

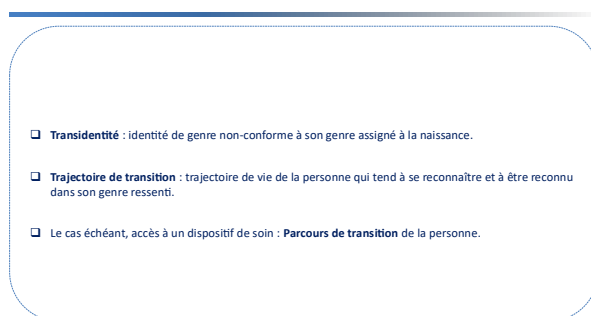
Vécus transidentitaires : les conditions du meilleur accompagnement possible

Pr François Medjkane, pédopsychiatre, France

L'accompagnement des vécus transidentitaires s'inscrit aujourd'hui dans une dynamique de transformation profonde, portée par des évolutions scientifiques, médicales et socioculturelles majeures. Les pratiques contemporaines s'attachent à offrir un cadre interdisciplinaire capable de répondre à la visibilisation croissante des diversités des identités de genre, c'est-à-dire des différentes manières de vivre intimement son genre. L'expérience acquise au sein de dispositifs hospitaliers universitaires spécialisés — comme celui développé au Centre Hospitalier Universitaire de Lille depuis janvier 2016 — démontre l'importance d'accueillir de manière globale et synchrone les enfants, les adolescents, les adultes ainsi que leurs proches, qu'ils soient en questionnement ou engagés dans une trajectoire de transition.

Repères terminologiques et évolutions nosographiques

Sur le plan scientifique comme en termes de savoir expérientiel, le terme *transidentité* renvoie au fait de se ressentir d'un genre différent du genre assigné à la naissance. Cette assignation initiale, traditionnellement binaire (masculin ou féminin), repose exclusivement sur l'apparence des organes génitaux externes du nouveau-né. Pourtant, au cours du développement — parfois dès l'âge de 2 ou 3 ans —, un enfant peut exprimer une dissonance entre son vécu intime et cette assignation. Guidée par une véritable « boussole interne », chaque personne cherche naturellement à se percevoir en accord avec son ressenti profond et à être reconnue comme telle par son entourage, engageant ainsi une trajectoire de transition. Celle-ci s'envisage avant tout comme une trajectoire de vie visant à réaligner le vécu intime, l'auto-perception et le regard social.



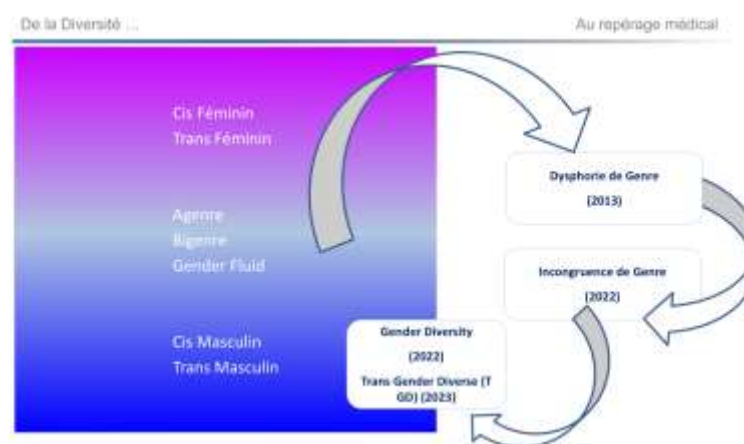
Cette diapositive pose les fondements terminologiques en définissant la transidentité, l'assignation de genre à la naissance et le concept de trajectoire de transition comme réalignement du vécu intime et de la perception sociale.

La recherche médicale et scientifique valide désormais la pluralité des identités de genre,

qui s'étendent bien au-delà de la seule binarité des genres. Si les parcours peuvent osciller le long d'un gradient allant du féminin au masculin, une reconnaissance accrue est accordée aux identités non binaires, caractérisées par un positionnement en dehors de cette binarité, à l'instar des personnes *agenres* (ne se ressentant ni homme ni femme) ou *bigenres* (se ressentant homme et femme à la fois).

