

Sexe, genre et identité de genre : une réévaluation des preuves

Lucy Griffin,¹ Katie Clyde,² Richard Byng,³ Susan Bewley⁴

BJPsych Bulletin (2020) Page 1 de 9, doi:10.1192/bjb.2020.73

¹Priority Hospital Bristol, Bristol, Royaume-Uni ;

²Southern Health NHS Foundation Trust, Hampshire, Royaume-Uni ; ³Faculté de santé, Université de Plymouth, Royaume-Uni ; ⁴Département de la santé des femmes et des enfants, King's College London, Royaume-Uni.

Correspondance avec Lucy Griffin
(drlucygriffin@outlook.com)

Première réception le 23 décembre 2019, révision finale le 28 mai 2020, accepté le 5 juin 2020.

© The Authors 2020. Il s'agit d'un article en accès libre, distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), qui permet la réutilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que l'œuvre originale soit correctement citée.

Résumé Au cours de la dernière décennie, on a assisté à une augmentation rapide de la diversité de genre, en particulier chez les enfants et les jeunes, avec une augmentation des références aux cliniques spécialisées dans le genre. Dans cet article, la terminologie évolutive autour de la santé transgenre est considérée et le rôle de la psychiatrie est exploré maintenant que cette condition n'est plus classifiée comme une maladie mentale. Le concept de thérapie de conversion en référence aux identités de genre alternatives est examiné de manière critique et en référence à la relation historique de la psychiatrie avec la thérapie de conversion pour l'homosexualité. Les auteurs considèrent les incertitudes auxquelles sont confrontés les cliniciens face à quelque chose qui n'est plus un trouble ni une maladie mentale et pour lequel pourtant des interventions médicales sont fréquemment recherchées et dans lequel les comorbidités de santé mentale sont courantes.

Mots clés Troubles de l'identité sexuelle et du genre ; éthique ; comorbidité ; phénoménologie ; consentement et capacité.

En 2018, le Collège royal des psychiatres (RCPsych) a publié une prise de position visant à promouvoir les bons soins lors de la prise en charge des personnes transgenres et diversifiées du point de vue du genre, qui concerne la "thérapie de conversion".¹ Dans cet article, nous réévaluons la phénoménologie de l'identité de genre, opposons les "traitements" de l'homosexualité à ceux de la non-conformité de genre, analyse la relation entre la dysphorie de genre et les troubles mentaux avec une référence particulière à la cohorte plus jeune de patients transgenres, et demandons comment les psychiatres peuvent aborder la détresse liée au genre tout en respectant le principe central de "first do no harm" (primum non nocere).

Homosexualité et thérapie de conversion

L'homosexualité masculine a été interdite au Royaume-Uni en 1865 jusqu'à ce que la loi sur les offenses sexuelles de 1967 décriminalise les actes sexuels entre hommes. Pendant cette période, l'homosexualité était honteuse, stigmatisée et conceptualisée comme un trouble mental. La psychiatrie a joué un rôle déterminant dans son traitement, qui s'est poursuivi même après le changement juridique.²

Les tentatives de "guérison" du désir homosexuel comprenaient la psychothérapie, le traitement hormonal et diverses interventions comportementales. Ces interventions sont aujourd'hui considérées comme des thérapies de "conversion" ou de "réparation".³ Un échec très profane de ces "traitements" est celui d'Alan Turing. Après avoir été reconnu coupable de grossière indécence en 1951, on lui a prescrit des œstrogènes, qui l'ont rendu impotent et ont provoqué une gynécomastie. Il est mort par suicide en 1954.⁴

Les thérapies de conversion ont perdu de leur popularité avec l'apparition de preuves de leur inefficacité⁵,

ainsi qu'avec le développement des attitudes sociales tolérantes. L'homosexualité a été retirée de la classification CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1992. En 2014, le RCPsych a publié un état de position- ment rejetant explicitement la thérapie de conversion et soutenant une interdiction.⁶ L'orientation vers le même sexe est considérée comme une variation normale et acceptable de la sexualité humaine.

Consacrés par la loi sur l'égalité de 2010, les lesbiennes et les gays du Royaume-Uni jouissent désormais des mêmes droits civils que les hétérosexuels en termes de soins de santé, de mariage et d'éducation des enfants, et d'égalité d'emploi. Bien qu'ils bénéficient d'un statut égal et d'une visibilité accrue dans la plupart des sociétés occidentales, il reste des pays et des cultures où la pratique du même sexe est taboue ou criminelle, et où les gens cherchent encore à se faire soigner.

Au-delà de l'orientation sexuelle

Ces dernières années, des liens de plus en plus étroits se sont tissés entre les communautés lesbiennes et gays et celles représentant d'autres identités de genre. Stonewall décrit "toute personne dont l'expression du genre n'est pas conforme aux idées conventionnelles de l'homme ou de la femme" comme relevant du terme générique "trans".⁷ Les définitions ont évolué au-delà de celles incluses dans la CIM-10 de 1992 sous la rubrique "troubles de l'identité sexuelle", avec laquelle les psychiatres peuvent être familiers.⁸ Le transsexualisme a été largement compris comme signifiant "un désir de vivre et d'être accepté comme un membre du sexe opposé, et un malaise accompagné de son sexe anatomique". Les mécanismes sous-jacents sont mal compris, bien qu'il existe des similitudes et des chevauchements avec la dysmorphie corporelle et le trouble identitaire d'intégrité

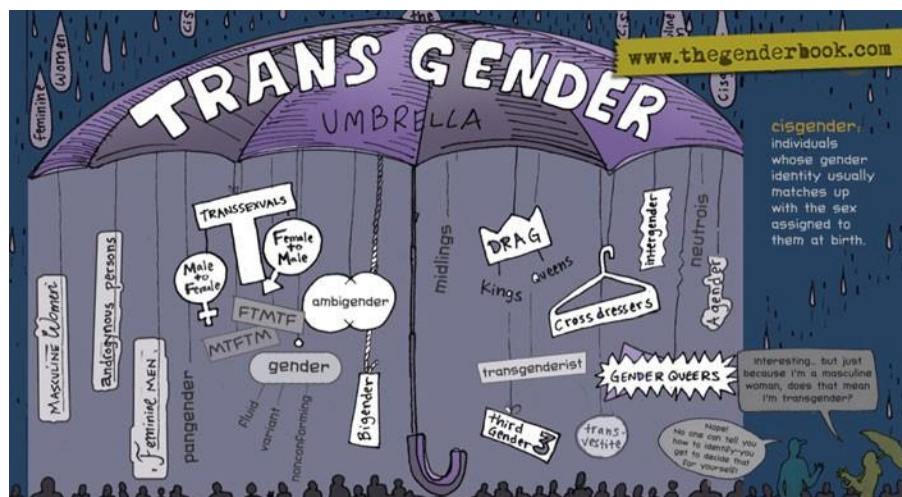


Fig. 1 Une page de *The Gender Book 12* (reproduite avec l'autorisation de www.thegenderbook.com).

du corps.^{9,10} Les patients pourraient se lancer dans une intervention sociale et médicale pour les aider à "passer" pour le sexe opposé. Historiquement, un diagnostic de dysphorie de genre aurait été nécessaire pour que les médecins puissent intervenir auprès de ce groupe.¹¹

L'identité transgenre, cependant, est devenue une catégorie beaucoup plus large (Fig1). La nouvelle terminologie reflète un changement conceptuel du trouble clinique à l'identité personnelle.¹² De manière cruciale, la dysphorie de genre ne fait plus partie intégrante de la condition. L'Organisation mondiale de la santé a renommé le "trouble de l'identité de genre" en "incongruence de genre" et l'a reclassifié en tant que "condition liée à la santé sexuelle" plutôt que de le conserver dans le chapitre relatif aux "troubles mentaux et comportementaux",¹³.

