherapeutische Praxis, Basel

\* Afin de pouvoir représenter les différents sexes et identités sexuelles dans toute leur diversité dans cet article, les formes plurielles sont mises au masculin/féminin (par ex. patient(e)s).



David Garcia

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

pour des raisons cliniques, scientifiques, juridiques et relatives aux droits de l'Homme, une solution intermédiaire est impérativement requise jusqu'à la publication des nouvelles recommandations en langue allemande validées par la Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Ces recommandations intermédiaires ont été rédigées par les auteurs pour le compte de l'équipe spécialisée en dysphorie de genre de l'Hôpital universitaire de Zurich, sur la base de leur expérience clinique et d'une prise en compte (sélective) de la littérature scientifique. L'équipe spécialisée en dysphorie de genre est composée de représentants des cliniques suivantes: clinique de psychiatrie, clinique de chirurgie ORL et faciale, clinique d'endocrinologie de la reproduction, clinique de gynécologie et clinique de chirurgie plastique et de chirurgie de la main.

Le document doit constituer une base de conseil et de traitement pour les personnes présentant une dysphorie de genre en général et pour les personnes trans en

particulier. En raison de la pertinence clinique et de la fréquence de la dysphorie de genre, les recommandations suivantes se concentrent sur les principaux points auxquels il faut veiller lors de la prise en charge médicale de personnes trans. Ces recommandations manophone, il n'existe pas de telles recommandations thérapeutiques pour les enfants et les adolescents présentant une dysphorie de genre, mais dans tous les cas, les recommandations futures devraient également se baser sur le SoC7. Les recommandations qui suivent ne doivent en aucun cas être considérées comme une checklist ni comme des procédures figées – ce qui s'est malheureusement souvent produit par le passé avec d'autres recommandations ou avec les SoC –, car cela rendrait superflue une considération spécifique de l'individu dysphorique de genre. Cela vaut non seulement pour les thérapeutes en charge de la personne dysphorique de genre, mais aussi tout particulièrement pour les représentant(e)s des organismes payeurs et pour les instances juridiques.

### Problématique de la prévalence et étiologie

Avec la notion de dysphorie de genre, la DSM-5 introduit un vaste terme générique, qui abrite un groupe de patient(e)s hétérogène, qui étaient jusqu'alors notamment répartis dans des catégories (qui ne coïncident pas tout à fait) telles que le *trouble de l'identité sexuelle* (DSM-IV) [13] ou le *transsexualisme* (CIM 10) [14]. Ces termes devraient être évités dans la pratique médicale quotidienne en raison de leur caractère normalisant et pathologisant. D'un point de vue épidémiologique, cette difficulté de distinction rend difficile un recensement exact de la population trans, ce qui fait l'objet de discussions controversées dans le milieu spécialisé [15, 16]. En fonction de la définition, du lieu et du moment de mesure, la prévalence de femmes trans (autrefois: transsexuels homme-à-femme) est comprise entre 1:100 000 et 1:1000, tandis que pour les hommes trans (autrefois: transsexuels femme-à-homme), des chiffres compris entre 1:400 000 et 1:2000 sont rapportés dans la littérature [17, 18]. Il n'existe pas de données pour la Suisse. Nous supposons que cette situation concerne plusieurs milliers de personnes. Actuellement, une à deux personnes par semaine se présentent en consulta-

L'expérience clinique et la littérature montrent qu'un traitement (de réassignation sexuelle) adéquat entraîne une réduction considérable de la problématique de dysphorie de genre, une amélioration des éventuelles pathologies psychiatriques et somatiques secondaires et une optimisation de la qualité de vie

tions sont également valables pour les personnes présentant des caractéristiques d'intersexualité, qui ont en plus une dysphorie de genre. Il n'a pas été possible de prendre spécifiquement en compte la situation des personnes avec des caractéristiques d'intersexualité sans dysphorie de genre.

