

Un défi croissant, mais qu'il faut surmonter

# La variance de genre en soins primaires

Nicole Brüll, David García Nuñez

Innovations-Focus für Geschlechtervarianz, Universitätsspital Basel, Basel

Le phénomène «trans» est omniprésent et soulève des interrogations chez de nombreux prestataires de soins primaires. Avec cet article, nous souhaitons sensibiliser à cette thématique, mais également présenter des solutions pour répondre de manière compétente aux questions des personnes concernées afin de pouvoir les accompagner efficacement dans leur parcours individuel.

## Introduction

Au niveau international, la prévalence des personnes qui situent leur «genre» (tab. 1) en dehors des représentations normatives se trouve entre 0,5–4,5% chez les adultes et 2,5–8,4% chez les enfants et adolescents [1]. Ces chiffres indiquent que le phénomène de «variance de genre» (tab. 1) a jusqu'à présent été sous-estimé. Manifestement, une partie significative de la population ne se sent pas à l'aise dans le système genré actuel, ce qui entraîne des «tensions de genre» (tab. 1). Inversement, il est aussi évident que seule une faible portion de ce groupe (0,3–0,5% des adultes et 1,2–2,7% des enfants et adolescents) s'identifie effectivement en tant que «trans» (tab. 1) [1]. Parmi ces personnes, toutes n'entreprennent pas une «transition sociale», «médicale» et/ou «juridique» (tab. 2). Dans l'enquête significative jusqu'à présent réalisée sur les parcours transitionnels, 78% des personnes trans interrogées ont indiqué souhaiter un traitement hormonal ou déjà en recevoir un. Seules 25% des personnes interrogées avaient bénéficié d'une chirurgie d'affirmation de genre [2]. Cela montre que toute tension de genre n'entraîne pas une identification en tant que personne trans et que toutes les personnes trans ne nécessitent pas des interventions médicales.

Lorsque les tensions de genre atteignent, au quotidien, un degré tel que la personne concernée est disposée à prendre des contre-mesures, il est question «d'incongruence de genre» (IG) (tab. 1). L'OMS attribue une valeur pathologique à l'IG, toutefois pas dans le sens d'un trouble psychiatrique, mais sous forme d'un état de santé possible qui peut survenir chez certains individus [3]. Lorsque l'IG entraîne une souffrance psychique

significative, il est question de «dysphorie de genre» (DG) (tab. 1) [4]. Les tensions de genre sous-jacentes ainsi que le degré de sévérité au quotidien dépendent du cadre social dans lequel la personne séjourne et peuvent donc être perçues comme fluctuantes. C'est pourquoi il n'est pas toujours possible de faire la nette distinction entre l'IG et la DG. Ces termes seront par conséquent employés ensemble (IG/DG) dans ce texte. Ces dernières années, la perception du concept de genre a fortement changé dans notre société. La classification des genres ne se limite plus au féminin et au masculin, mais inclut de nombreuses autres dimensions. Le fait que les catégories binaires de genre représentent une majorité statistique ne signifie pas que d'autres options non binaires ne peuvent pas exister ou doivent être pathologisées. De même, les expertes et experts s'accordent sur le fait que, d'un point de vue bio-psycho-social, le genre peut être classé en diverses composantes, dont les principales sont «le corps genré», «l'identité de genre», «le rôle de genre», «l'orientation sexuelle» et «la préférence romantique» (tab. 1). Des tensions peuvent apparaître entre ces composantes, entraînant parfois une IG/DG (fig. 1). Selon que les tensions se manifestent entre l'identité de genre et le corps genré ou entre l'identité de genre et le rôle de genre, il est question d'une IG/DG d'ordre corporelle ou sociale.

## Transition et santé mentale

Les personnes présentant une IG/DG sont touchées par les mêmes thèmes de santé que la population générale. L'ampleur de leurs tensions de genre a toutefois pour conséquence que ces personnes évoquent des démarches d'affirmation de genre au quotidien clinique.

Tableau 1: Termes importants.

