

Transidentité et santé mentale : Analyse comparative des pratiques et des recommandations (France – Luxembourg)

Sophie Jackson, psychiatre, Luxembourg

L'accompagnement des personnes transidentitaires au sein du système de santé soulève des enjeux majeurs, tant sur le plan des modalités de prise en charge que sur celui de l'impact psychologique des parcours de transition. À travers une analyse comparative des pratiques en France et au Luxembourg, ainsi qu'au regard des directives internationales (SOC-8) de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), il apparaît essentiel de documenter les évolutions récentes vers une dépsychiatisation des parcours et de mesurer la prévalence des troubles co-occurents liés aux facteurs environnementaux.

Le cadre réglementaire et les recommandations institutionnelles

Les dispositions en France et les recommandations de la HAS

Le modèle français a récemment évolué avec la publication de nouvelles recommandations par la Haute Autorité de Santé (HAS) en juillet 2025, sachant que la version précédente datait de 2009.

Prise en charge financière et rôle du médecin généraliste : Pour la demande de prise en charge par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), le médecin généraliste fait une demande d'ALD (Affection Longue Durée). Ce dispositif, commun à toutes les maladies chroniques, permet une prise en charge à 100 % (sans aucun reste à charge pour le patient) pour l'ensemble des rendez-vous, y compris avec le psychiatre, les traitements médicamenteux, chirurgicaux (sous conditions) et les soins annexes comme l'orthophonie pour la modification de la voix. La liste des soins est établie par le médecin généraliste, puis la CPAM l'accepte partiellement ou entièrement. Sans ALD, la CPAM prend en charge les soins à 70 % et le reste est couvert par la mutuelle. On observe d'ailleurs une variabilité selon les régions pour l'acceptation : à Besançon, par exemple, l'épilation faciale était le plus souvent prise en charge.

Prise en charge de l'hormonothérapie : Pour avoir accès à l'hormonothérapie, une consultation chez un médecin généraliste formé est suffisante. Il n'est pas nécessaire de passer par un endocrinologue et, surtout, la prescription d'hormones n'est pas conditionnée par une consultation psychiatrique.

Prise en charge de la chirurgie : Pour la chirurgie, l'ALD est requise, et seuls les actes considérés comme médicaux (et non esthétiques) sont pris en charge. La chirurgie doit être réalisée dans un cadre conventionné, ce qui signifie que les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient ou de sa mutuelle.

Principes cliniques de la HAS

En France, les médecins s'appuient sur ces recommandations de la HAS, qui font office de guide de bonnes pratiques. Il y est indiqué textuellement que l'identité de genre ne doit pas faire l'objet d'une évaluation psychiatrique diagnostique.

En France

- **Recommandations de la HAS** de juillet 2025¹ (la précédente version date de 2009) :
- Pour la demande de prise en charge : l'**ALD** (affection longue durée) est demandée par le **médecin traitant** : **elle peut couvrir à 100 %** tous les rendez-vous (y compris avec le psychiatre), les traitements médicamenteux, chirurgicaux (sous conditions), orthophoniques...
- ❖ Sera acceptée totalement ou en partie par la CPAM, variabilité selon les régions (ex : épilation faciale)
- **Prise en charge de l'hormonothérapie** :
- ❖ **Non conditionnée à une consultation psychiatrique**
- ❖ Peut être réalisée par tout médecin formé (généralistes)
- **Prise en charge de la chirurgie** : patient.e reconnu.e en ALD, acte considéré comme médical (non esthétique), doit être réalisée dans un cadre conventionné

L'accueil initial se fait par un professionnel de premier recours (en général le médecin traitant, mais cela peut être une autre spécialité). Il est recommandé d'individualiser l'accompagnement selon les besoins, d'accueillir le patient sans jugement ni idée préconçue, de fournir un environnement bienveillant et d'utiliser le prénom et les pronoms demandés. Note : Pour l'instant, cela ne concerne que les adultes, les recommandations pour les enfants devant sortir cette année.