Les recommandations portent uniquement sur la situation des patient(e)s adultes et elles ne sont pas destinées au conseil et au traitement d'enfants et d'adolescents présentant une dysphorie de genre. Dans l'espace ger-

**Tableau 1**

Dysphorie de genre (DSM-5: 302.85).

<b>Critère A</b>	Incongruence marquée entre l'identité sexuelle vécue/expérimentée et l'identité sexuelle assignée (à la naissance), qui dure au minimum 6 mois et se manifeste par au moins deux des caractéristiques suivantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Incongruence marquée entre l'identité sexuelle vécue/expérimentée et les caractères sexuels primaires et/ou secondaires (ou dans le cas d'adolescents: les répercussions anticipées des caractères sexuels secondaires)</li> <li>– Fort désir de se débarrasser des caractères sexuels primaires et/ou secondaires en raison de l'identité sexuelle vécue/expérimentée (ou dans le cas d'adolescents: désir d'empêcher le développement des caractères sexuels secondaires)</li> <li>– Fort désir de posséder les caractères sexuels primaires et/ou secondaires de l'autre genre</li> <li>– Fort désir d'appartenir à l'autre sexe (ou à un autre sexe que celui assigné)</li> <li>– Fort désir d'être traité comme un membre de l'autre sexe (ou d'un autre sexe que celui assigné)</li> <li>– Conviction puissante et figée que l'on éprouve/présente les sensations et réactions typiques de l'autre sexe (ou d'un autre sexe que celui assigné)</li> </ul>
<b>Critère B</b>	L'état est associé à une souffrance cliniquement pertinente ou à une altération au niveau des domaines fonctionnels sociaux, professionnels ou autres. Ou: l'état est associé à une probabilité nettement accrue de développer une telle souffrance ou une telle altération de domaines fonctionnels
<b>Sous-types</b>	– Avec trouble du développement sexuel – Sans trouble du développement sexuel
<b>Caractérisation supplémentaire</b>	– Dysphorie de genre en transition – Dysphorie de genre post-transition

tion à l'Hôpital universitaire de Zurich pour une dysphorie de genre.

Les facteurs qui ont une influence sur la variance de genre et contribuent à la survenue d'une dysphorie de genre sont jusqu'à présent largement inconnus. Il existe certes toujours des études qui trouvent des différences au niveau génétique [19], structurel cérébral [20, 21], fonctionnel cérébral [22, 23] ou endocrinien [24] entre les personnes trans et les personnes non-trans. Toutefois, bon nombre de ces études présentent des déficits scientifico-théoriques et/ou méthodologiques considérables et elles n'ont en partie pas pu être reproduites [25–27]. Sur le plan psychodynamique, il existe différentes théories qui estiment que les causes de la dysphorie de genre résident dans des anomalies au niveau de la relation entre la personne touchée et sa mère, son père ou ses deux parents [28–31] ou qui considèrent la transidentité comme le symptôme d'un trouble psychotique [32]. A défaut de fondement empirique, ces approches doivent uniquement être considérées comme des hypothèses contribuant à la compréhension du phénomène complexe de dysphorie de genre [33].

### Première présentation de personnes trans

Les voies d'intégration des personnes trans dans le système médical sont aussi variées que les patient(e)s eux-mêmes. En règle générale, se confier sur le mal-être qu'elle éprouve vis-à-vis de son sexe de naissance représente un effort monumental pour la personne dysphorique de genre. Lorsque ces personnes abordent pour la première fois leur dysphorie de genre au cabinet médical, cela doit être interprété comme une marque de confiance vis-à-vis du professionnel de la santé. Ainsi, il n'est guère étonnant que bon nombre de ces personnes en parlent d'abord à des médecins de premiers recours. Les collègues de médecine somatique doivent dès lors

**Il ne faut jamais adresser sous la contrainte les personnes trans à un psychothérapeute formé**

être encouragés à aborder la thématique de la dysphorie de genre. La souffrance des personnes trans peut être considérablement réduite lorsqu'elles bénéficient d'une attitude valorisante, ouverte, dès la consultation au cabinet médical [34]. Inutile de souligner qu'il ne faut jamais adresser sous la contrainte les personnes trans à un psychothérapeute formé. Le diagnostic, les conseils et/ou la prise en charge de la dysphorie de genre (et des éventuelles pathologies secondaires) par des psychiatres et psychologues spécialisés constituent une option qui peut uniquement aboutir à des résultats concluants si la personne trans elle-même est convaincue du bien-fondé de cette démarche.