Terme	Explication
Attitude affirmative <i>Affirmative Attitude</i>	Désigne une attitude (thérapeutique) qui encourage les personnes à explorer, affirmer, définir et intégrer leur genre (et ses composantes).
Binaire / non binaire <i>Binary/ Non-Binary</i>	Les personnes présentant un genre binaire peuvent s'identifier avec l'une des catégories exclusives (homme / femme) que le système (occidental) met en principe à disposition. Se qualifient comme non binaires les personnes qui n'appartiennent pas ou pas à 100% à ces genres binaires, mais qui se considèrent p. ex. comme étant les deux en même temps, entre les deux ou encore ni masculines ni féminines.
Genre <i>Sex/Gender</i>	Ensemble des caractéristiques selon lesquelles une personne se classe ou est classée par d'autres dans l'une des catégories de genre disponibles au vu de diverses fonctions. La classification par des tiers s'effectue pour la première lors de l'assignation du genre à la naissance. En tant que construction bio-psycho-sociale, le genre présente plusieurs composantes dimensionnelles qui ne doivent pas impérativement suivre les représentations normatives de genre.
Tension de genre <i>Sex/Gender Tension</i>	Tensions entre les différentes composantes du genre.
Variance de genre <i>Gender Variance</i>	Terme décrivant l'ensemble des genres – et pas seulement les binaires.
Dysphorie de genre <i>Gender Dysphoria</i>	Selon le DSM-5, état d'incongruence de genre qui entraîne en outre une souffrance psychique. En raison de l'influence contextuelle du genre, elle n'est pas toujours bien distinguable de l'incongruence de genre.
Identité de genre <i>Gender Identity</i>	Étiquette de genre avec laquelle une personne s'identifie elle-même. Il en existe de nombreuses dans le domaine non binaire (p. ex. agenre, genderqueer, multigenre). L'identité de genre apparaît très tôt chez tous les individus (entre 2 et 4 ans) et est constante dans le temps à quelques exceptions près.
Corps généré <i>Sex</i>	Ensemble des éléments du corps (p. ex. chromosomes, hormones, organes génitaux internes et externes) qui sont classés selon des représentations normatives de genre et assignés à une identité de genre (p. ex. chromosome XX = féminin, pénis = masculin).
Incongruence de genre <i>Gender Incongruence</i>	Selon la CIM-11, tension ou divergence persistante entre les différentes composantes de genre, entraînant un désir de transition. En raison de l'influence contextuelle du genre, elle n'est pas toujours distinguable de la dysphorie de genre.
Rôle de genre <i>Gender Role</i>	Représentation du propre genre vers l'extérieur (par les vêtements, les mouvements, le langage, etc.). Au quotidien, une catégorie de genre est assignée aux personnes selon des représentations normatives de genre (maquillage = féminin; cravate = masculin).
Préférence romantique <i>Romantic Preference</i>	Attraction émotionnelle à caractère amoureux par le même, un autre ou plusieurs genres.
Orientation sexuelle <i>Sexual Orientation</i>	Attraction physique à caractère sexuel par le même, un autre ou plusieurs genres.
Trans / cis <i>Trans/Cis</i>	Adjectif décrivant des personnes qui ne s'identifient pas avec le genre qui leur a été assigné à la naissance (p. ex. femme trans = personne qui possède une identité de genre féminine, mais a été classée en tant qu'homme à la naissance en raison de ses organes génitaux). Les personnes auxquelles l'assignation de genre à la naissance et l'identité de genre conviennent sont qualifiées de cis (p. ex. femme = personne qui possède une identité de genre féminine et a été classée en tant que femme à la naissance en raison de ses organes génitaux).

En fonction du degré de l'IG/DG et de la situation individuelle, des mesures transitionnelles sociales, juridiques et/ou médicales sont priorisées (tab. 2). De nombreuses personnes entreprennent des démarches dans les trois domaines. Il est essentiel que toute personne concernée puisse décider elle-même des différentes mesures transitionnelles.

