

TROUBLES DE L'IDENTITE DE GENRE A TYPE DE TRANSSEXUALISME

Evaluation diagnostique et pronostique

Dr Audrey GORIN-LAZARD
Marseille

Distinguer ...

- **Identité sexuelle (identité de genre):** produit d'une identification; perception de son propre statut masculin ou féminin
- Et **orientation sexuelle:** déterminée en fonction du sexe des personnes envers lesquelles l'individu éprouve une attirance.
- L'orientation sexuelle de la personne souffrant du trouble d'identité sexuelle peut varier de la même façon qu'en population générale

En pratique...

- Souffrance liée au sentiment d'une erreur de la nature vis à vis du sexe anatomique
- Sollicitation +++ d'un changement de l'aspect physique pour le mettre en accord avec le sexe psychologique
- Le médecin n'est consulté que dans l'espoir d'une aide à la réalisation de ce vœu le plus souvent sans questionnement personnel. Cela rend toute démarche psychologique difficile et incertaine.
- Conscience de ne pas appartenir réellement à l'autre sexe \neq délire
- Tentative de s'approcher le plus possible de l'apparence liée au sexe psychologique

Etudes épidémiologiques

1. PREVALENCE

- Difficilement évaluable
- chiffres officiels = patients adoptant le circuit thérapeutique « officiel »
- Lien entre le degré d'acceptation et de reconnaissance du transsexualisme par la société et la prévalence du phénomène
- Pays occidentaux : MtF : 1/10 000-1/100 000 habitants
FtM : 1/30 000-200 000
- En ce qui concerne la France, aucun travail épidémiologique

2. SEX RATIO

- Le rapport varie de 8:1 à 2:1.
- En moyenne, on considère que le *sex ratio* se situe à 3:1 (trois fois plus d'hommes biologiques que de femmes biologiques).
- Tendance actuelle : augmentation des demandes de conversion femme/homme

Prise en charge

Psychothérapie ou chirurgie?

- Débat depuis les années 30!!
- Les traitements psychothérapeutiques et neuroleptiques n'ont pas montré d'efficacité dans les TIG (absence de psychopathologie associée)
- Le seul traitement efficace est la réassignation sexuelle par traitement hormono chirurgical
 - Apaise la souffrance des patients
 - Amélioration de la qualité de vie dans 90% des cas
 - Satisfaction du THC dans près de 85% des cas
 - Meilleur fonctionnement psycho-social après THC

Trt par défaut en l'absence de trt étiologique

Equipes pluridisciplinaires

- Plusieurs équipes structurées : Paris, Marseille, Montpellier, Nice, Bordeaux, Lyon, Nantes
- Composées d'un psychiatre, de psychologues, d'un endocrinologue, de chirurgiens (plasticien, gynéco, uro selon les équipes), d'anesthésistes....
- Evaluation du patient par chaque spécialiste pendant plusieurs mois (12 mois minimum, adapté à chaque cas)
- Commission pluridisciplinaire : décision collégiale d'instaurer le THC, de prolonger la période d'évaluation, ou refus définitif du THC (en fonction des résultats de l'évaluation)

Protocole actuel

- Evaluation pluridisciplinaire 8 mois-24 mois avec, classiquement:
 - Psychothérapie conseillée ou non en fonction de l'évaluation clinique
 - Expérience en vie réelle
- Si diagnostic confirmé et pas/peu de facteurs de mauvais pronostic: acceptation THC par la commission pluridisciplinaire
- Hormonothérapie seule pdt 6-24 mois. 2 phases :
 - 1^{ère} étape: anti-androgènes chez les MtF, progestatif puissant chez les FtM
 - 2^{ème} étape: TRT oestrogénothérapie chez les MtF, TRT par testostérone chez les FtM
- Chirurgie de réassignation sexuelle
 - MtF : vaginoplastie +/- chir mammaire si insensibilité hormonale
 - FtM : mastectomie + hystéro-ovariectomie + phalloplastie

Question fondamentale

Quelles sont les conditions pour la mise en place d'UN THC?

Quelles sont les conditions pour la mise en place d'UN THC?

- Recherche d'une indication à un THC?
- Recherche d'une absence de contre indication au THC?
- Un rapport bénéfices/risques « prévisible » > 1 ?

Evaluation du psychiatre

1. Démarche diagnostique

- Auto-diagnostic le plus souvent
- Ecarter les diagnostics différentiels (environ 10% des cas)
 - Episode délirant avec thématique de transformation corporelle
 - Transvestisme fétichiste
 - Problématique identificatoire non uniquement sexuelle
 - Ambiguïté sexuelle (caryotype + bilan hormonal systématiques)
 - Dymorphophobie
 - Homosexualité non assumée
 - Processus intra cérébral (TDM)
- Les erreurs diagnostiques constituent l'une des 2 principales causes de regrets de la réassignation sexuelle

Diagnostic clinique

- Autodiagnostic+++
- Clinique sobre
- Biographie et anamnèse: discours (jeux ds l'enfance, habillement), photos, témoignage des parents, présentation en entretien (dis/concordant?)
- Le diagnostic repose essentiellement sur le discours du patient
- Attention au discours plaqué et stéréotypé
- Collaboration étroite avec les psychologues de l'équipe (évaluation psychométrique)

Une clinique sobre

- Identification précoce à l'autre sexe
- Eléments biographiques et anamnestiques typiques et confirmés par la famille: jeux, habillement, affinités classiquement attribués à l'autre sexe depuis le plus jeune âge
- Dégoût de ses caractéristiques sexuelles, puberté très mal vécue
- Pas de psychopathologie associée
- Des formes secondaires avec 1^{ère} période de vie adapté au sexe biologique

2. Démarche pronostique

Pourquoi?