Lors du premier entretien, le récit peut par exemple se concentrer sur le décalage qui s'est esquissé dès la jeune enfance entre les caractéristiques anatomiques innées et l'identité sexuelle. Toutefois, le conflit de dysphorie de genre peut aussi gagner du terrain au cours de la vie. En tant que phénomène biographique-psychologique, chaque variante d'identité sexuelle, qu'elle soit

trans ou non, est ancrée dans le vécu subjectif. Il n'est possible ni d'interrompre ce développement identitaire ni d'influencer le positionnement identitaire sur le continuum des genres. A cet égard, les personnes trans traversent une évolution complexe car parallèlement à la formation irrémédiable de leur identité sexuelle, elles doivent constater que le corps développe des caractéristiques sexuelles qui n'y correspondent pas. Dans certains cas, ce processus de prise de conscience peut amener les personnes trans à vouloir élucider les causes à l'origine de ce mal-être au niveau du vécu de l'identité sexuelle; dans d'autres cas, les personnes trans recherchent un soutien lors d'une transition qui se profile déjà. Par ailleurs, il y a des situations dans lesquelles il ne faut pas soutenir uniquement des personnes individuelles mais des systèmes sociaux entiers (parents, couples, enfants, etc.) [35]. Quelle que soit la mission à accomplir, les professionnels chargés d'accompagner et de

**Une dysphorie de genre peut être présente et être plus ou moins marquée indépendamment de la nécessité ou du souhait de recourir à des mesures médicales de réassignation sexuelle**

traiter les personnes trans devraient prendre conscience qu'il existe une différence entre l'identité sexuelle et la préférence/orientation sexuelle [36] et qu'il existe de multiples manières non pathologiques de vivre et de forger son identité sexuelle. Les professionnels de la santé devraient également avoir conscience des difficultés pathogènes auxquelles sont confrontées les personnes avec une variance de genre en vivant dans une société où règne le concept de binarité des genres.

### Processus diagnostique

En tant que phénomène intrapsychique, la dysphorie de genre est infalsifiable et elle constitue un autodiagnostic. Ainsi, il peut être frustrant de restreindre le processus diagnostique à la seule question de l'existence «réelle» d'une dysphorie de genre. C'est uniquement en se basant sur sa propre appréciation qu'une personne trans peut caractériser son identité sexuelle et la tourner qu'elle souhaite lui donner (perspective transversale). Une dysphorie de genre peut être présente et être plus ou moins marquée indépendamment de la nécessité ou du souhait de recourir à des mesures médicales de réassignation sexuelle. Pour cette raison, après la constatation d'une dysphorie de genre, le processus diagnostique devrait se concentrer sur les indications des personnes trans concernant la durée et la persistance des symptômes de dysphorie de genre (perspective longitudinale). Lorsqu'un trouble est révélé, son ampleur doit être évaluée et le contexte situationnel doit être précisément décrit. Il convient également d'explorer et de décrire les facteurs déclenchants, les facteurs de maintien du trouble et les facteurs aggravants, ainsi que les relations psychodynamiques. Il ne faut pas seulement interroger la personne sur les déficits potentiels, mais également sur ses ressources, sur les stratégies efficaces et sur son éventuel souhait de recourir à

des interventions de réassignation sexuelle. Si elle envisage de recourir à des mesures médicales de réassignation sexuelle, il convient de l'informer dès les premiers stades du processus diagnostique au sujet des possibilités et des limites de telles mesures. Ces informations ne peuvent toutefois pas remplacer les explications spécialisées dispensées par les spécialistes compétents.