Il existe également des indications que les personnes présentant une IG/DG sont soumises à un «stress mineuritaire» qui découle de la stigmatisation ubiquitaire de ce groupe [5]. Ce facteur a pour conséquence que ces individus sont exposés à une charge psychique accrue et présentent ainsi une santé mentale plus mauvaise. Dans certains cas – surtout au début de la transition –, les deux situations se cumulent: le refus (par soi-même et/ou des tiers) de la possibilité de débiter une transition entraîne une détérioration de la santé psychique, empêchant d'activer certains mécanismes de résilience qui seraient nécessaires pour gérer l'IG/DG.

## Accepter les défis

En raison des changements de la société, de plus en plus de personnes présentant une IG/DG osent exprimer leurs besoins à l'égard de la médecine. Les chiffres relatifs au traitement augmentent nettement, bien qu'il n'existe aucune statistique spécifique pour ce groupe en Suisse. A l'Innovations-Focus für Geschlechtervarianz (IFGV) de l'hôpital universitaire de Bâle, nous constatons ces dernières années une hausse de plus de 60% des présentations et une augmentation de 33% des interventions chirurgicales. Cette tendance se manifeste supposément aussi dans la prise en charge primaire. La dépsychiatriation des tensions de genre devrait en particulier inciter de plus en plus de personnes présentant une IG/DG à aborder le sujet au cabinet de médecine de famille.

L'IFGV réagit aussi à cette thématique en intégrant depuis cette année une Advanced Practice Nurse (APN) à

Tableau 2: Aperçu des mesures transitionnelles.

Types	Exemples
Juridiques	Adaptation du prénom officiel Adaptation du genre officiel
Médicales	Dermatologie: épilation de la pilosité du visage Endocrinologie: blocage de la puberté / féminisation ou masculinisation Gynécologie: ovariectomie, hystérectomie et colpectomie Logopédie: formation vocale Phoniatry: chirurgie vocale d'affirmation de genre Chirurgie plastique: augmentation mammaire ou mastectomie / transformation des organes génitaux / opérations du visage Psychiatrie-psychothérapie: discussion sur l'IG/DG, traitement de troubles concomitants Médecine de la reproduction: information et traitement concernant le désir d'enfant Thérapie sexuelle: suivi pré- et post-opératoire après chirurgie des organes génitaux Urologie: adaptation des organes génitaux
Sociales	Coming-out Adaptation du prénom, du titre et des pronoms Adaptation de l'apparence physique (vêtements, coiffure, etc.) Changement des espaces genrés (WC, sport, etc.) Modification de l'environnement social (résidence, travail, cercle amical, etc.)

l'équipe jusqu'alors purement médicale. L'APN abaisse le seuil d'entrée dans l'équipe thérapeutique interdisciplinaire et multiprofessionnelle. Elle est responsable des demandes des personnes en quête de traitement et des professionnels du domaine stationnaire et ambulatoire, et prend en charge la gestion coordonnée des cas durant la transition médicale. Ainsi, les individus présentant une IG/DG disposent d'une personne de contact professionnelle permanente, bien qu'elles soient accompagnées et traitées par plusieurs cliniques au sein d'un hôpital universitaire. Jusqu'à présent, cette tâche était – pour des raisons historiques – principalement assurée par la psychiatrie, ce qui ne semble plus pertinent, ni en termes de forme et contenu, ni du point de vue de l'économie de santé. À l'avenir, l'APN doit en outre pouvoir mener des entretiens initiaux de triage. L'IFGV poursuit ainsi son objectif de pouvoir proposer aux personnes présentant une IG/DG un accompagnement et un traitement dépsychiatrisants [6].