Un placement quelque peu discordant, reflétant plus un processus décisionnel politique que scientifique.

En revanche, le DSM-5 a supprimé le "trouble de l'identité de genre" et l'a renommé "dysphorie de genre". Il est possible de répondre aux critères de diagnostic de la dysphorie de genre dans le DSM-5 sans éprouver de dysphorie corporelle liée aux caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires,¹⁴ et l'American Psychiatric Association souligne que "toutes les personnes transgenres ne souffrent pas de dysphorie de genre".¹⁵

Ce qui suit est extrait de la CIM-11:¹⁶ de 2018.

L'incongruence de genre dans l'enfance se caractérise par une incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé d'un individu et le sexe assigné chez les enfants prépubères. Elle comprend un fort désir d'être d'un sexe différent de celui qui a été assigné ; une forte aversion de la part de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou ses caractéristiques sexuelles secondaires anticipées et/ou un fort désir pour les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires anticipées qui correspondent au sexe vécu ; et des jeux d'imagination ou de fantaisie, des jouets, des jeux ou des activités et des camarades de jeu qui sont typiques du sexe vécu plutôt que du sexe assigné.'

Les définitions sont inadéquates pour expliquer comment quelqu'un fait l'expérience du genre du sexe opposé. Sans autre explication sur les "jouets, jeux ou activités" qui sont typiques de chaque sexe, c'est aux parents, aux enseignants et aux médecins de le déterminer. On pourrait en déduire que les comportements conformes au genre ont une certaine existence objective et que le fait de ne pas les remplir pourrait indiquer une identité "trans". Les enfants qui ne se conforment pas aux normes et attentes sociales en viennent à détester leurs caractéristiques sexuelles : cette incarnation de leur dissonance de genre.

Il n'y a pas de consensus démontré quant à la nature exacte de l'affection. Des questions demeurent pour les psychiatres quant à savoir si la dysphorie de genre est une variante normale de l'expression du genre, une construction sociale, une maladie médicale ou une maladie mentale. S'il s'agit simplement d'une variation naturelle, il devient difficile d'identifier le but ou la justification de la médicalisation.

Thérapie de conversion relative au genre

Le RCPsych décrit, dans sa prise de position, les "traitements destinés aux personnes transgenres qui visent à renforcer ou à détourner leur identité de genre, c'est-à-dire à les amener à s'identifier exclusivement au sexe qui leur a été assigné au moment de la naissance".¹ La thérapie de conversion est décrite comme toute approche qui vise à persuader les personnes transgenres d'accepter leur sexe assigné à la naissance. Il s'agit également de « placer des barrières [à] la transition médicale ».

Malheureusement, l'énoncé ne définit pas "l'approche" au-delà de l'allusion aux thérapies parlantes psychanalytiques ou comportementales. Ainsi, la thérapie de conversion pour les personnes transgenres semble conflatée à celle de l'homo- sexualité. De plus, il y a peu de preuves qu'elle ait lieu au Royaume-Uni.¹⁷ Historiquement, un diagnostic de dysphorie de genre était requis avant toute intervention médicale ;¹⁰ il s'agit d'une partie du contrôle d'accès standard qui est maintenant critiqué comme une "barrière" au lieu d'une pratique médicale sûre régulière. Aujourd'hui, l'autodéclaration d'être "trans" semble être une indication suffisante pour qu'un patient puisse s'attendre à ce que son médecin lui fournisse une série de traitements médicaux complexes, sans qu'aucune preuve de dysphorie ne soit requise.¹⁸

La prise de position¹ pourrait également être lue comme suggérant qu'une transition médicale complète est un objectif ultime chez les patients de sexe différent, plutôt que d'envisager un éventail d'objectifs possibles, qui pourraient inclure des interventions limitées ou la réconciliation avec son propre corps (sexué). En ce qui concerne la thérapie de conversion chez les enfants, la déclaration ne fait pas référence à la désistance ; les preuves suggèrent que la majorité des enfants laissés seuls réconcilient leur identité avec leur sexe biologique ; les sentiments de 60 à 80% des enfants ayant reçu un diagnostic formel de dysphorie de genre disparaissent à l'adolescence.

19-21

Définitions du sexe, du genre et de l'identité de genre.

Les théoriciens du genre proposent que toutes les personnes doivent avoir une identité de genre ; on ne peut y renoncer. Pour les personnes dont l'identité interne correspond à leur sexe, on utilise le mot cisgenre et la terminologie "cis". Les personnes dont l'identité est entièrement celle du sexe opposé sont décrites comme transgenres ou "trans". Cependant, il existe d'autres identités pour ceux dont le sens interne se situe quelque part entre ou en dehors d'un fit net dans l'une ou l'autre des catégories binaires de genre. La fluidité et la fluctuation de l'identité de genre sont également reconnues, avec des catégories telles que "non binaire", "gender-fluid", "genderqueer", "pangender" et "gender- fuck", toutes enregistrées par les cliniciens du service britannique de développement de l'identité de genre (GIDS) pour les moins de 18 ans.²² Le site de réseau social Tumblr décrit actuellement plus de 100 genres différents.²³ Sans une identification masculine ou féminine forte, "agender" devient lui-même une autre identité de genre.

Certains considèrent que l'identité de genre est fixée et absolue, certains neuroscientifiques affirmant qu'elle se développe *in utero* dans le cerveau du deuxième trimestre.^{24,25} Cependant, il n'existe que peu ou pas de preuves convaincantes pour soutenir les différences fondamentales entre les cerveaux des femmes et des hommes.²⁶ Si le "sentiment interne d'être un homme ou une femme" d'une personne ne fait plus référence à un "homme" ou une "femme" tel que défini par le sexe biologique²⁷, alors la définition de l'identité de genre risque de devenir circulaire.

Dans le cadre des débats actuels, si l'identité de genre est dissociée à la fois du sexe biologique et de la socialisation genrée (encadré 1), elle acquiert une qualité intangible semblable à une âme ou à un esprit.