Ce processus s'étale sur plusieurs consultations. Il est ainsi possible d'atteindre les objectifs mentionnés en déterminant de manière fondée le niveau de souffrance actuel et la souffrance passée éventuelle, l'état psychique, l'anamnèse sociale pertinente pour la dysphorie de genre et le développement psychosexuel de la

personne. Le diagnostic de dysphorie de genre peut être considéré comme suffisamment sûr lorsque le professionnel de santé a l'impression fondée que les critères DSM-5 sont remplis (tab. 1). Le diagnostic ne repose pas nécessairement sur un nombre minimal de consultations ou sur le critère diagnostique de temps (6 mois). Il relève de l'appréciation du professionnel de santé de raccourcir, en fonction des circonstances, la durée d'observation jusqu'à confirmation du diagnostic. La durée d'observation peut notamment être raccourcie lorsqu'à côté de l'exploration, au moins l'un des critères suivants est rempli ou était déjà rempli avant la consultation du professionnel de santé (tab. 2 ↩). Les critères reposent sur des informations biographiques, qui doivent être exposées de manière plausible par les personnes trans (ou leur entourage) (tab. 3 ↩).

### Diagnostic différentiel et autres considérations (psychiatriques)

Un diagnostic différentiel minutieux et basé sur le processus est nécessaire afin de pouvoir émettre des recommandations bien fondées sur les mesures médicales de réassignation sexuelle, qui soient adaptées à l'individu et modulables. Le diagnostic fournit la base permettant de déterminer si la personne trans est suffisamment stable sur le plan psychique et social pour une transition. Les personnes

**Chez les personnes trans en âge de procréer, il faut tout particulièrement clarifier la question d'un désir d'enfant**

trans sont particulièrement hétérogènes en ce qui concerne leurs structures de personnalité, leurs caractéristiques psychosociales et leur orientation/préférence sexuelle. Pour cette raison, il convient de réaliser un diagnostic différentiel afin de distinguer une dysphorie de genre d'une réaction ou d'un vécu secondaire dans le cadre de différents phénomènes (tab. 4 ↩). En présence de comorbidités psychiatriques, il convient d'observer leurs relations temporelles, causales et psychodynamiques. Si une personne trans présente des symptômes psychopathologiques cliniquement pertinents, l'initiation d'un traitement psychothérapeutique et/ou psychopharmacologique doit être envisagée. Ces étapes ne remplacent pas la transition et elles peuvent, en fonction de la situation, être conduites parallèlement à la transition.

Le contexte psychosocial de la personne trans constitue un autre aspect essentiel qui doit être évalué. L'initiation de mesures de réassignation peut notamment constituer une étape déterminante dans le cadre d'une transition. Il faut tout particulièrement veiller à une planification individuelle minutieuse des étapes (par ex. coming out sur le lieu de travail, auprès des parents, etc.). Cette planification est simplifiée par l'existence d'une base psychosociale solide. En l'absence d'une telle base, pour des raisons précisément liées à la dysphorie de genre, il est primordial – en fonction de la priorité de la personne trans – de la soutenir à cet égard. Il convient de prendre contact avec les personnes/instances à l'origine de conflits (parents, école,

**Tableau 2**

Aspects biographiques de variance de genre souvent cités dans le cadre d'une dysphorie de genre.