Deux classifications nosographiques majeures ont marqué l'histoire contemporaine de la prise en charge médicale :

- **La dysphorie de genre (DSM-5, 2013)** : Introduit par l'Association américaine de psychiatrie, ce diagnostic a permis une avancée conceptuelle cruciale en stipulant que le caractère pathologique ne réside pas dans le vécu transidentitaire lui-même, mais exclusivement dans la souffrance psychique induite par l'incongruence de genre. Ce changement de paradigme a invité les thérapeutes au niveau international à cibler la détresse psychologique plutôt que l'identité de la personne. C'est dans cette même philosophie de respect de l'intégrité des personnes que s'inscrit l'interdiction légale des thérapies de conversion en France, interdisant toute mesure visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'un individu.
- **L'incongruence de genre (CIM¹-11, Organisation mondiale de la santé)** : Cette catégorisation fait date, car elle marque la sortie officielle de la transidentité du registre des troubles psychiatriques pour l'intégrer au chapitre de la santé sexuelle. Ce déplacement est fondamental : il valide le fait que les personnes concernées ne souffrent pas d'une pathologie mentale intrinsèque, mais requièrent néanmoins l'accès à des soins supports spécifiques en vue de leur épanouissement personnel. Pour les équipes cliniques, cette catégorisation offre une base scientifique robuste pour légitimer et structurer l'accompagnement médicalisé.



Cette diapositive illustre l'évolution historique et médicale des diagnostics, mettant en évidence le passage de la dysphorie de genre (DSM-5) à l'incongruence de genre (CIM-11) et l'affirmation des identités non binaires.

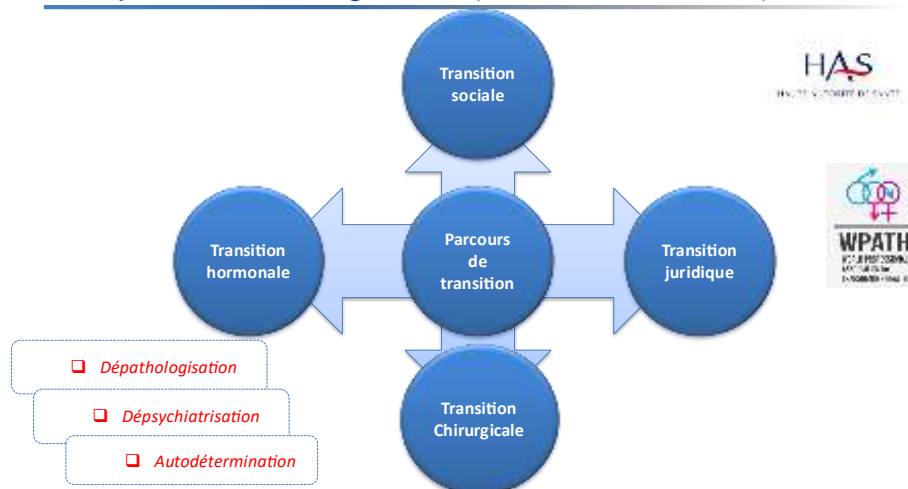
Données épidémiologiques et modèle de stress des minorités

Sur le plan épidémiologique, les données validées par des consortiums internationaux comme la WPATH (*World Professional Association for Transgender*

¹ Classification internationale des maladies.

Health) établissent que la transidentité concerne environ une personne sur cent, indépendamment de la culture ou de l'époque historique considérée.

Principes de Prise en charge WPATH (SOC 7.2012 – SOC8.2022)



10

Cette diapositive détaille les quatre dimensions du parcours de transition (sociale, hormonale, chirurgicale et juridique) selon les standards de la WPATH (SOC 8), tout en réaffirmant les principes directeurs de dépathologisation, de dépsychiatisation et d'autodétermination de la personne.

La recherche scientifique s'est largement penchée sur l'identification d'éventuels facteurs causaux (génétiques, hormonaux, neurophysiologiques, neuroanatomiques ou liés aux dynamiques parentales). À ce jour, aucune étude n'a pu identifier de facteur causal unique ou déterministe. La communauté scientifique s'accorde donc à considérer les transidentités comme des variations de la diversité humaine et non comme des pathologies.