Encadré 1. Sexe, genre et identité de genre

Sexe L'être humain est sexuellement dimorphe : il n'existe que deux gamètes viables et deux sexes, dont les caractéristiques sexuelles primaires et secondaires déterminent le rôle qu'ils jouent dans la reproduction humaine. Le sexe est déterminé lors de la fécondation et révélé à la naissance ou, de plus en plus, *in utero* L'existence de "troubles (différentiels) de la différenciation sexuelle", rares et bien décrits, ne remet pas en cause le caractère binaire du sexe. L'expression "assigné à la naissance" suggère une attribution éventuellement arbitraire par un professionnel de la santé, plutôt que le produit observé de la reproduction sexuelle.

Genre Le genre décrit un système social qui varie dans le temps et dans l'espace et implique le façonnement d'un ensemble de comportements jugés appropriés pour le sexe de la personne. Ce système fonctionne à un niveau inconscient par le biais de normes sociales fortes, mais il est également appliqué de manière rigide par des contrôles coercitifs et parfois par la violence. Les "règles" existent indépendamment de la façon dont les individus les ressentent. Le genre peut donc être perçu comme oppressif et potentiellement douloureux pour toutes les personnes des deux sexes au sein des sociétés patriarcales, la forme dominante de structure sociale dans la plupart des pays du monde, mais pas dans tous. Selon la théorie féministe, le genre fonctionne comme une hiérarchie, les hommes occupant la position supérieure et les femmes la position subordonnée. Tant que cette hiérarchie existe, toutes les femmes sont lésées dans une certaine mesure, qu'elles se conforment ou non à leurs stéréotypes sexuels.¹⁹

Identité de genre Si le sexe fait référence à la biologie, et le genre à la socialisation et au rôle, l'identité de genre peut être considérée comme l'aspect psychologique. L'American Psychological Association la définit comme "le sentiment interne d'une personne d'être un homme ou une femme".²⁰ L'identité de genre se distingue donc du sexe biologique et des socialisations genrées.²¹

"essence". En tant qu'expérience subjective pure, elle peut être écrasante et puissante, mais elle est aussi invérifiable et inaltérable. Si cette identité est considérée comme le concept de soi le plus intime d'une personne, alors remettre en question l'existence même de l'identité de genre revient à remettre en question l'ensemble du sentiment d'être de cette personne, et risque donc d'être considéré comme une menace au droit d'exister, voire comme une menace de mort. Les comportements tels que le "misgendering" ou le "dead-naming" sont compris par les partisans de la théorie du genre comme étant destructeurs, avilissants et déshumanisants.²⁸ Cela pourrait expliquer pourquoi le discours dominant est devenu aussi sensible et parfois inflammatoire.

Néanmoins, les notions d'identité de genre sont toujours contestées et soulèvent certaines questions éthiques pour les professionnels qui travaillent à l'interface des troubles physiques et mentaux. La plupart des psychiatres rejettent le dualisme cartésien, selon lequel l'esprit est quelque chose d'emprisonné dans le corps, ou le "fantôme dans la machine".²⁹ Comment les médecins doivent-ils considérer le corps ? Nous naissons et mourons en tant que corps ; nous *sommes* notre corps. Comment quelqu'un peut-il naître dans un mauvais corps ? De nombreux patients apportent à leur médecin un corps "mauvais" ou "lésé" ; il peut s'agir de corps traumatisés, blessés, malades ou mal aimés. Comment les médecins doivent-ils réagir lorsqu'une personne les informe que, bien qu'elle habite le corps d'un homme, elle est à tous autres égards une femme ? Nous devons traiter tous nos patients avec compassion, mais aussi prendre des décisions médicales sûres lorsque la réalité matérielle démontrable est en contradiction avec la subjectivité d'un patient.

Enfants et adolescents

Le Gender Identity Development Service (GIDS), le seul service britannique spécialisé dans les questions de genre pour les enfants et les adolescents, basé au Tavistock Centre de Londres, a enregistré une multiplication par 25 du nombre de demandes depuis 2009, surtout chez les filles biologiques ("assignées femelles à la naissance"), qui représentent actuellement la majorité des demandes (Fig.2).³⁰

Bien que la dysphorie de genre ne fasse plus partie des maladies mentales dans la CIM-11, il existe de nombreuses preuves de l'augmentation des niveaux de maladie mentale chez les adultes, généralement attribuée aux réponses sociétales à la non-conformité de genre ou au "stress des minorités".³¹ De Vries et al

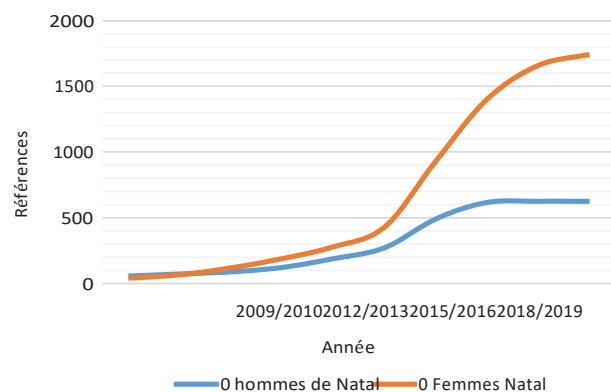


Fig. 2 Taux d'orientation vers le service de développement de l'identité de genre du Tavistock Centre (Tavistock and Portman NHS Trust) à Londres entre 2009 et 2019.³⁰

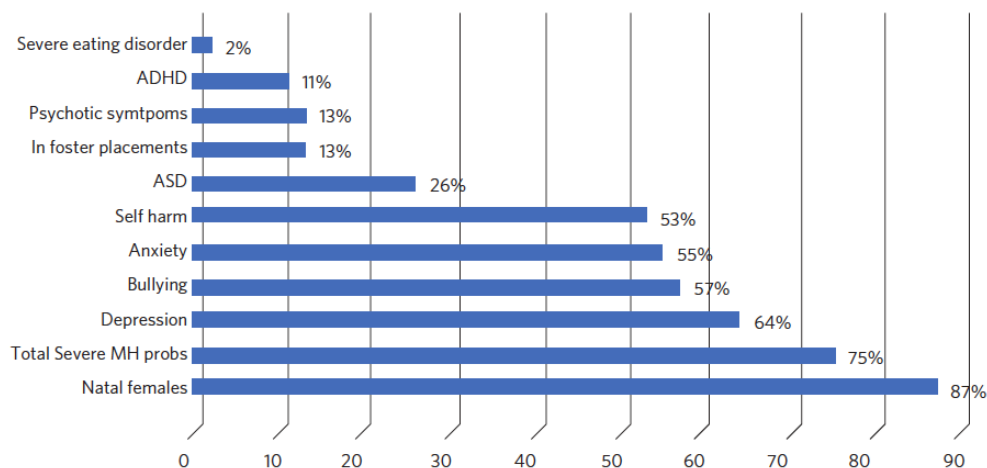


Fig. 3 Références à une clinique d'identité de genre pour adolescents en Finlande sur une période de 2 ans (de 2011 à 2013).³³

a mesuré la comorbidité psychiatrique parmi les personnes orientées vers une clinique spécialisée dans le traitement des enfants et des adolescents aux Pays-Bas et a également constaté des taux accrus de dépression, d'anxiété et d'idées suicidaires dans ce groupe plus jeune.³² Cependant, une image potentiellement inquiétante concernant les causes et les conséquences émerge de recherches plus récentes dans cette population jeune, de plus en plus natale et féminine.