- Sentiment d'être différent, qui ne peut pas être exprimé par des mots ou catégorisé
- Intérêts et comportement de jeu non conformes au sexe en tant qu'enfant/adolescent (y compris travestissement)
- Soulagement lors des possibilités épisodiques d'expérimenter le rôle sexuel vécu
- Conflits avec l'entourage en raison de comportements non conformes au sexe
- Retrait social dans un monde imaginaire
- Crises de puberté (allant jusqu'à des troubles psychiatriques nécessitant un traitement)
- Difficultés à se regarder nu allant jusqu'à des sensations de dégoût vis-à-vis des caractères sexuels innés
- Fantasmes sexuels dans le sexe d'identification
- Haine des caractéristiques corporelles du sexe de naissance (y compris automutilations)
- Comportement anorexique passager dont l'objectif est de conserver des caractéristiques physiques asexuées
- Restriction des pensées à la problématique de l'identité sexuelle
- Pression d'adaptation élevée, qui a empêché un changement de rôle sexuel par le passé

**Tableau 3**

Indices suggérant une dysphorie de genre présente de longue date.

- Dans la sphère privée, phases et/ou épisodes durant lesquels la personne se présente dans le rôle vécu conforme à son identité sexuelle, tandis qu'elle continue à vivre son sexe de naissance dans la sphère professionnelle ou publique («double vie»); la personne se sent mieux lorsqu'elle adopte le rôle sexuel vécu que lorsqu'elle vit avec son sexe de naissance
- Changement de rôle conforme à l'identité sexuelle complètement achevé sur une longue période, à la fois dans la sphère privée et publique, avec un bien-être subjectif
- Efforts substantiels déployés pour dissimuler les caractères sexuels primaires malgré les douleurs (par ex. bandage des seins ou fixation du pénis avec des pansements)
- Souffrance se manifestant sous forme d'autres troubles psychiatriques, qui sont très probablement liés directement et/ou indirectement à la dysphorie de genre
- Interventions et/ou opérations esthétiques irréversibles dont l'objectif est de faire correspondre l'apparence extérieure et le sexe d'identification
- Mise en œuvre de mesures de réassignation sexuelle partiellement réversibles (par ex. prise de préparations hormonales de la propre initiative de la personne) sur une période prolongée avec l'objectif de faire correspondre l'apparence extérieure et le sexe d'identification
- Découverte par des tiers de traitements préalables pour une dysphorie de genre
- Témoignages de membres de la famille ou d'autres proches qui suggèrent une dysphorie de genre

**Tableau 4**

Affections à considérer pour le diagnostic différentiel lors de l'évaluation d'une dysphorie de genre.

– Méconnaissance de l'identité sexuelle dans le cadre des symptômes aigus d'une maladie psychotique
– Diffusion de l'identité et des rôles dans le cadre de troubles sévères de la personnalité
– Homosexualité égodystonique
– Confusion identitaire dans le cadre d'une dissociation structurelle
– Travestissement (fétichiste et non-fétichiste) isolé
– Trouble identitaire de l'intégrité corporelle, dont les symptômes se concentrent sur des caractères sexuels primaires et/ou secondaires
– Incertitudes vis-à-vis de l'identité sexuelle dans le cadre de crises existentielles (par ex. adolescence)

travail, administration, etc.) afin de pouvoir clarifier les malentendus concernant la transition et les comportements transphobes de la part de l'environnement. Les personnes dysphoriques de genre doivent être encouragées à prendre contact avec d'autres personnes trans (par ex. via [www.tgns.ch](http://www.tgns.ch)) et à lire de la littérature spécifique. Dans certains cas, les symptômes de la sphère psychique et sociale sont étroitement liés, de sorte qu'un traitement concomitant des deux problèmes est pertinent. Toutefois, dans certains cas, il peut aussi être nécessaire de donner la priorité aux mesures sociales (par ex. quitter un environnement transphobe).

### Fin des évaluations diagnostiques et planification de la transition

La planification de la transition ne doit pas uniquement se limiter à l'évaluation psychothérapeutique et psychosociale complexe. Les objectifs et la durée sur laquelle les différentes étapes doivent être mises en œuvre sont des facteurs essentiels pour la suite du traitement. Les patient(e)s devraient exprimer leurs attentes à cet égard.

