

De la dysphorie de genre à la transidentité.

Marc REVOL (PUPH, Université de Paris)

> Aucun conflit d'intérêt.

Résumé

Entité créée sous ce terme par la Médecine dans les années 1950, le « transsexualisme » est depuis les années 2000 un vecteur de mutations sociétales profondes dorénavant recouvertes par le terme de « transidentité ». Le genre ressenti peut certes être la cause d'une intense souffrance relevant de la Médecine (dysphorie de genre), mais il peut aussi être utilisé comme moyen d'existence politique et de provocation sociétale.

Sur le plan médical, la prescription d'hormones et la réalisation d'interventions chirurgicales de réassignation génitale sur des corps sains sont des actes risqués et irréversibles. Pour assurer une sécurité maximum aux personnes traitées, endocrinologues et chirurgiens doivent s'entourer des compétences de psychiatres et psychologues expérimentés pour évaluer l'authenticité, l'intensité et l'irréversibilité de la souffrance alléguée, éliminer les diagnostics différentiels, évaluer les fragilités éventuelles et peser le rapport bénéfices / risques. Qu'il s'agisse de la prescription hormonale initiale ou de l'intervention de réassignation génitale, les décisions thérapeutiques doivent être prises dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). La CNAM exige une période d'observation minimum de 2 ans avant d'accorder une prise en charge de la chirurgie.

Abstract

According to international standards, SRS requires a time-consuming multidisciplinary process, which involves experienced psychiatrists, endocrinologists and surgeons. The goal of this process is to eliminate differential diagnoses, to survey psychological and somatic weaknesses, and to assess the ratio benefits / risks. French national health insurance requests this process must last two years at least.

Mots clés : dysphorie de genre, incongruence de genre, transsexualisme, transidentité.

Il a toujours existé dans l'histoire des hommes et des femmes qui ont refusé leur sexe d'assignation et ont tenté de vivre en tant que membres de l'autre sexe. Cette discordance extrêmement troublante entre la réalité du sexe anatomique et la conviction d'appartenir au sexe opposé s'appelle actuellement l'« **incongruence de genre** », en définissant le « **genre** » par le statut social assigné en fonction du sexe¹. Cette incongruence est la cause d'une **authentique et profonde souffrance**, qu'on appelle « **dysphorie de genre** ».

Deux grandes dates symboliques marquent l'histoire de la dysphorie de genre : 1953 et 2004. La première correspond à la création du « transsexualisme » par la Médecine. La seconde à l'émancipation de ce concept et à son appropriation par la société civile.

La Médecine ayant pour objet le soulagement des souffrances, il était inévitable qu'elle s'intéressât à la dysphorie de genre, ce qu'elle fit au 20^{ème} siècle. Elle établit assez vite que les personnes qui en sont atteintes ne présentent par ailleurs aucune anomalie, sur les plans anatomique, histologique, biologique, endocrinien, etc. Aucun examen clinique ou complémentaire, y compris parmi les plus modernes, ne retrouve en effet d'anomalie significative ou pathognomonique. En l'absence de cause organique retrouvée, l'affection fut donc d'abord classée par défaut parmi les maladies psychiatriques, et toutes les thérapies de cette discipline furent alors essayées, sans aucun succès. Malgré les débats enflammés de la communauté psychiatrique de l'époque, il fallut bien finir par admettre que les psychothérapies et/ou les médicaments n'avaient aucun effet sur la dysphorie de genre.

Bien que quelques tentatives chirurgicales anecdotiques aient été pratiquées dans la première moitié du 20^{ème} siècle, on peut admettre que c'est en 1953 que s'est produit le changement majeur dans la prise en charge médicale de la dysphorie, jusque-là inexistante ou inefficace. **En 1953** en effet, George W. Jorgensen, soldat américain, était devenu, grâce à une intervention chirurgicale au Danemark, **Christine Jorgensen, actrice de music-hall, première transsexuelle « officielle »** de l'histoire. Le terme de « **transsexualisme** » avait alors été introduit pour décrire le passage d'un sexe à l'autre grâce aux hormones et à la chirurgie.