Kaltiala-Heino et al ont examiné les références à une clinique d'identité de genre pour adolescents en Finlande sur une période de 2 ans, trouvant des taux élevés de problèmes de santé mentale, d'isolement social et d'intimidation (Fig. 3).³³ La plupart des brimades étaient antérieures à l'apparition de la dysphorie de genre et n'étaient pas liées à l'incongruence de genre.

De même, au Royaume-Uni, Holt et al³⁴ ont constaté que les difficultés associées étaient courantes chez les enfants et les adolescents orientés vers le GIDS à Londres (Fig. 4). L'attirance pour le même sexe était particulièrement fréquente chez les femmes natales, puisque seulement 8,5 % des personnes orientées vers le GIDS se décrivaient comme

étant des filles principalement attirées par les garçons. Cela soulève des questions importantes sur l'acceptation sociale actuelle des jeunes lesbiennes, même au sein de la culture LGBTQ+ des jeunes. Il est possible qu'au moins certaines filles non-conformes au genre en viennent à se croire des garçons ou des "trans masculins non-binaires" comme des explications plus acceptables ou confortables de l'attirance sexuelle pour le même sexe³⁵, une sorte d'"homophobie internalisée". Les troubles du spectre autistique sont systématiquement surreprésentés chez les enfants et les adolescents référés.³⁶

La déclaration de position du RCPsych reconnaît ces taux élevés de maladie mentale au sein de la population transgenre,¹ mais semble les attribuer principalement à des réponses externes hostiles à ceux qui n'adhèrent pas aux normes de genre (ou aux stéréotypes sexospécifiques).^{37,38} Une analyse plus approfondie de la maladie mentale et des identités sexuelles alternatives n'est pas entreprise, et les facteurs de causalité et de confusion communs ne sont pas explorés. Ceci est inquiétant, car les tentatives d'explorer, de formuler des

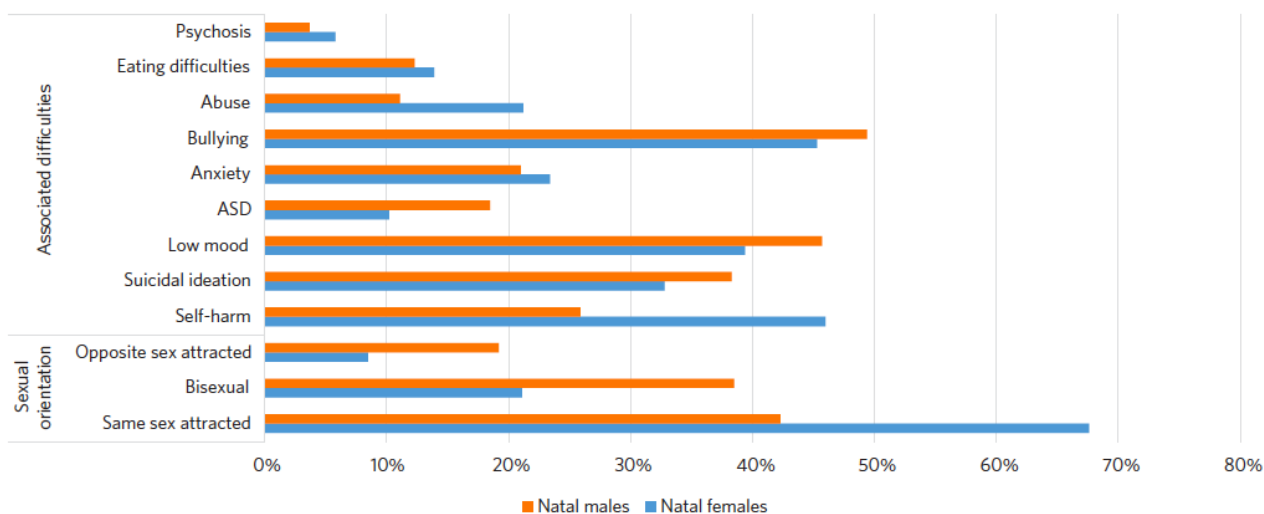


Fig. 4. Orientations vers le service de développement de l'identité de genre du centre Tavistock (Tavistock and Portman NHS Trust) à Londres entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2012.³⁴ TSA, trouble du spectre autistique.

et traiter les maladies mentales coexistantes, y compris celles liées aux traumatismes de l'enfance, pourrait alors être considérée comme équivalente à une "thérapie de conversion". Bien que la maladie mentale soit surestimée dans la population trans, il est important de noter que la non-conformité de genre en soi n'est pas une maladie ou un trouble mental. Comme il est prouvé que de nombreux troubles psychiatriques persistent malgré une affirmation positive et une transition médicale, il est déroutant que la transition en vienne à être considérée comme un objectif clé plutôt que d'autres résultats, tels que l'amélioration de la qualité de vie et la réduction de la morbidité. Lorsque les phénomènes liés aux troubles de l'identité et la base de preuves sont incertains, il serait peut-être plus sage pour la profession d'admettre les incertitudes. Adopter une approche exploratoire et de soutien avec des patients qui se posent des questions sur le genre ne devrait pas être considéré comme une thérapie de conversion.

Suicide, automutilation et controverses actuelles

Les groupes de soutien aux transgenres ont mis l'accent sur le risque de suicide. Après contrôle des problèmes de santé mentale coexistants, les études montrent un risque accru de comportement suicidaire et d'automutilation dans la population transgenre, bien que la causalité sous-jacente n'ait pas été démontrée de manière convaincante.³⁹ Ensuite, exprimé dans la maxime "mieux vaut une fille vivante qu'un fils mort", les parents, les enseignants et les médecins sont encouragés à affirmer sans questionnement le genre alternatif par peur des conséquences implicites. Il existe un danger que des données de mauvaise qualité soient utilisées pour soutenir l'affirmation et la transition de genre sans la force de la preuve qui devrait normalement déterminer les voies de soins. Une étude de cohorte longitudinale suédoise sur 20 ans a montré la persistance de niveaux élevés de morbidité psychiatrique, d'actes suicidaires et de suicides complets plusieurs années après la transition médicale.⁴⁰ Ces résultats ne sont pas rassurants et pourraient suggérer que des conflits intrapsychiques plus complexes subsistent, non résolus par le fait de vivre comme le sexe opposé.

Les facteurs de risque établis d'automutilation et de comportement suicidaire semblent être liés à l'âge (les patients trans plus jeunes sont plus à risque) et comprennent des problèmes de santé mentale comorbides, en particulier la dépression, et des antécédents d'abus sexuels.³⁹ Ainsi, tous les nouveaux patients, quel que soit leur âge, doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une formulation approfondies à l'aide d'un modèle biopsychosocial ; les meilleures interventions fondées sur des données probantes doivent être proposées. Si cette intervention est suivie d'un désistement de l'individu, elle ne doit pas être considérée comme une thérapie de conversion. Ce terme devrait peut-être être réservé aux traitements coercitifs.