**Avec l'approche proposée dans cet article, les anciens concepts rigides (par ex. test de vie réelle d'un an) et les anciens délais figés (par ex. délai de 2 ans avant l'opération) sont délaissés**

Il convient de dresser une liste des mesures souhaitées par les personnes trans et de leur ordre de succession dans le temps. Chez les personnes trans en âge de procréer, il faut tout particulièrement clarifier la question d'un désir d'enfant. La question de savoir si un désir d'enfant peut être satisfait dans le contexte de la dysphorie de genre doit être abordée et clarifiée précocement avec les spécialistes compétents (gynécologie, urologie, médecine de la reproduction).

Les attentes (parfois très importantes) des personnes trans vis-à-vis des résultats des interventions médicales doivent être nuancées avec des pronostics réalistes.

Ainsi, il est déjà possible à ce stade de prendre une décision adéquate, réaliste et conforme aux principes du consentement éclairé. Il s'agit là de la dernière étape avant que la personne trans puisse être adressée à d'autres collègues. Parfois, cette étape est appelée «délivrance d'une expertise» (pour le traitement hormonal, l'opération, etc.). Il convient toutefois de préciser que l'évaluation fondée d'une dysphorie de genre et l'élaboration d'un plan de transition parfois complexe nécessitent certes une expertise spécifique, mais que l'évaluation qui en résulte ne remplit pas les critères d'une expertise, ne serait-ce que pour des raisons formelles. Nommer ces étapes «expertises» ne fait pas sens: les personnes trans sont des patient(e)s qui ont besoin d'une prise en charge médico-psychiatrique en raison de symptômes reconnus. Elles ne se situent pas dans un contexte de droit civil ou de droit pénal et elles ne doivent dès lors pas être évaluées comme telles par les professionnels concernés.

Il convient de mentionner expressément qu'avec l'approche proposée dans cet article, les anciens concepts rigides (par ex. test de vie réelle d'un an) et les anciens délais figés (par ex. délai de 2 ans avant l'opération) sont délaissés. Il n'est plus question de suivre à la lettre un processus standardisé mais d'accompagner de manière individualisée les personnes trans. Dans certaines situations, il peut être pertinent, en tant que thérapeute d'une

**L'opération de réassignation sexuelle ne constitue pas le point final d'une transition, même si, bien souvent, l'opération est sans nul doute l'une des principales étapes**

personne dysphorique de genre, d'encourager la personne à expérimenter le rôle sexuel vécu (au sens d'un «test de vie réelle»). Dans d'autres, les représentations temporelles que se font les patient(e)s vis-à-vis de la transition coïncident mal avec l'évaluation du thérapeute, ce qui en soi conduira déjà à des reports temporels. Ces situations doivent être abordées individuellement et résolues sans recourir à l'instrument abstrait et généralisant des SoC.

L'équipe spécialisée en dysphorie de genre privilégie un concept psychothérapeutique double: l'équipe de psychiatrie interne à l'hôpital se charge de l'évaluation diagnostique d'une éventuelle dysphorie de genre et de l'accompagnement des patient(e)s lors du processus de transition qui s'en suit, tandis que l'accompagnement/encadrement psychothérapeutique au sens propre est assuré par une instance externe à l'hôpital (psychothérapeute ambulatoire, service de psychiatrie ambulatoire, etc.). Dans certains cas exceptionnels, l'Hôpital universitaire de Zurich peut toutefois se charger totalement de l'accompagnement d'une transition. En cas d'absence de troubles cliniquement pertinents mais que la transition a des conséquences sociales négatives (par ex. perte d'emploi), un accompagnement psychothérapeutique ambulatoire est recommandé. Toutefois, cet accompagnement n'est en aucun cas obligatoire et il ne constitue absolument pas un prérequis pour les étapes de transition ultérieures.