### Créer un climat de dialogue ouvert

Face aux problématiques de l'IG/DG en soins primaires, il est décisif que les personnes en quête de traitement rencontrent une ouverture au dialogue sur le thème de la part des professionnels. Il est primordial d'écouter activement la personne. L'experte ou l'expert doit adopter une attitude empathique et ouverte ainsi qu'une apparence authentique et congruente. Par ailleurs, il lui faut faire preuve d'acceptation sans jugement de valeur et présenter un écho positif aux personnes en quête de traitement [7]. Ainsi seulement sera-t-il possible de recueillir les besoins individuels. Il est essentiel de ne pas immédiatement et fondamentalement remettre en question les déclarations, expériences et sentiments qu'expriment les personnes dans cette situation. Dans l'esprit d'une «attitude affirmative» (tab. 1), les prestataires de soins primaires doivent encourager les personnes présentant une IG/DG à explorer leur propre genre. À quelques rares ex-

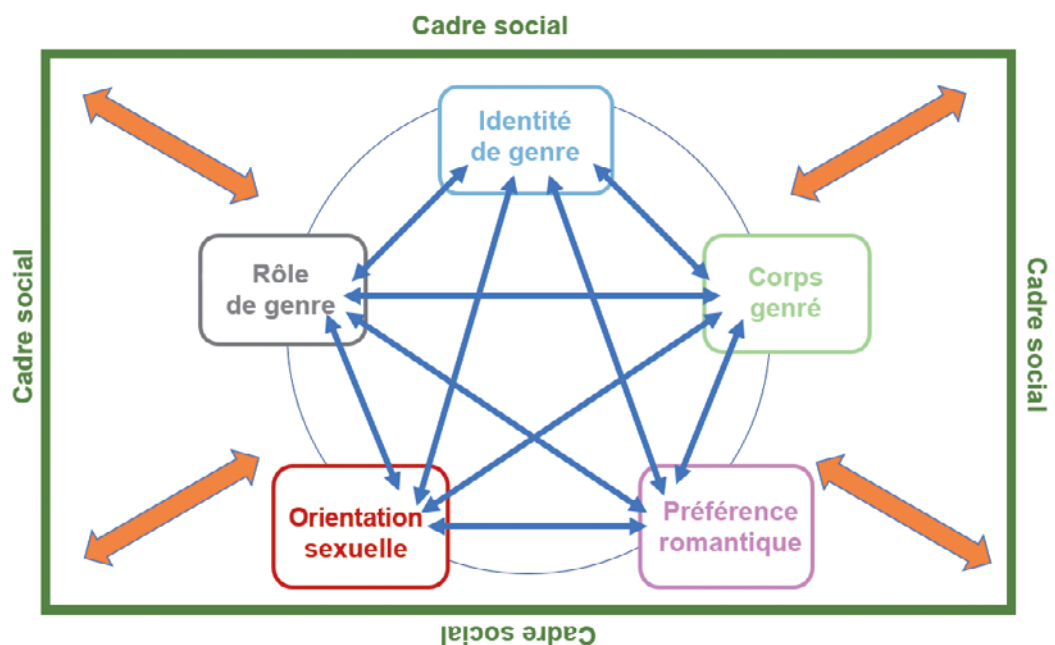


Figure 1: Modèle bio-psycho-social de genre (d'après D. Garcia Nuñez).

ceptions près (p. ex. un état psychotique aigu), les personnes peuvent parler avec assurance de leurs propres tensions de genre. Même si ces récits remettent en question ses propres normes (binaires) de genre, le personnel de santé doit justement reconnaître le rôle d'expertise des personnes en quête de traitement concernant leur propre corps, identité et expression.

Afin de montrer cette reconnaissance, il est important de s'adresser correctement aux personnes en quête de traitement et d'employer les pronoms adéquats. Le sujet peut être abordé sans problème au début de l'interaction («Comment dois-je m'adresser à vous?», «Quels pronoms dois-je employer dans notre conversation?»). Ces questions signalent une ouverture par rapport au thème et influencent positivement la suite du dialogue et le développement de la relation. Evidemment, il convient aussi de thématiser avec quel prénom et quelle catégorie administrative de genre le dossier médical doit à l'avenir être traité. Une modification du genre officiel n'est pas nécessaire à cet effet. Toutefois, le changement dans le dossier doit être brièvement consigné. Inversement, l'utilisation de mauvais pronoms contre le gré de la personne – appelée mégengerage – représente un facteur de risque considérable de développer un tableau clinique dépressif pour les personnes présentant une IG/DG [8]. Dans ce sens, toutes les discussions concernant l'emploi d'un langage sensible au genre ne constituent pas uniquement un enjeu politique à caractère social. Cela est inéluctablement lié à la question médicalement pertinente de savoir combien de facteurs de stress minoritaire évitables doivent continuer d'être imposés à un groupe de population déjà continuellement stigmatisé.