Les meilleures pratiques psychiatriques évitent toute simplification des causes et du traitement du comportement suicidaire et de l'automutilation. Les données préliminaires d'une petite étude pilote " avant et après " de l'utilisation de bloqueurs de puberté au Centre Tavistock chez des enfants sélectionnés ont révélé une réduction des problèmes d'image corporelle chez les adolescents après une année de suppression de la puberté. Cependant, les effets positifs ont été contrebalancés par une augmentation des automutilations et des pensées suicidaires.⁴¹ De manière surprenante, cette étude non publiée a été considérée comme un succès, de sorte que la prescription de bloqueurs de puberté a été introduite comme pratique standard et associée à une augmentation des services. Il n'y a pas eu de développement d'approches psychologiques alternatives, ni de comparaisons contrôlées randomisées.

Les preuves suggèrent que presque 100% des enfants qui subissent un blocage de la puberté reçoivent ensuite des hor-

mones de sexe croisé.⁴² Cela nécessite un interrogatoire plus approfondi pour vérifier si les figures élevées sont dues à une sélection et à un *gatekeeping* robustes et effectifs ou à une interprétation moins acceptable selon laquelle la prévention de la maturation physique et sexuelle cristallise la dysphorie de genre comme une première étape d'une cascade d'interventions.⁴³ Le GIDS fait toujours l'objet d'un examen intense concernant les critiques de la recherche.⁴⁴ Bien qu'au début des années 2000, il ait été critiqué pour être trop conservateur et ne pas offrir les bloqueurs de puberté, il semble qu'une volte-face ait été faite en réponse à la pression externe,⁴⁵ sans la publication de données robustes montrant que cette intervention est efficace et sûre.

Les inhibiteurs de la puberté sont connus pour affecter le développement des os et, éventuellement, du cerveau. Ils exposent les utilisateurs à un risque d'ostéoporose⁴⁶ et sont associés à des réductions du QI attendu.⁴⁷ Ils sont décrits comme permettant de " gagner du temps " pour que les adolescents se décident sur l'opportunité de poursuivre la transition. Les effets à long terme ne sont pas connus, mais l'infécondité semble inévitable lorsque des hormones du sexe opposé sont introduites peu après les bloqueurs de puberté.⁴⁸ La perte de maturation sexuelle sera également associée à l'absence de fonction sexuelle adulte, bien qu'il soit peu probable qu'un enfant pré-pubère puisse réellement comprendre cet effet secondaire au moment du consentement. Les personnes en quête de transition constituent une population vulnérable qui souffre de niveaux élevés de suicidalité, de morbidité psychiatrique et de difficultés associées. La transition médicale et chirurgicale est recherchée pour soulager ces symptômes psychiatriques. Il est plausible qu'il y ait une réduction initiale de la détresse après la transition, bien qu'il n'existe aucun essai contrôlé. Par conséquent, le résultat à long terme de la transition médicale et chirurgicale en termes de mortalité et de qualité de vie reste inconnu. Il n'existe pas d'études comparatives à long terme qui démontrent de manière satisfaisante que les interventions hormonales et chirurgicales sont supérieures à une formulation biopsychosociale avec une thérapie fondée sur des données probantes pour réduire la détresse psychologique, la dysphorie corporelle et la maladie mentale sous-jacente.

Implications cliniques

Il n'est pas clair quel est le rôle de la psychiatrie dans l'évaluation et le traitement de la dysphorie de genre, maintenant qu'elle n'est plus considérée comme une maladie mentale diagnostiquable, et s'il y a encore une place pour une évaluation psychosociale de routine. On pourrait soutenir que les patients devraient être dissuadés de suivre les voies d'intervention de la dysphorie de genre pendant que la maladie mentale comorbide est traitée (Fig. 5). Sans données de suivi à long terme, il n'est pas possible d'identifier ceux qui pourraient se réconcilier avec leur sexe et ceux qui pourraient en venir à regretter profondément leur transition médicale et/ou chirurgicale. En outre, il n'est pas transparent de savoir où se situe la responsabilité ultime et légale de la prise de décision - chez le patient, les parents (si le patient est un enfant), le psychologue, l'endocrinologue, le chirurgien ou le psychiatre. Les psychiatres comprennent que le développement humain est nécessaire, mais pas toujours confortable. La puberté, bien qu'étant un processus physiologique normal, est associée à des niveaux particulièrement élevés d'inconfort psychologique et corporel. Le rôle des psychiatres est d'accompagner les patients dans leur cheminement vers le changement et de leur apporter un soutien en partageant l'incertitude et les décisions difficiles. Mais dans la clientèle actuelle, les psychiatres peuvent ne pas être sûrs que le fait d'aborder les antécédents psychologiques et sociaux conduira à des accusations de thérapie de conversion. Les tentatives de concilier les antécédents d'un souffrir.

Un stagiaire en psychiatrie travaille en psychothérapie. Au cours de la thérapie, le patient dit : "Je suis une femme piégée dans un corps d'homme".

Le stagiaire doit-il explorer cette question dans le cadre de la psychothérapie, ou affirmer son nouveau genre et éviter toute autre discussion sur le sujet ?

Une patiente anorexique est adressée à un psychiatre privé car elle est angoissée par ses seins et demande une mastectomie bilatérale. Elle veut "une poitrine de garçon".

Le psychiatre doit-il explorer la dysphorie de genre dans le contexte d'un faible poids corporel, ou doit-il affirmer l'identité de genre déclarée par le patient et l'orienter vers la chirurgie ?

On a demandé à un psychiatre de CAMHS d'évaluer une fille de neuf ans pour un TDAH. Au cours de l'évaluation, l'enfant dit : "Je pense que je suis un garçon !".

Le psychiatre doit-il demander : "Pourquoi penses-tu être un garçon ?" ou accepter l'affirmation de l'enfant sans poser de questions ?

Fig. 5 Ces scénarios sont-ils des exemples de bonne pratique clinique ou de thérapie de conversion ?

Le fait de se sentir mal à l'aise dans son corps serait une bonne pratique dans d'autres pathologies impliquant un trouble de l'image corporelle, comme l'anorexie mentale.

L'ampleur des éventuels bénéfices de la transition médicale et chirurgicale n'est pas claire. Les études de suivi sont rares, et avec la nouvelle cohorte d'adolescents, les cliniciens avancent encore plus dans l'inconnu.⁴⁹ Ces jeunes ne sont pas comparables aux participants adultes, principalement d'homme à femme, sur lesquels les directives cliniques empiriques existantes étaient basées. Les médecins s'interrogent maintenant sur la sagesse du traitement d'affirmation du genre chez les enfants et les jeunes, citant

une faible certitude diagnostique et des preuves de faible qualité.⁵⁰ Un examen récent des preuves de l'utilisation d'hormones d'affirmation du genre chez les enfants et les adolescents indique que ces médicaments " peuvent causer des dommages substantiels, y compris la mort " et conclut que " la base de preuves actuelle ne soutient pas une prise de décision éclairée et une pratique sûre ".⁵¹

Parmi la pléthore de vidéos en ligne d'adolescents affichant fièrement leurs cicatrices de mastectomie, on constate aujourd'hui une augmentation inquiétante des témoignages de détransition⁵² (Fig.6). Il s'agit principalement de jeunes femmes qui ont rejeté leur identité transgenre et qui se réconcilient avec leur sexe de naissance.