Toutefois, si être une personne trans n'est pas une pathologie, cela demeure aujourd'hui un facteur majeur de vulnérabilité en termes de santé mentale, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 25 ans. La souffrance psychique observée chez ces patients dépend de trois facteurs interconnectés :

1. **L'incongruence de genre** : Le mal-être intrinsèque lié à la dissonance entre la perception interne de soi et le genre assigné ou perçu, tel que décrit sous le prisme de la dysphorie.
2. **Les difficultés relationnelles (pairs et parents)** : Les données relatives au milieu scolaire révèlent une prévalence alarmante du harcèlement, mesurée à 76 % en 2011 et culminant à 80 % en 2020, ce qui démontre une persistance systémique du phénomène. De plus, le rejet familial apparaît directement corrélé au risque suicidaire. À l'inverse, lorsqu'une famille se montre acceptante et soutenante, les niveaux de risque suicidaire et de troubles dépressifs de l'adolescent rejoignent ceux de la population générale.
3. **Les co-occurrences pédopsychiatriques** : Les indicateurs cliniques actuels révèlent qu'une personne trans sur trois réalisera une tentative de suicide au cours de son existence, avec une surmortalité par suicide multipliée par 19

par rapport à la population générale, ce qui atteste de la gravité extrême des passages à l'acte. De surcroît, le risque de développer un trouble dépressif est multiplié par 4, et celui d'un trouble anxieux généralisé par 3.

La Transidentité est ...

Un fait établi sur le plan épidémiologique.

0.6–1.7% population générale

Zucker KJ Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health (2017).

Ne s'inscrit pas dans une perspective pathologique.

« Une question de variation et non de pathologie. »



Un facteur de vulnérabilité.

- ❑ Organisation Mondiale de la Santé (2014).
Les personnes LGBTI comme un groupe vulnérable au suicide
- ❑ Observatoire National du suicide (novembre 2014).
Risque suicidaire accentué chez les minorités sexuelles adolescents et jeunes adultes
- ❑ Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES (2014)
RR de suicide multiplié par 10 ado. Transidentitaires. RR Troubles Humeur et Addictions ado. Transidentitaires.
- ❑ Retranscription dans le cadre des Politiques publiques de Santé

5

Cette diapositive est essentielle pour exposer les données chiffrées de santé mentale : les taux de harcèlement scolaire (76% et 80%), la prévalence des tentatives de suicide (1/3) et les sur-risques de dépression et d'anxiété.

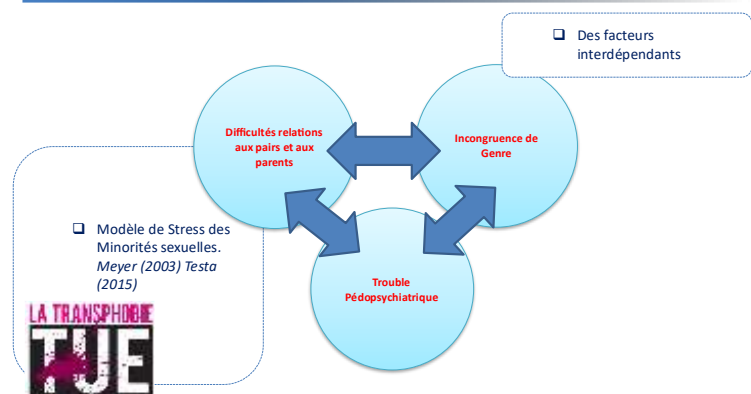
Pour expliquer cette surreprésentation des troubles psychiatriques, la clinique s'appuie sur le *modèle de stress des minorités sexuelles* (développé par Meyer en 2003 et adapté spécifiquement à la population trans par Testa en 2015). Ce modèle démontre que les co-occurrences psychiatriques ne sont pas inhérentes à la transidentité, mais résultent directement du stress chronique engendré par la stigmatisation, le rejet et les discriminations sociales. Ces différents facteurs s'alimentent mutuellement : une faible estime de soi entrave l'intégration sociale, tandis que le rejet par les pairs fragilise la construction narcissique de l'individu.

Les principes d'un accompagnement global et transaffirmationnel

Une prise en charge efficiente implique d'apporter des réponses spécifiques et synchrones à l'ensemble de ces facteurs de vulnérabilité. Le parcours de transition répond directement à l'incongruence de genre, mais il doit obligatoirement s'accompagner d'une vigilance accrue concernant la scolarité ou l'emploi, d'un soutien social et associatif proactif, et de soins en santé mentale adaptés en cas de trouble psychiatrique avéré. Le principal levier de changement réside dans la concomitance des interventions : le parcours de transition et les soins de santé mentale doivent se déployer de manière synchrone.