### Reconnaître les besoins

Une fois cette atmosphère de dialogue ouvert créée, il s'agit d'enregistrer les besoins des personnes en quête de traitement. Cela est indispensable pour permettre aux prestataires de soins primaires d'accompagner avec confiance sur le parcours transitionnel. Il faut alors respecter certains points:

- Recueil des différentes composantes de genre: et en particulier les dimensions corps généré, identité de genre et rôle de genre. La clarté sur ces positions permet d'adresser correctement les tensions de genre. Dans ce contexte, le développement biographique du genre (première expérience de tensions de genre, première verbalisation de celles-ci, premières mesures transitionnelles, etc.) doit aussi être consigné.
- Planification précise de la transition: Au vu de l'anamnèse de genre et de la souffrance des per-

sonnes, une priorisation des différentes mesures transitionnelles (médicales, sociales, juridiques) peut être planifiée en collaboration avec les personnes concernées.

- Prise en compte d'autres dimensions: Les personnes ne sont pas uniquement définies par leur genre. C'est pourquoi il est justement essentiel en soins primaires de tenir compte des dimensions corporelle, psychique et sociale. Lors des examens corporels, il convient de préserver la sphère intime des personnes en quête de traitement.
- Intégration de l'entourage: Selon l'âge, la capacité de discernement et l'ancrage social, les personnes en quête de traitement doivent informer rapidement leurs proches, amies et amis ainsi que d'autres personnes de référence de leur transition. A ce sujet, les prestataires de soins primaires peuvent endosser un rôle de médiation dans certaines situations.

### Concevoir l'accompagnement et le traitement de manière individuelle

Les options de prise en charge et de traitement des prestataires de soins primaires peuvent être très variées. Le plus important est de s'adapter à la situation individuelle des personnes présentant une IG/DG. La relation à proximité du lieu de résidence, souvent de longue date, entre les prestataires de soins primaires et les personnes en quête de traitement contribue de manière cruciale au succès, en particulier de la transition sociale. La prise en charge primaire joue un rôle de coordination important dans l'accompagnement tout au long du processus.

Dans les cas où des personnes ne sont pas certaines qu'elles souffrent de symptômes d'IG/DG, les prestataires de soins primaires peuvent encourager ces personnes à se confronter à leur propre genre. Faire preuve d'une attitude affirmative peut déjà être salutaire pour ces personnes, de sorte qu'elles trouvent des ressources leur permettant d'explorer leur genre de manière autonome. Dans ce contexte, le contact avec des pairs ([www.tgns.ch](http://www.tgns.ch)) peut aider à répondre à d'éventuelles interrogations. Les questions associées sont parfois si complexes qu'un soutien par des spécialistes ([www.fachgruppentrans.ch](http://www.fachgruppentrans.ch)) est recommandé.

Lorsque les prestataires de soins primaires constatent qu'il existe, outre la problématique d'IG/DG, d'autres troubles psychiatriques concomitants (p. ex. dépression, troubles posttraumatiques, traits autistiques, comportement borderline), il convient de solliciter l'aide de spécialistes en psychiatrie-psychothérapie. Même si la résolution de ces problèmes ne doit pas de-

venir un prérequis d'une symptomatique d'IG/DG, un traitement réussi des troubles psychiatriques peut faciliter la reconnaissance et la désignation des tensions de genre. Réciproquement, il existe une chance qu'un traitement de l'IG/DG déclenche une amélioration du trouble psychiatrique existant.