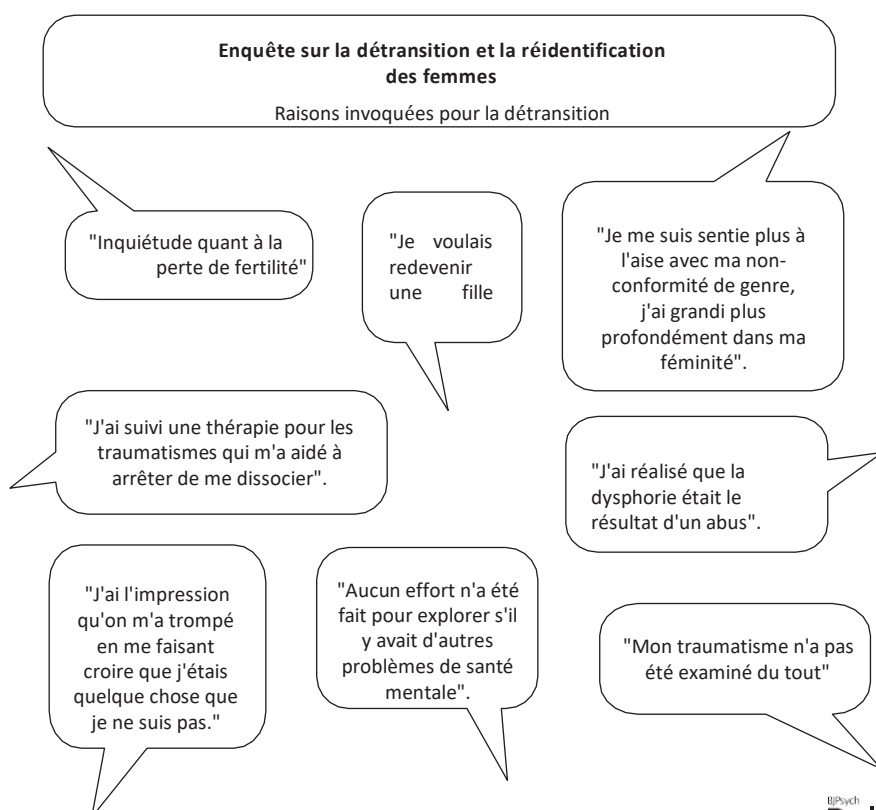


Fig. 6. Raisons invoquées pour la détransition dans une enquête de détransition et de ré-identification des femmes menée entre le 16 et le 30 août 2016 et partagée sur les réseaux sociaux en ligne.⁵²

Préoccupations féministes

En théorie, les droits de l'homme universels ne devraient pas opposer les groupes défavorisés les uns aux autres, mais dans la pratique, des différends apparaissent. Les militantes des droits des femmes soulignent la persistance des inégalités mondiales, de la discrimination sexuelle et de la violence à l'égard des femmes et des filles. Ils s'inquiètent du fait qu'en ignorant la réalité du sexe, on risque de ne plus pouvoir nommer, mesurer et améliorer les préjugés liés au sexe. Le fait d'avaliser d'anciens stéréotypes sexuels et de genre dans le but de valider de jeunes patients peut, par inadvertance, renforcer des notions dépassées sur l'apparence et le comportement des hommes et des femmes. Il n'y a aucune raison de croire que les femmes ont un amour inné pour le rose et le port de talons hauts et trouvent la lecture de cartes difficiles, pas plus que les hommes n'ont un penchant naturel pour le bleu et le football et font d'excellents dirigeants.

La notion d'"identité de genre" est inhérente au fait qu'il existe déjà une expérience subjective spécifique d'être un homme ou une femme. Cependant, il ne peut y avoir de différence expérientielle intrinsèque significative entre les êtres humains masculins et féminins lorsque nous ne pouvons pas savoir quelles sont ces différences. On ne peut pas savoir ce que cela fait d'être autre chose que soi-même. La médecine risque de renforcer les normes sociales et de réifier un concept qu'il est impossible de définir au-delà de la réalité biologique matérielle. Actuellement, de nombreuses politiques sanitaires, sociales, éducatives et juridiques sont adaptées pour donner la primauté au genre sur le sexe.⁵³⁻⁵⁷

Conclusions

Un langage qui confond ou amalgame le sexe et l'identité de genre, tout en paraissant inclusif, pourrait avoir la conséquence involontaire de fermer les moyens de comprendre la complexité et de répondre de manière appropriée à la réalité émotionnelle et matérielle des patients. La profession médicale doit faire preuve de compassion, accepter les différences et se battre pour ceux qui sont marginalisés et discriminés.

Cependant, considérer l'identité transgenre comme une entité fixée ou stable, plutôt que comme un état d'esprit aux multiples facteurs causaux, ferme les possibilités pour les médecins et les patients d'explorer la signification de tout malaise. Le fait d'être non conforme au genre, ou de souhaiter ne pas l'être du tout, n'est non seulement *pas* révélateur d'un trouble mental - c'est, à bien des égards, une réponse tout à fait rationnelle à la confiance capitaliste actuelle dans les normes et les rôles de genre rigides. Cependant, lorsque de multiples interventions médicales sont nécessaires sur un corps par ailleurs sain ou que les médecins sont censés nier le concept de sexe ou de corps sexué, la situation devient moins cohérente. La notion de thérapie de conversion pour ceux qui se considèrent comme transgenres repose sur un autre binaire - celui de "cisgenre" et de "transgenre" - qui sont des catégories fixes, fermées, biologiquement ancrées et sans chevauchement, plutôt que sur une hypothèse plus plausible selon laquelle l'identité de genre d'une personne est flexible, informée par sa culture, sa personnalité, ses préférences personnelles et son milieu social.

La poussée de modification corporelle précoce et d'hormones par certains patients transgenres est préoccupante. De nouveaux services, qui s'inspirent des directives de mise en service du NHS England pour les adultes de 17 ans et plus, permettront l'autosaisie, excluront

la formulation psychologique ou l'intervention thérapeutique comme pratique standard et recommanderont une intervention hormonale après deux rendez-vous.⁵⁸ Cela aura pour effet de multiplier les interventions hormonales et chirurgicales chez les jeunes patients, qui passeront à côté du développement pubertaire et d'un traitement de santé mentale nécessaire dans leur quête d'interventions qui peuvent nuire et qu'ils pourraient regretter plus tard.