Pour l'entretien initial, la HAS recommande d'explorer l'histoire en lien avec l'incongruence de genre et sa persistance dans le temps, d'établir les besoins pour un parcours personnalisé et de souligner l'importance du consentement éclairé. Il faut aussi évaluer les ressources de l'individu (cercles relationnels, sociaux, associatifs). À Besançon, par exemple, un groupe de parole mensuel avait été mis en place pour les proches. Enfin, tout au long du parcours, il est nécessaire d'informer sur les options, les bénéfices et les risques (y compris les résultats attendus et les limites des traitements). L'information sur la fertilité est obligatoire, avec la proposition systématique d'une consultation sur la préservation des gamètes.

Santé mentale et recommandations de la HAS

En France : recommandations de la HAS : Santé mentale

- Aucune psychothérapie obligatoire de façon systématique
- Le repérage de troubles psychiatriques, neurodéveloppementaux, ou de problèmes psychosociaux peut être réalisé **par le professionnel de premier recours** (souvent médecin traitant formé)
- Si un soutien par un professionnel de santé mentale (psychiatre, psychologue) est nécessaire :
- ❖ Orientation par le médecin traitant recommandée mais **ne doit pas entraîner un délai de prise en charge supplémentaire** et elle doit s'organiser **en parallèle** du processus global de prise en charge
- ❖ Utilisation d'outils d'affirmation de soi, apprentissage de la gestion du stress, psychoéducation centrée sur la lutte contre les stéréotypes
- ❖ Les thérapies de conversion ont montré leur effet délétère et sont **interdites par la loi depuis 2022**

Aucune psychothérapie n'est obligatoire de façon systématique. Le repérage de troubles psychiatriques, neurodéveloppementaux ou de problèmes psychosociaux peut être réalisé directement par le professionnel de premier recours (le médecin traitant). Si un soutien par un psychiatre ou un psychologue est nécessaire, le médecin

oriente le patient, mais cela ne doit pas entraîner de délai de prise en charge supplémentaire et doit s'organiser en parallèle du processus global.

Le rôle du psychiatre ou du psychologue est alors d'apporter des outils d'affirmation de soi, d'enseigner des techniques de gestion du stress et de faire de la psychoéducation centrée sur la lutte contre les stéréotypes. Par ailleurs, les thérapies de conversion ont amplement montré leur effet délétère et sont interdites par la loi en France depuis 2022.

Comparaison avec les standards internationaux (SOC-8) et les spécificités luxembourgeoises

Les Standards de Soins de la WPATH (SOC-8)

Les recommandations internationales de la SOC-8 (datant de 2022) partagent de nombreux éléments communs avec la HAS. L'évaluation initiale doit être réalisée par des professionnels capables de détecter les problèmes de santé mentale et de les distinguer de la dysphorie de genre, mais cela peut tout à fait être fait par des infirmiers, et pas forcément par des médecins.

Les critères de la SOC-8 reposent sur les points suivants :

- Favoriser l'alliance thérapeutique et évaluer le consentement au traitement.
- Constaté une incongruence de genre marquée et soutenue dans le temps.
- Exclure d'autres causes : la seule contre-indication réelle est l'épisode psychotique aigu, où l'on attend de voir si la transidentité reste présente en dehors de cet épisode.
- Évaluer les besoins psychosociaux et aborder la transition sociale (sachant qu'elle n'est pas obligatoire pour accéder aux traitements).
- Informer de manière indispensable sur les effets sur la fertilité et explorer les options de conservation des gamètes.

Cette répétition montre que les recommandations françaises sont désormais globalement alignées sur les standards internationaux, contrairement au Luxembourg. Cela reste toutefois très récent.

Le consentement éclairé

Le consentement éclairé signifie que les patients ont le droit de prendre une décision volontaire et lucide concernant leurs soins. Ils doivent connaître la nature, les risques et les avantages des options qui s'offrent à eux, y compris les effets secondaires des hormones, et ont le droit de refuser un traitement.