Lorsqu'une personne présentant une anamnèse somatique et/ou psychiatrique bénigne entame un traitement hormonal, celui-ci peut être pris en charge par les prestataires de soins primaires dans la mesure où ils ou elles disposent d'une expertise endocrinologique suffisante. Il est important de noter que les hormonothérapies sont (dans la plupart des cas) des traitements chroniques et nécessitent donc des contrôles réguliers. L'orientation vers des centres spécialisés tels que l'IFGV est indiquée lorsqu'il s'agit de situations thérapeutiques médicales ou psychiatriques complexes ou en présence d'un désir de chirurgie d'affirmation de genre. Les prestataires de soins primaires ne disparaissent toutefois pas du cercle thérapeutique. Ces personnes sont tributaires d'un réseau d'aide (p. ex. Spitex) qui doit idéalement être coordonné sur place par les médecins.

## Conclusions

Les personnes font souvent l'expérience de tensions de genre au cours de leur vie. Toutefois, elles n'entraînent pas systématiquement une IG/DG. De même, toute IG/DG n'est pas obligatoirement associée à un désir de transition sociale, médicale et/ou juridique. Du fait de la société en mutation, de plus en plus de personnes présentant une IG/DG osent parler ouvertement de leur situation. La prise en charge primaire joue alors un rôle essentiel dans l'accompagnement et le traitement.

Cet accompagnement débute dès le recueil d'une anamnèse précise qui doit examiner la situation individuelle de la personne. Les prestataires de soins primaires accompagnent généralement les personnes en quête de traitement sur une longue période, de sorte qu'il leur faut créer l'espace de confiance nécessaire pour cette conversation. Dans ce contexte, l'attitude affirmative de la part du personnel médical constitue la base permettant de comprendre correctement les interrogations et inquiétudes des personnes en quête de traite-

ment. Les individus présentant une IG/DG (incertaine) doivent être encouragés à explorer leur propre genre. En présence d'une IG/DG, les prestataires de soins de base peuvent se charger personnellement de l'accompagnement et du traitement de transition et/ou faire appel à des spécialistes (en psychiatrie-psychothérapie, endocrinologie, chirurgie). Ils ou elles peuvent également aider durant les étapes de transition sociale en favorisant le contact avec des pairs ou en assurant un rôle de médiation lors des discussions difficiles avec l'entourage des personnes en quête de traitement. Finalement, il ne faut pas oublier que les connaissances sur le genre ne sont, en raison de son caractère bio-psycho-social, pas définitivement fixées mais en perpétuel changement du fait de nouvelles découvertes scientifiques. Vu que de nombreuses personnes présentant une IG/DG requièrent une prise en charge de qualité et à proximité de leur résidence, il convient de se consacrer continuellement à cette thématique de manière spécifique. Comme dans d'autres disciplines médicales, cela peut représenter un défi, mais la tâche est surmontable et profite au final à toutes les parties concernées.

## Références

- 1 Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health*. 2020 Apr;21(2):125–37. 10.1080/26895269.2020.175313633015664
- 2 James S, Herman J, Rankin S., Keisling M, Mottet L, Anafi MA. The report of the 2015 US transgender survey. 2016.
- 3 WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics; c2022 [cited 2022 May 5] von ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2013. <https://doi-org.ezproxy.fredrick.edu/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 5 Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Prof Psychol Res*. 2012;43(5):460–7. 10.1037/a0029597
- 6 Garcia Nuñez D, Meier C, Schaefer DJ. Die Transition des Medizinsystems. Vom Cis-Heterozentrismus zur Affirmation der Geschlechtervarianz. Max Nicolai Appenroth und María do Mar Castro Varela (Hg.): *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. 2019; Bielefeld: transcript (*Gender Studies*), 33-54.
- 7 Rogers CR, Farson RE. *Active listening*. Chicago, IL; 1957
- 8 Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, Schaefer DJ, Jenewein J, Schneeberger A, et al. Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Res Int*. 2018 Apr;2018:8639263. 10.1155/2018/863926329850581

Dr. med. D. Garcia Nuñez  
Innovations-Focus  
Geschlechtervarianz  
Universitätsspital Basel  
Spitalstrasse 21  
CH-4031 Basel  
David.Garcia[at]usb.ch