Dans ce débat en évolution rapide et politisé, les psychologues se tournent vers le RCPsych pour obtenir des conseils. Ceux qui fournissent et interprètent les rares preuves de la recherche publiée doivent être indépendants et impartiaux, en utilisant les meilleures mesures de qualité plutôt que l'idéologie. Il est déroutant de comparer un travail d'ouverture d'esprit avec de jeunes patients qui figurent qu'ils sont à une thérapie de conversion. Tenir un juste milieu neutre et empathique, qui pourrait ou non inclure une transition médicale, ne doit pas être assimilé à cela. Les psychiatres doivent se sentir habilités à explorer le sens de l'identité avec leurs patients, à traiter les maladies mentales co-existantes et à employer un modèle de soins tenant compte des traumatismes, le cas échéant.

Les bonnes pratiques médicales du General Medical Council exigent des cliniciens de la compassion, une prise de décision partagée et la sauvegarde de l'avenir ouvert des jeunes.⁵⁹ Le contre-argument à l'affirmation inconditionnelle du genre est que le processus de transition médicale peut lui-même s'avérer être une autre forme de thérapie de conversion, créant une nouvelle cohorte de patients à vie dépendants des services médicaux et transformant au moins certains jeunes gays et lesbiennes en simulacres de membres hétérosexuels du sexe opposé. La psychiatrie est sur le fil du rasoir : elle court le risque d'être accusée de transphobie ou, au contraire, de rester silencieuse pendant toute la durée de cette expérience non contrôlée. Un débat respectueux, une recherche minutieuse et une mesure des résultats sont toujours nécessaires.

A propos des auteurs

Lucy Griffin, MBBS, BSc, MRCPsych, est psychiatre consultante au Priory Hospital Bristol, Royaume-Uni. Katie Clyde, MBChB, MRCPsych, DGM, est psychiatre consultante au Southern Health NHS Foundation Trust, Hampshire, Royaume-Uni. Richard Byng, MB BChir, MRCP, MPH, PhD, est médecin généraliste et professeur de recherche en soins primaires à l'université de Plymouth, au Royaume-Uni. Susan Bewley, MD, FRCOG, MA, est professeur (émérite) d'obstétrique et de santé des femmes, département de la santé des femmes et des enfants, King's College London, Royaume-Uni.

Remerciements

Nous avons consulté une femme trans et une transsexuelle pour cet article. Nous les remercions pour leur contribution.

Contributions des auteurs

L.G. : a effectué une recherche et une analyse de la littérature, et a conçu et rédigé l'article. K.C. : a effectué une recherche et une analyse de la littérature, et a contribué à la rédaction de l'article. R.B. : a participé à la conception et à l'évolution de l'analyse, a procédé à un examen critique de l'article et a suggéré des modifications incorporées dans l'article final. S.B. : a participé à la conception et à l'évolution de l'analyse, a procédé à une revue critique du document et a suggéré des amendements incorporés dans le document final.

Déclaration d'intérêt

Aucun.

Les formulaires ICMJE figurent dans les documents complémentaires, disponibles en ligne à l'adresse <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>.

Références

- Collège Royal des Psychiatres. *Soutenir les personnes transgenres et les personnes ayant une diversité de genre*(Déclaration de position PS02/18). RCPsych, 2018.
- King M. La stigmatisation en psychiatrie vue sous l'angle de la sexualité et du genre. *BJPsych Int* 2019 ; 16 : 77-80.
- Haldeman DC. La pratique et l'éthique de la thérapie de conversion de l'orientation sexuelle. *J Consult Clin Psychol* 1994 ; 62 : 221-7.
- Hodges A. *Alan Turing : The Enigma* : 586. Princeton University Press, 2012.
- Serovich JM, Craft SM, Toviessi P, Gangamma R, McDowell T, Gafsky EL. Un examen systématique de la base de recherche sur les thérapies de réorientation sexuelle. *J Marital Fam Ther* 2008 ; 34 : 227-38.
- Collège royal des psychiatres. *Déclaration du Collège royal des psychiatres sur l'orientation sexuelle (déclaration de principe PS02/20)*. RCPsych, 2014.
- Groupe consultatif trans de Stonewall. *Une vision pour le changement : L'acceptation sans exception des personnes trans (2017-2022)*. Stonewall, 2017.
- Organisation mondiale de la santé. *La classification CIM-10 des troubles mentaux et comportementaux : Descriptions cliniques et directives de diagnostic* : 362. OMS, 1992.
- Bray S. La dysphorie de genre, la dysmorphie corporelle et la problématique de la modification corporelle. *J Specul Philos* 2015 ; 29 : 424-36.
- Ostgathe A. Trouble de l'identité de l'intégrité corporelle et dysphorie de genre : une étude pilote pour étudier les similitudes et les différences. *Am J Appl Psychol* 2014 ; 3 : 138.
- Collège Royal des Psychiatres. *Guide de bonnes pratiques pour l'évaluation et le traitement des adultes atteints de dysphorie de genre*. RCPsych, 2013.
- Reiff Hill M, Mays J, Mack R. *The Gender Book*. Marshall House Press, 2014.
- Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Troubles liés à la sexualité et à l'identité de genre dans la CIM-11 : révision de la classification de la CIM-10 basée sur les preuves scientifiques actuelles, les meilleures pratiques cliniques et les considérations relatives aux droits de l'homme. *Psychiatrie mondiale* 2016 ; 15 : 205-21.
- Association psychiatrique américaine. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.) (DSM-5)* : 947. Éditions psychiatriques américaines, 2013.
- Drescher J, Pula J. *Expert Q & A : Gender Dysphoria*. American Psychiatric Association, 2020 (<https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/expert-q-and-a>).
- Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité, onzième révision*. OMS, 2018.
- Wright T, Candy B, King M. Thérapies de conversion et accès aux soins de santé liés à la transition chez les personnes transgenres : une revue systématique narrative. *BMJ Open* 2018 ; 8(12) : e022425.
- Ashley F. Le gatekeeping du traitement hormonal substitutif pour les patients transgenres est déshumanisant. *J Med Ethics* 2019 ; 45 : 480-2.
- Ristori J, Steensma TD. La dysphorie de genre dans l'enfance. *Int Rev Psychiatry* 2016 ; 28 : 13-20.
- Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. "Un commentaire critique sur les études de suivi et les théories de 'désistance' concernant les enfants transgenres et non-conformes au genre". *Int J Transgenderism* 2018 ; 19 : 225-30.
- Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008 ; 47 : 1413-23.
- Twist J, de Graaf NM. Diversité de genre et présentations non binaires chez les jeunes fréquentant le service national de développement de l'identité de genre du Royaume-Uni. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019 ; 24 : 277-90.
- Genres non binaires courants*. Tumblr, 2020 (<https://genderfluidsupport.tumblr.com/gender>).
- Bao A-M, Swaab DF. Differentiation sexuelle du cerveau humain : relation avec l'identité de genre, l'orientation sexuelle et les troubles neuropsychiatriques. *Front Neuroendocrinol* 2011 ; 32 : 214-26.
- Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Differentiation sexuelle du cerveau humain en relation avec l'identité de genre et l'orientation sexuelle. *Prog Brain Res* 2010 ; 186 : 41-62.
- Joel D, Berman Z, Tavor I, Wexler N, Gaber O, Stein Y, et al. Le sexe au-delà des organes génitaux : la mosaïque du cerveau humain. *Proc Natl Acad Sci* 2015 ; 112 : 15468-73.
- Association américaine de psychologie. Lignes directrices pour la pratique psychologique avec les personnes transgenres et non-conformes au genre. *Am Psychol* 2015 ; 70 : 832-64.
- Freeman L. Micro interactions, macro méfaits : quelques réflexions sur l'amélioration des soins de santé pour les personnes transgenres et non binaires. *Int J Fem Approaches Bioeth* 2018 ; 11 : 157-65.
- Ryle G. *The Concept of Mind* : 314. Routledge, 2009.
- Service de développement de l'identité de genre. *Orientations vers le GIDS, années financières 2015-16 à 2019-20*. GIDS, 2020 (<http://gids.nhs.uk/number-referrals>).
- Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Santé mentale et dysphorie de genre : une revue de la littérature. *Int Rev Psychiatry* 2016 ; 28 : 44-57.
- de Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Comorbidité psychiatrique chez les adolescents dysphoriques de genre. *J Child Psychol Psychiatry* 2011 ; 52 : 1195-202.
- Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M, Lindberg N. Deux ans de service d'identité générale pour les mineurs : surreprésentation des filles nées présentant de graves problèmes de développement adolescent. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015 ; 9(1) : 9.
- Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Jeunes gens présentant des caractéristiques de dysphorie de genre : données démographiques et difficultés associées. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2016 ; 21 : 108-18.
- Burki T. Concerns raised about NHS gender identity service. *Lancet* 2019 ; 393 : e38.
- van der Miesen AIR, de Vries ALC, Steensma TD, Hartman CA. Les symptômes autistiques chez les enfants et les adolescents atteints de dysphorie de genre. *J Autism Dev Disord* 2018 ; 48 : 1537-48.
- Arcelus J, Claes L, Witcomb GL, Marshall E, Bouman WP. Facteurs de risque d'automutilation non suicidaire chez les jeunes trans. *J Sex Med* 2016 ; 13 : 402-12.
- Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Millet N, Fernandez-Aranda F, et al. Transgenre et anxiété : une étude comparative entre les personnes transgenres et la population générale. *Int J Transgenderism* 2017 ; 18 : 16-26.
- Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Auto-injures non suicidaires et suicidalité chez les personnes trans : une revue systématique de la littérature. *Int Rev Psychiatry* 2016 ; 28 : 58-69.
- Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery : cohort study in Sweden. Scott J, éditeur. *PLoS ONE* 2011 ; 6(2) : e16885.
- Tavistock and Portman Foundation NHS Trust. Résultats préliminaires de la recherche sur l'intervention précoce. Dans *Tavistock and Portman Foundation NHS Trust, Conseil d'administration, première partie : ordre du jour et documents* : Appendix 7 ; 50-55. Tavistock and Portman Foundation NHS Trust, juin 2015 (<https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/governance/board-of-directors/meetings/>).
- de Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Suppression de la puberté chez les adolescents présentant un trouble de l'identité sexuelle : une étude de suivi prospective. *J Sex Med* 2011 ; 8 : 2276-83.
- Wren B. Questions éthiques soulevées par la fourniture d'interventions médicales pour les enfants et les adolescents de sexe