Cette diapositive synthétise la vision globale du projet de soins, illustrant l'interdépendance et la nécessaire simultanéité entre le parcours de transition, le soutien de l'environnement (scolaire/associatif) et les soins de santé mentale.

Souffrance psychique à l'Adolescence et Transidentité(s)



7

Sur le territoire français, les modalités actuelles associent étroitement le support médical au tissu associatif, notamment à travers les dispositifs de pair-aidance, scientifiquement reconnus comme l'un des meilleurs facteurs de protection de la santé mentale. Les recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) s'alignent sur les directives internationales de la WPATH et consacrent trois piliers fondamentaux :

- **La dépathologisation** : Considérer les transidentités comme des variations saines du développement humain.
- **La dépsychiatisation** : Affirmer l'absence de contre-indication psychiatrique systématique à la réalisation d'un parcours de transition.
- **L'autodétermination** : Postuler que seule la personne elle-même est légitime pour définir son identité et identifier ses besoins spécifiques (qu'ils impliquent des démarches de transition sociale, hormonale, chirurgicale ou juridique). Il convient de noter que la transition administrative et juridique est totalement indépendante et autonome de l'avancée d'un éventuel parcours de soins médicalisés.

Principes de Prise en charge et Accompagnement

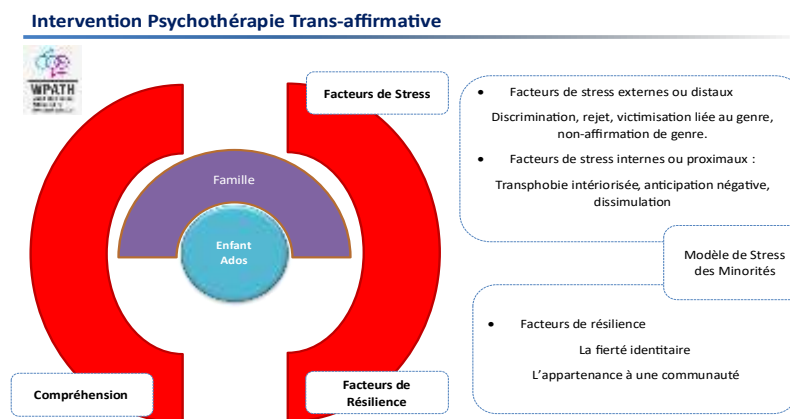


8

Cette diapositive introduit le cadre de la HAS et détaille le triptyque fondamental : Dépathologisation, Dépsychiatisation, Autodétermination, ainsi que l'articulation du consentement éclairé.

La psychothérapie transaffirmative et l'exploration de genre

La transition sociale — qui englobe l'affirmation de soi face à soi-même et face aux autres en adéquation avec son sentiment intime de genre — constitue l'espace privilégié des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes). Les indications d'une psychothérapie transaffirmative sont larges : elles incluent les situations de conflits identitaires face à un environnement non facilitant, la présence de co-occurrences psychiatriques (qu'elles soient un retentissement du stress de minorité ou un trouble indépendant) ou une simple demande d'accompagnement de la part de l'intéressé ou de sa famille.

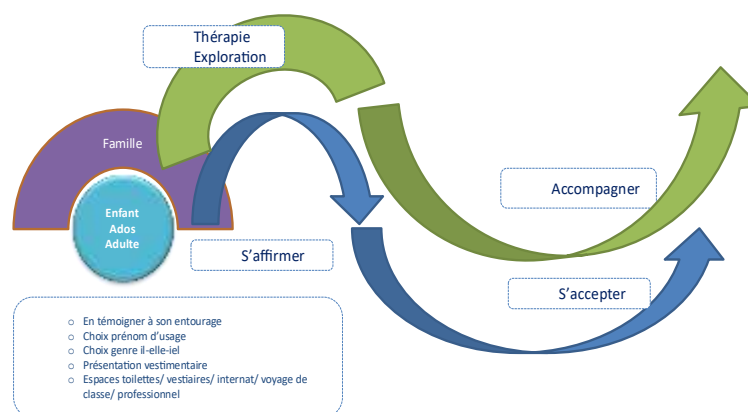


Cette diapositive illustre concrètement les étapes de la transition sociale accompagnées en thérapie, telles que le choix du prénom d'usage, l'expression vestimentaire et l'aménagement des espaces du quotidien (toilettes, vestiaires).