- Des facteurs prédictifs négatifs ont été mis en évidence et sont corrélés avec ne moindre satisfaction vis à vis de la réassignation sexuelle.
- L'initiation de l'hormonothérapie et le passage à l'acte chirurgical doivent ainsi prendre place dans une configuration psychosociale favorable sur le plan des facteurs prédictifs.

Dépister les facteurs prédictifs négatifs

□ Vulnérabilités psychiques

- Syndrome dépressif
- Comportements suicidaires
- Trouble de la personnalité
- Antécédents psychotiques
- Abus de substance
- Faible estime de soi
- Faibles capacités adaptatives

Lundström et al, 1984; Kuiper et al, 1998; Haraldsen and Dahl, 2000 ; Clements-Nolle et al, 2001;
Nuttbrock et al 2002; Bonierbale et al, 2005 ; Hepp et al, 2005; Tae-Suk et al, 2006; De Cuypere et al, 2006

Dépister les facteurs prédictifs négatifs

□ Facteurs typologiques

- Age > 30 ans
- Hétérosexualité (relativement au sexe biologique)
- Caractéristiques morphologiques assurant une crédibilité dans le nouveau genre
- Transsexuels «secondaires » = première période de vie adaptée au sexe biologique (voire mariage, parentalité)

Michel et al, 2002; Lundström et al, 1984; Rehman, 1999; Muirhead-Alwood et al, 1999b; Bonierbale, 2005

Dépister les facteurs prédictifs négatifs

- Facteurs socio-affectifs

- Faible support affectif / familial
- Précarité sociale – inadaptation sociale
 - Pb d'insertion professionnelle
 - Revenus faibles
 - Prostitution
 - Logement « instable »
 - Limitation et superficialité des contacts sociaux

Lief and Hubschman, 1993; Smith et al, 2005 ; Bonierbale et al, 2005; Lobato et al, 2006; Kim et al, 2006

Autres facteurs prédictifs négatifs

- Fausses croyances / attentes irréalistes par rapport au THC
- Compréhension insuffisante des limites du THC
- Absence de psychothérapie pré/post THC
- Absence d'expérience en vie réelle
- Ambivalence/ réassignation sexuelle
- Casier judiciaire
- Service militaire accompli

Bonierbale et al, 2005; Tully, 1992; Rehman et al, 1997

Décision collégiale

- Discussion des éléments diagnostiques
- Discussion des éléments pronostiques
 - Positifs/négatifs
 - Psycho-sociaux
 - Organiques
- On s'appuie sur les entretiens, les tests psychologiques, la clinique et la paraclinique
- Evaluer les conséquences d'un refus du THC
- **Existe-t-il une contre-indication au THC?**

Décision Collégiale

- Certificat médical conjoint attestant le diagnostic et l'indication thérapeutique, co-signé par le psychiatre, endocrinologue et chirurgien, adressé au médecin national de la sécurité sociale en vue d'obtenir une **entente préalable pour la prise en charge de l'intervention chirurgicale**
- Prise en charge à 100% en France
- Le même certificat, mentionnant seulement les initiales du patient est adressé pour information au Conseil National de l'Ordre des médecins

PRISE EN CHARGE 100%

- Au titre des troubles graves de la personnalité jusqu'en 2010 (nomenclature SS)
- 10 février 2010: Publication d'un décret qui retire le transsexualisme des pathologies psy au sein de la nomenclature de la SS (R. Bachelot)
- Prise en charge à 100% au titre des maladies rares

Devenir des Transsexuels opérés

- Difficulté du follow-up: les études de *follow-up* ne constituent pas tjs un échantillon représentatif de la population des transsexuels opérés
- Transsexuels satisfaits de leur transformation dans + de 90% des cas.
- Insatisfaction rares (5%) liées :
 - aux complications chirurgicales (aspects fonctionnels et esthétiques)
 - aux ruptures sentimentales, pertes d'emploi, difficultés dans les relations sociales
- Regrets définitifs = 1%
- Sur cette base, et dans la mesure où la prise en charge peut être assumée de façon correcte, de la phase diagnostique à la phase post-opératoire, il ne semble pas qu'il y ait des raisons empiriques de refuser la demande de changement de sexe

Résultats des études de suivi

- ❑ Etudes svr rétrospectives: évaluer la satisfaction vis-à-vis du THC
 - ❑ La majorité (plus de 93%) des transsexuels répond par l'affirmative à la question clé: «si c'était à refaire, le referiez-vous ? ».
 - ❑ Résultats insatisfaisants dans 5-8% des cas. Pourcentage moins élevé chez les FtM.
 - ❑ Les regrets profonds et tenaces sont rares: moins de 1% pour les FM et de 1 à 1,5% pour les MF.
 - ❑ Trois sources majeures de regret :
 - ❑ erreur de diagnostic (psychose)
 - ❑ absence de test de vie réelle dans le genre vécu
 - ❑ protocole d'interventions chirurgicales peu adapté et résultats chirurgicaux décevants (longueur de l'attente ; résultats chirurgicaux esthétiquement peu satisfaisants et/ ou peu fonctionnels).