différent. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019 ; 24 : 203-22.

- 44 Cohen D, Barnes H. Dysphorie de genre chez les enfants : l'étude sur les bloqueurs de puberté suscite de nouvelles critiques. *BMJ* 2019 ; 366 : l5647.
- 45 Giordano S. Des vies dans un clair-obscur. Devrions-nous suspendre la puberté des enfants souffrant de troubles de l'identité sexuelle ? *J Med Ethics* 2008 ; 34 : 580-4.
- 46 Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Masse osseuse chez le jeune adulte après un traitement à base d'analogues de l'hormone de libération de la gonadotrophine et un traitement hormonal transsexuel chez les adolescents atteints de dysphorie de genre. *J Clin Endocrinol Metab* 2015 ; 100 (2) : E270-5.
- 47 Schneider MA, Spritzer PM, Soll BMB, Fontanari AMV, Carneiro M, Tovar-Moll F, et al. Maturation cérébrale, cognition et modèle vocal dans un cas de dysphorie de genre sous suppression pubertaire. *Front Hum Neurosci* 2017 ; 11 : 528.
- 48 Johnson EK, Finlayson C. Préservation du potentiel de fertilité pour les personnes de genre et de sexe divers. *Transgender Health* 2016 ; 1 : 41-4.
- 49 Richards C, Maxwell J, McCune N. Utilisation de bloqueurs de puberté pour la dysphorie de genre : un pas important dans l'obscurité. *Arch Dis Child*. 2019 ; 104 : 611-2.
- 50 Laidlaw MK, Van Meter QL, Hruz PW, Van Mol A, Malone WJ. Lettre à la rédaction : " Traitement endocrinien des personnes dysphoriques/incongrues de genre : une directive de pratique clinique de l'Endocrine Society ". *J Clin Endocrinol Metab* 2019 ; 104 : 686-7.
- 51 Heneghan C, Jefferson T. Gender-affirming hormones in children and adolescent [billet de blog]. *BMJ EBM Spotlight* 2019 ; 25 février (<https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>).
- 52 *Détransition et réidentification des femmes : Résultats de l'enquête et interprétation*. Tumbler, 2016, 3 sep (<http://guideonragingstars.tumblr.com/post/149877706175/female-detransition-and-reidentification-survey>).
- 53 Police métropolitaine. *Demande de liberté d'information auprès de la police métropolitaine*. Metropolitan Police, 2017 (https://www.met.police.uk/SysSite/Assets/foi-media/metropolitan-police/disclosure_2017/septembre_2017/information-rights-unit-mps-policyguidance-for-the-treatment-of-transgender-suspects-and-offenders).
- 54 Conseil médical général. *Trans Healthcare*. GMC, 2019 (<https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/trans-healthcare> [cité le 3 nov. 2019]).
- 55 HM Prison & Probation Service. *The Care and Management of Individuals Who are Transgender*. Ministère de la Justice, 2019.
- 56 NHS England, NHS Improvement. *Delivering Same-Sex Accommodation*. NHS England, 2019.
- 57 Conseil municipal de Brighton & Hove, Allsorts Youth Project. *Trans Inclusion Schools Toolkit : Soutenir les enfants et les jeunes trans, non binaires et en questionnement de genre dans les cadres éducatifs de Brighton et Hove (version 3.3)*. Conseil municipal de Brighton & Hove, 2019.
- 58 NHS England. *Service specification : Services d'identité de genre pour les adultes (Interventions non chirurgicales)*. NHS England, 2019.
- 59 General Medical Council. *Bonne pratique médicale*. GMC, 2013.