15

L'intervention repose sur la création d'un espace thérapeutique sécurisant (*safe*) favorisant la compréhension de soi et le repérage des facteurs de stress et de résilience. Elle prend également la forme d'une *thérapie d'exploration de genre*, outil déontologique et technique visant à guider la personne vers la prise de décision la plus éclairée et adaptée à sa situation. Dans ce cadre, des mises en situation concrètes, progressives et exemptes de mise en danger, constituent des protocoles robustes validés au niveau international pour aider le patient à évaluer la pertinence de son parcours de transition, tout en impliquant activement les proches et les institutions (scolaires ou professionnelles).

Psychothérapie Trans-affirmative



16

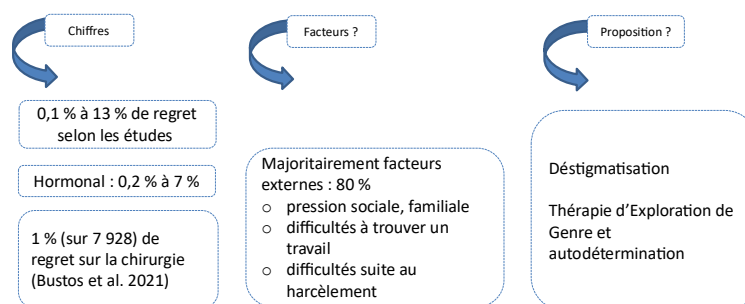
Cette diapositive illustre concrètement les étapes de la transition sociale accompagnées en thérapie et dans l'exploration de genre, telles que le choix du prénom d'usage, l'expression vestimentaire et l'aménagement sécurisé des espaces du quotidien (toilettes, vestiaires, milieu scolaire ou professionnel).

La question des parcours discontinués et des regrets

L'analyse scientifique des situations de regret, de détransition ou de parcours discontinués se heurte à la rareté statistique de ces événements, rendant la production de données robustes complexe. La littérature internationale fait état d'un taux de regret oscillant entre 0,1 % et 1,3 % selon les cohortes considérées.

Cette diapositive présente les données chiffrées essentielles sur les regrets et les détransitions, démontrant leur rareté statistique (0,1 % à 13 %) et mettant en lumière l'impact prépondérant des facteurs environnementaux externes (80 %).

Regrets Détransition Parcours discontinués (Condat & Cohen, 2022)



17

« L'analyse scientifique des situations de regret, de détransition ou de parcours discontinués se heurte à la rareté statistique de ces événements... »

À ce titre, il convient de souligner une nuance méthodologique cruciale : la littérature montre que les taux supérieurs à 1–2 % proviennent souvent d'études plus anciennes, dont les biais sont aujourd'hui documentés (comme l'assimilation erronée des « perdus de vue » à des cas de regret, ou l'inclusion de personnes ayant interrompu leur parcours uniquement en raison du stress de minorité et de la transphobie ambiante, et non par un alignement de genre erroné). À l'inverse, les méta-analyses et cohortes contemporaines de grande envergure (comme Bustos et al., 2021) situent le regret authentique à un niveau extrêmement faible, inférieur à 1 %.

L'apport majeur des investigations cliniques réside précisément dans l'analyse étiologique de ces situations : ces regrets sont majoritairement dictés par des facteurs environnementaux externes, au premier rang desquels figurent l'absence de soutien, l'isolement social et le rejet actif de l'entourage familial, scolaire ou professionnel. Face à ce constat, les préconisations scientifiques invitent non pas à restreindre l'accès aux soins d'affirmation, mais à intensifier la déstigmatisation des vécus trans, à consolider l'accompagnement par l'exploration de genre et à sanctuariser le processus d'autodétermination.

Conclusion

L'évolution des pratiques d'accompagnement des personnes trans dépasse le seul champ de l'affirmation de genre pour interroger plus globalement l'éthique des soins contemporains. Les enseignements tirés de ces suivis cliniques invitent à repenser la relation médecin-patient vers un modèle plus horizontal, fondé sur le partenariat et le respect de l'autonomie du patient. Ils engagent le corps médical à inscrire l'action soignante au-delà de la simple réduction de la souffrance symptomatique, pour l'orienter vers une véritable démarche de promotion de la santé, de l'autonomie et de l'épanouissement global de l'individu.