Depuis lors, la prise en charge médicale de la dysphorie repose sur des transformations hormonales et chirurgicales visant à mettre le corps de la personne concernée en accord avec son genre désiré. A l'incrédulité initiale fit place en effet la constatation pragmatique selon laquelle cette méthode était très efficace pour réduire, voire supprimer, la souffrance du genre chez les personnes qui la réclamaient. Bien entendu, la complexité, la gravité et l'irréversibilité de ces thérapies originales imposait une évaluation initiale rigoureuse, particulièrement sur le plan psychiatrique. Car si le diagnostic positif de la dysphorie de genre reste un auto-diagnostic porté par la personne concernée, il faut encore établir le diagnostic différentiel. De nombreuses affections, authentiquement psychiatriques, peuvent en effet se manifester sous les traits d'une dysphorie de genre. Seul un psychiatre spécialisé et expérimenté peut les éliminer. Les endocrinologues durent aussi progressivement se résoudre à diminuer les doses d'œstrogènes prescrites pour réduire les risques iatrogènes de phlébites et de cancer du sein. Simultanément, les chirurgiens durent mettre au point des procédés de plus en plus sophistiqués pour reconstruire au mieux l'anatomie génitale opposée. On peut affirmer à cet égard que si, dans les équipes entraînées, les techniques chirurgicales sont aujourd'hui parfaitement au point dans le sens de la réassignation génitale MtF (masculin vers féminin), tant sur le plan de l'esthétique que sur celui de la fonction, elles sont très loin de l'être dans

¹ Il ne faut pas confondre le **genre** ressenti avec l'**attirance sexuelle**, qui en est indépendante. On peut être transsexuel et homo-, hétéro-, ou bi-sexuel.

l'autre sens. La lourdeur des interventions de phallopoïèse (dite « phalloplastie »), leurs aléas et leurs incertitudes sont connus de tous et donnent tout leur intérêt aux techniques alternatives de métaïdoïoplastie, moins ambitieuses, mais beaucoup plus sûres et très efficaces pour uriner debout.

Jusqu'à la fin des années 1990, la prise en charge médico-chirurgicale du transsexualisme était confidentielle pour le grand public et regardée avec suspicion, voire réprobation, par l'ensemble de la communauté médicale. Après cette période initiale de création puis de mise au point du « transsexualisme » par la Médecine, nous vivons depuis les années 2000 une période d'évolution sociétale qui échappe très largement à la Médecine et qui a été marquée en particulier **en 2004 par l'apparition du « web 2.0 » « participatif »**, où le contenu des sites Internet n'était plus créé par des auteurs professionnels, mais par n'importe qui. Simultanément, le langage médiatique se soumettait aux règles américaines du « **politiquement correct** ». Depuis cette époque, l'histoire de la dysphorie de genre est marquée dans les sociétés occidentales par :

- L'explosion du nombre des demandes de prise en charge médicale
- L'apparition des enfants et des adolescents dans cette demande
- L'émergence de questions concernant la préservation de fertilité et la parentalité
- Le caractère partiel et/ou extra-génital des demandes (par exemple hormones sans chirurgie, mastectomie sans hystérectomie, chirurgie maxillo-faciale de féminisation du visage).
- Une politisation des revendications militantes avec l'apparition de la « nébuleuse transgenre » et de ses multiples composantes, parmi lesquelles toutes ne demandent pas de prise en charge médicale. Les revendications débordent actuellement le cadre de la dysphorie de genre pour concerner aussi celui des désordres de la différenciation sexuelle, qui sont pourtant bien différents puisqu'ils ont un substrat somatique, anatomique et/ou biologique. Comme dans d'autres domaines sociétaux au cours de l'histoire, la sémantique et la diabolisation du vocabulaire sont des armes militantes virulentes et très efficaces. Repris par les politiques et les médias, le qualificatif de « *transphobe* » suffit dorénavant à légitimer toutes les censures en plaçant automatiquement et sans débat celui qui l'emploie dans le camp du bien, et en réduisant définitivement au silence tous ses adversaires, réels ou supposés.

Aujourd'hui, les personnes qui souffrent de leur genre demandent toujours l'aide des médecins pour faire passer leur corps d'un sexe à l'autre, et elles leur en sont généralement profondément reconnaissantes. Mais avec l'acceptation progressive du transsexualisme par la société, a aussi été acceptée la notion du « genre » qui, à géométrie variable ou non (« *gender non conforming people* », « *gender fluid* », etc.), est devenue un moyen d'existence politique et de provocation sociétale pour d'autres personnes. La reconnaissance sociale du statut lié au genre affiché est apaisante pour beaucoup d'entre elles, qui ne demandent rien d'autre. Ainsi, promue par des associations militantes internationales, facilitée et amplifiée par le développement d'Internet, cette mutation ne concerne plus seulement la Médecine, mais toutes les composantes de la société, en particulier politiques, juridiques, et sociales. Sur le plan sémantique le terme initial de « transsexualisme » a été diabolisé et noyé dans ceux de « transidentité » et de « transgenre » (par opposition à « cisgenre »). Sur le plan juridique, la loi 2016-1547 du 18 novembre 2016 et de son décret d'application 2017-450 du 29 mars 2017 permet dorénavant en France de changer de prénom et de mention du sexe à l'état civil sans aucun prérequis médical ni chirurgical. Il n'est plus nécessaire de subir la moindre intervention chirurgicale ni le moindre traitement hormonal pour changer d'état civil. En matière de transidentité, les décisions de la Médecine et de la Justice sont donc actuellement indépendantes en France, ce qui est une très bonne chose.