Consentement éclairé

- Définition : **les patients ont le droit de prendre une décision éclairée et volontaire concernant leurs soins.** Cela signifie qu'ils doivent **connaître la nature, les risques et les avantages des différentes options qui s'offrent à eux**, y compris le droit de refuser un traitement
- **Informé des risques, bénéfices**
- Le consentement peut être compliqué dans le cas des troubles cognitifs et des psychoses. Pas de contre-indication absolue, mais **conseil de concertation multidisciplinaire, attention particulière à observer**
- Les troubles anxieux, dépressifs, troubles neurodéveloppementaux (TSA, TDAH) n'empêchent pas de donner un consentement éclairé

Le consentement peut s'avérer plus complexe en cas de troubles cognitifs ou de psychoses, mais il n'y a pas de contre-indication absolue. La SOC-8 conseille alors une concertation multidisciplinaire (une réunion où plusieurs médecins de spécialités différentes discutent ensemble de la meilleure alternative). Bien entendu, les troubles anxieux, dépressifs ou neurodéveloppementaux (comme les troubles du spectre autistique ou le TDAH) n'empêchent en rien de donner un consentement éclairé, car ils n'altèrent pas la capacité de jugement.

Transidentité, santé mentale et réalités cliniques

Quelques statistiques générales

Les données statistiques mettent en évidence une vulnérabilité psychologique importante, directement liée à l'environnement social :

Indicateur de santé mentale	Prévalence / Risque par rapport à la population générale
Risque suicidaire	8 fois plus élevé
Tentative de suicide (historique)	Environ 1/3 des personnes transidentitaires (33%)
Risque dépressif	4 fois plus élevé
Anxiété sociale	Touche 31% des personnes transidentitaires
Troubles des conduites alimentaires (TCA)	Risque et préoccupations corporelles significativement plus élevés

Tab. 1 : Prévalence / Risque par rapport à la population générale

À l'inverse, l'accès à la transition (qu'elle soit sociale, hormonale ou chirurgicale) améliore nettement ces troubles. De nombreuses études démontrent une nette amélioration de la qualité de vie, de la satisfaction corporelle et de la santé mentale (baisse de l'anxiété, de la dépression et des idées suicidaires). L'hormonothérapie en elle-même diminue la dépression et l'anxiété, et l'accès aux traitements médicaux d'affirmation de genre est directement associé à une réduction substantielle du risque de tentative de suicide^{1,2,3,4,5,6,7,8}.

Le poids des facteurs environnementaux : Stigmatisation et discriminations

Ces risques élevés d'anxiété et de dépression s'expliquent par le fait que de nombreuses personnes trans sont victimes de stigmatisation, de préjugés, de discriminations, de harcèlement, d'abus et de violences. Cela entraîne une marginalisation sociale, économique

et juridique, et a des conséquences graves sur la santé, allant jusqu'à la mort (par agression ou suicide).

Le milieu médical n'est d'ailleurs pas épargné : beaucoup de personnes trans subissent des discriminations et de mauvais traitements dans les milieux de soin, ce qui conduit à des impacts négatifs et à des soins non optimaux.

En France

- ❑ En France, en 2014: 82% des personnes transidentitaires déclarent avoir subi des discriminations transphobes au cours des 12 derniers mois²⁵:
- ✓ Chiffre qui inclut tous les espaces sociaux : école, espace public, services privés et publics...
- ❖ **Discrimination à l'embauche**, moqueries fréquentes, **harcèlement** dans la rue, agressions, discriminations pour l'accès au logement...
- ❖ **Rejet familial**
- Conséquences : **troubles de stress post-traumatique**, **troubles de stress post-traumatiques complexes** fréquents

En France, selon des données de 2014, 82% des personnes transidentitaires déclaraient avoir subi des discriminations transphobes au cours des 12 derniers mois⁹. Cela inclut tous les espaces sociaux : l'école, l'espace public, les services publics et privés, ainsi qu'une forte

discrimination à l'embauche, des moqueries fréquentes, du harcèlement de rue, des difficultés d'accès au logement et, très souvent, un rejet familial. Ces violences répétées depuis l'enfance ont pour conséquence directe des troubles de stress post-traumatique (TSPT) et des troubles de stress post-traumatique complexes (TSPT-C).