## Fin du suivi

En fonction des individus et du plan de transition, l'intensité de l'accompagnement et du traitement sera variable. Les personnes trans avec des évolutions plus complexes devront être suivies plus intensivement, tandis que les personnes trans avec des évolutions non compliquées peuvent également être suivies à des intervalles de plusieurs mois. Durant cette phase, les étapes intermédiaires de la réassignation sexuelle doivent être évaluées une par une mais également dans leur ensemble. Si le soulagement escompté vis-à-vis de la dysphorie de genre ne devait pas avoir lieu, les facteurs qui en sont responsables devraient être examinés précisément. Il convient tout particulièrement de faire la distinction entre les facteurs intrinsèques (ambivalence vis-à-vis de la dysphorie de genre, déception suite aux résultats de l'intervention, etc.) et les facteurs extrinsèques (rejet de la part de l'entourage, expériences de discrimination, etc.). Si les étapes accomplies sont profitables aux personnes trans, les interventions suivantes peuvent être envisagées conformément au plan. En particulier lorsque des mesures chirurgicales sont indiquées, il convient de prendre contact précocement avec les organismes payeurs. Dans le domaine opératoire, il n'existe pas d'ordre de succession correct et préétabli des interventions. Là aussi, il est nécessaire de clarifier avec la personne trans quelles interventions devraient pouvoir conduire à une amélioration de la dysphorie de genre.

L'opération de réassignation sexuelle ne constitue pas le point final d'une transition, même si, bien souvent, l'opération est sans nul doute l'une des principales étapes et que de nombreuses personnes trans la définissent comme le but ultime dans le cadre du plan de transition. Les personnes trans sont contraintes à un suivi médical à vie (traitement hormonal, contrôles chirurgicaux/gynécologiques). Néanmoins, bon nombre de personnes trans ne souhaitent plus être suivies sur le plan psychothérapeutique à l'issue des interventions chirurgicales, ce qui doit d'une façon générale être respecté. L'équipe spécialisée en dysphorie de genre préconise tout de même un suivi psychothérapeutique, en particulier dans les (rares) cas où il est constaté que les interventions chirurgicales n'ont pas produit l'amélioration

escomptée de la dysphorie de genre. Dans les cas où l'intervention chirurgicale prend une tournure complexe (en raison de complications inattendues), les chirurgiens et l'équipe accompagnant la transition devraient collaborer étroitement jusqu'à l'obtention d'une situation satisfaisante pour la personne trans.

Pour conclure, il convient de déplorer des lacunes considérables dans le système médical actuel en ce qui concerne le conseil, le traitement et le suivi des personnes présentant une dysphorie de genre. La population trans ne bénéficie pas d'une prise en charge médicale et thérapeutique suffisante. Les auteurs espèrent que ces recommandations contribueront à atténuer ces déficits.

---

### Remerciements

Les auteurs remercient les experts suivants pour leur travail de conseil: Dr Flitsch, dipl. psych. Hannes Rudolph, KD Dr D. Pauli, Alecs Recher, MLaw, lic. phil. Martina Sturzenegger, Dr B. Zwinggi.

---

### Correspondance:

Dr David Garcia  
 UniversitätsSpital Zürich  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Culmannstrasse 8  
 CH-8091 Zürich  
[david.garcia\[at\]usz.ch](mailto:david.garcia[at]usz.ch)

---

### Références recommandées

- Fausto-Sterling A. Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic Books; 2000.
- Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and metaanalysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*. 2010;72(2):214–31.
- Sutcliffe PA, Dixon S, Akehurst RL, Wilkinson A, Shippam A, White S, et al. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*. 2009;62(3):294–306.
- Coleman E, Bockting WO, Botzer M, Cohen-Kettenis PT, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(4):165–232.
- Rauchfleisch U. Anne wird Tom – Klaus wird Lara. *Transidentität/ Transsexualität verstehen*. Ostfildern: Patmos; 2013.
- Rauchfleisch U. *Transsexualität-Transidentität*: Vandenhoeck & Ruprecht; 2006.
- Garcia Nuñez D, Jaeger M. Die sexuelle Gretchenfrage: Homo- und bisexuelle Menschen im ärztlichem Setting. *Swiss Medical Forum*. 2011;11(12):213–7.

La liste des références est disponible sous [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).