Par ailleurs, il faut rappeler que les médecins français sont formés selon la tradition hippocratique, et qu'ils doivent obéir à un code de déontologie médicale et à un système juridique qui est issu du droit romain (code de la santé publique, code civil, code pénal). Ils sont responsables de « patients ». Les associations militantes internationales se réclament en revanche du libéralisme anglo-saxon, à la fois sur le plan médical et sur le plan juridique. Elles refusent la notion de « patients » et revendiquent un statut de « clients » autonomes. Ce statut est toutefois discutable en France, où l'Assurance Maladie, prend en charge toutes les dépenses de santé, et même de transport, relatives à la dysphorie de genre. Deux systèmes de pensée, de lois et de santé, très différents les uns des autres, s'affrontent donc. Sous l'influence directe et exclusive des Etats-Unis, l'Europe modifie toutefois progressivement ses textes de lois et les impose petit à petit à ses états membres. La situation est donc très évolutive sur le plan sociétal.

Dans un tel contexte politisé, il est parfois difficile de s'y retrouver sur le plan médical. L'objectif minimum étant toujours de ne pas nuire aux personnes qui se confient à lui (« *primum non nocere* »), **3 règles sûres doivent guider la pratique du médecin en matière de transidentité :**

1. La première est la **nécessité d'une RCP**. L'époque des francs-tireurs est révolue dans tous les domaines complexes de la Médecine, et celui-ci en est un. La bonne volonté individuelle ne suffit plus. Il est indispensable de travailler, discuter et décider dans le cadre d'équipes multidisciplinaires et expérimentées. Une RCP doit évidemment répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) : existence d'un règlement intérieur, fréquence suffisante des réunions, émargement des participants, rédaction d'un compte-rendu pour chaque dossier, traçabilité des réunions.
2. La deuxième est la **nécessité dans cette équipe d'un psychiatre spécialisé**, qui doit évaluer l'authenticité et la profondeur de la souffrance alléguée, éliminer les diagnostics différentiels, évaluer l'existence d'éventuelles fragilités psychiques associées et de s'assurer que le rapport bénéfices / risques est acceptable. Il n'est pas question de « psychiatriser » la dysphorie de genre, mais d'offrir une sécurité maximum aux personnes demandeuses.
3. La troisième est la **nécessité dans cette même équipe d'un endocrinologue spécialisé** pour la mise en place initiale du traitement hormonal, qui doit toujours faire l'objet d'une décision collégiale en RCP. Malheureusement, les personnes concernées se présentent souvent déjà sous traitement hormonal, qu'elles se procurent soit par Internet, soit par l'intermédiaire de médecins isolés. Cela complique souvent beaucoup la tâche d'évaluation du psychiatre et de la RCP, car les hormones induisent aussi des modifications psychologiques considérables.

Dans le domaine du transsexualisme, où les traitements s'adressent à des individus physiquement sains et comportent des risques importants, l'agressivité médiatique et militante ainsi que la judiciarisation croissantes des affaires médicales devraient fortement inciter les médecins à respecter ces trois règles de bonne pratique et à travailler en équipes, dans l'intérêt de leurs patients et dans leur propre intérêt.

Quant aux gynécologues, ils peuvent être directement concernés par le suivi postopératoire des personnes MtF, que ce soit à moyen ou à long terme.

- Sur le plan chirurgical, il s'agit de savoir dépister les éventuelles complications qui réclament l'avis du chirurgien concerné, telles que les sténoses du méat urinaire, ou les excès résiduels de corps spongieux au niveau du bulbe urétral, très gênant pour les rapports.
- Sur le plan hormonal, il peut s'agir de surveiller et renouveler la prescription du traitement à vie, en liaison avec l'endocrinologue concerné.

- Pour le reste, il s'agit, comme pour toutes les femmes, de surveiller les seins systématiquement, de reconnaître et traiter d'éventuelles mycoses ou maladies sexuellement transmissibles, mais aussi de savoir que, la prostate étant toujours conservée, elle doit être surveillée selon les règles habituelles le moment venu...