Liens avec les Troubles du Neurodéveloppement (TND)

Les études montrent qu'environ 11% des personnes trans présenteraient un TSA (Trouble du Spectre Autistique)^{10,11}, contre 1 à 2% en population générale, et qu'il y aurait environ 7% de personnes trans au sein de la population autiste (données issues d'une méta-analyse réalisée à Lyon¹²). Bien qu'aucune cause n'ait été formellement établie, deux hypothèses peuvent être avancées :

1. Dans l'autisme, les normes sociales sont généralement moins intégrées, ce qui peut amener à se questionner plus librement sur le genre (on retrouve d'ailleurs davantage de personnes non-binaires chez les personnes autistes).
2. Comme les personnes trans passent encore quasi systématiquement par une consultation psychiatrique, les troubles du neurodéveloppement y sont plus souvent dépistés, alors qu'ils restent sous-diagnostiqués dans la population générale.

De même, la prévalence des personnes trans est également plus importante au sein de la population présentant un TDAH.

Synthèse des pratiques et observations cliniques comparées

En comparant la pratique libérale en France (Besançon, pendant 7 ans) et au Luxembourg (depuis un an), on observe une forte similitude générale, notamment sur la nécessité de respecter les prénoms/pronoms, de prendre en compte la non-binarité, d'explorer l'histoire de l'incongruence pour identifier les traumatismes, et d'éviter d'imposer un parcours type

rigide. Le rôle du praticien est d'accompagner la réflexion, de valider le consentement et d'évoquer dès le départ l'impact sur la fertilité.

Lors de la première consultation, le bilan de santé mentale recherche les antécédents, les co-occurrences (anxiété, dépression, TSPT) et repère les TND (TSA, TDAH) sans imposer de tests complets systématiques. Le traitement peut inclure des antidépresseurs et des psychothérapies adaptées (soutien, EMDR pour les traumatismes) tout en évaluant le système de soutien psychosocial.

Les divergences majeures avec le Luxembourg

Au Luxembourg, le cadre impose des contraintes spécifiques : il est obligatoire d'établir un diagnostic formel et de rédiger un rapport psychiatrique pour obtenir la prise en charge par la CNS. Cette obligation fait peser une pression beaucoup plus importante sur les patients, ce qui peut altérer l'alliance thérapeutique et aggraver les troubles anxieux et dépressifs. Cliniquement, il y a une différence d'efficacité majeure entre une consultation imposée et une démarche volontaire.

Consultation en France et au Luxembourg : différences

■ Au Luxembourg:

- ❖ Nécessité d'établir un diagnostic
- ❖ Nécessité de faire un rapport pour demander la prise en charge à la CNS
- ❖ Pression plus importante pour les patients qui peut entacher l'alliance thérapeutique et augmenter encore des troubles anxieux et dépressifs
- ❖ Différence « d'efficacité » entre une consultation imposée et une consultation volontaire d'un psychiatre ou psychothérapeute

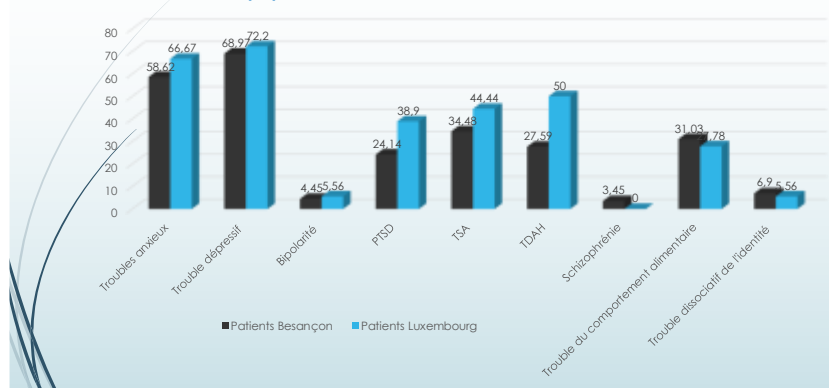
Pourtant, les co-occurrences psychiatriques ne contre-indiquent pas l'accès aux traitements d'affirmation de genre. Les prises en charge se font en parallèle : il n'y a pas besoin de guérir d'abord une dépression pour commencer la transition. La seule contre-indication psychiatrique réelle reste l'état psychotique aigu.

La dépsychiatisation (comme en France) offre des avantages évidents : un accès plus rapide à l'hormonothérapie améliore la santé et réduit le risque suicidaire, tandis qu'une démarche volontaire fortifie l'alliance thérapeutique. De plus, simplifier les procédures officielles limite le découragement et réduit le risque que les patients achètent des traitements hors prescription sur internet.

Données cliniques personnelles (Besançon vs Luxembourg)

À titre indicatif, la part de patients trans représentait environ 14% de la patientèle en France et environ 20% au Luxembourg, avec dans les deux cas environ 30% de personnes non-binaires.

Troubles psychiatriques et troubles neuro-développementaux



Tab. 2 : Troubles psychiatriques et troubles neuro-développementaux

Le profil clinique des patients suivis montre les prévalences suivantes :

- **Troubles dépressifs** : Environ 70% des patients (légèrement plus au Luxembourg).
- **Troubles anxieux** : Environ 60% des patients dans les deux pays.
- **TSA et TDAH** : On note 44% de TSA et 50% de TDAH parmi les patients au Luxembourg. Ce taux, plus élevé qu'en France, s'explique principalement par le fait qu'en début d'activité à Besançon, le praticien n'était pas encore formé à ce repérage spécifique.

En analysant de près les troubles dépressifs, on constate que **30% des patients ne présentent aucun trouble dépressif ni antécédent**, prouvant que la dépression n'est pas inhérente à la transidentité. De plus, les dépressions causées exclusivement par la dysphorie de genre pure sont infimes (5% au Luxembourg, 0% en France) ; l'immense majorité des troubles est liée à des causes externes ou mixtes (environnement, burnout, deuils et transphobie). Enfin, concernant le syndrome de stress post-traumatique, **40% des cas de PTSD dans les deux pays sont directement liés aux agressions transphobes et à la transphobie**, ce qui est un chiffre considérable.

Conclusion

En somme, les recommandations internationales et l'évolution de la HAS en France convergent vers la dépsychiatriation. Le consentement éclairé doit être au centre du parcours. Si les co-occurrences avec l'anxiété ou la dépression sont fréquentes, elles découlent avant tout des violences subies et de la transphobie environnante. C'est pourquoi l'accompagnement psychiatrique ou psychologique s'avère bien plus bénéfique et mieux vécu lorsqu'il repose sur une démarche volontaire et non sur une contrainte administrative.

Bibliographie

1 : Baker, K.E., Wilson, L.M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K. et Robinson, K.A. (2021). Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4). bvab011, <https://doi.org/10.1210/ednso/bvab011>.

- 2 : De Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G., Rubens, R., ... Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, 15(2). pp. 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2006.04.002>.
- 3 : Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G. et Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6). pp. 1808-1816. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>.
- 4 : Nguyen, H.B., Chavez, A.M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S.L., Davies, R.D. et Epperson, C.N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(110). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>.
- 5 : Nobili, A., Glazebrook, C. et Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), pp. 199-220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>.
- 6 : Owen-Smith, A.A., Gerth, J., Sineath, R.C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T.A., Getahun, D., ... Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), pp. 591-600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>.
- 7: Rowniak, S., Bolt, L. et Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBIM Evidence Synthesis*, 17(9), pp. 1826-1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRI-2017-003869>.
- 8 : Bauer, G.R., Scheim, A.I., Pyne, J., Travers, R. et Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15,(525). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>.
- 9 : Alessandrin, A. (2022). Sociologie des transidentités. *Médecine/Sciences*, 38(10), pp. 816-820. <https://doi.org/10.1051/medsci/2022129>.
- 10: Warrier, V., Greenberg, D.M., Weir, E., Buckingham, C., Smith P., Lai, M.C., Allison, C. et Baron-Cohen S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nature Communications*, 11(3959). <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>.
- 11: Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K.C., Zajac J.D. et Cheung A.S. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50. pp. 695–706. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>.
- 12 : Bonazzi, G., Peyroux, E., Jurek, L., Giroudon, C., Souiller, L., Nourredine, M. et Demily, C. (2025). Gender on the Spectrum: Prevalence of gender variance in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Autism in Adulthood*, 0. <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0202>.