

**INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DU NORD DE LA FRANCE**



Mémoire en vue de l'obtention du :
UE 28 : Diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie

**La place de la kinésithérapie dans les parcours de transition
des patients transidentitaires**

Présenté par :
DEMARCQ Simon

Directrice de mémoire : **CAROFF Béatrice**

Enseignant universitaire : **THOMAS Frédéric**

Masseur-kinésithérapeute expert : **CZAÏKA Jean-Pierre**

Année universitaire 2019-2020

Sommaire

1. Introduction	1
2. Parcours médical d'un patient transidentitaire	3
2.1 Questions de définition	3
2.1 Principes passés et actuels de prise en charge du parcours de transition	4
2.1.1 Historique de la mise en place de la prise en charge du parcours de transition	4
2.1.1.1 Protocole de la sécurité sociale de 1989	5
2.1.1.2 Protocole de 2001 : Bouclier thérapeutique	5
2.1.1.3 Parcours officiel	6
2.1.2 La réalité de terrain du parcours de transition	7
2.1.2.1 Un parcours du combattant	7
2.1.2.2 La prise en charge en ALD	8
2.1.2.3 Transphobie	8
2.1.3 Evolution vers une dépsychiatisation du parcours de soin	9
2.1.3.1 OMS	9
2.1.3.2 Des positions nuancées quant au protocole de la SOFECT	10
2.1.3.3 Les tenants d'un concept de l'autodétermination	10
2.1.3.4 Protocole d'accompagnement de la Maison de Santé de Lille	11
2.2 La diversité des parcours de transition	12
2.2.1 Hormonothérapie	12
2.2.1.1 Principe de l'hormonothérapie	12
2.2.1.2 Effets de l'hormonothérapie	13
2.2.2 Chirurgie de réassignation de genre	14
2.2.2.1 Les chirurgies pour les femmes transidentitaires (2)	15
2.2.2.2 Les chirurgies pour les hommes transidentitaires (2)	15
3. Matériel et méthode	16
3.1 Entretiens	16
3.2 Groupe de travail au sein du Collectif Santé Trans des Hauts-de-France	17
3.3 But du questionnaire	17
3.4 Revue de littérature	18
4. Résultats	19
4.1 Données recueillies	19
4.1.1 Collectif Santé Trans des Haut-de-France	19

4.1.2 Entretiens _____	19
4.1.3 Questionnaire auprès des kinésithérapeutes _____	20
4.1.3.1 Données démographiques sur les répondants _____	20
4.1.3.2 Kinésithérapeutes n'ayant jamais eu de patient transidentitaires _____	21
4.1.3.3 Kinésithérapeutes ayant pris en charge des patients transidentitaires _____	22
4.1.3.4 Etat des lieux sur la connaissance en matière de transidentité dans la prise en charge kinésithérapique _____	24
4.1.3.5 Aspect relationnel de la prise en charge _____	25

4.2 Analyse : Quelles indications de prises en charge kinésithérapiques d'un patient

transidentitaire _____	26
4.2.1 Prise en charge suite au traitement hormonal _____	26
4.2.1.1 Douleurs majorées par l'augmentation de la masse musculaire ? _____	26
4.2.1.2 L'image du corps / le rapport à soi et aux autres _____	31
4.2.2 Aspect gestuel et postural _____	33
4.2.2.1 Le « <i>passing</i> » _____	33
4.2.2.2 Aspect postural _____	35
4.2.3 Prise en charge suite aux chirurgies de réassignation _____	40
4.2.3.1 Prise en charge cicatricielle de mammectomie _____	40
4.2.3.2 Suite d'une chirurgie d'implant mammaire _____	42
4.2.3.3 Prise en charge suite à une vaginoplastie _____	42
4.2.3.4 Prise en charge suite à une phalloplastie _____	50

5. Discussion _____ 52

5.1 Intérêts de la kinésithérapie dans les parcours de transition _____ 52

5.1.1 Spécificité des accompagnements kinésithérapiques des personnes en transition _____	52
5.1.2 Expertise du kiné _____	53
5.1.3 Multidisciplinarité et co-construction des connaissances _____	53

5.2 Impact de l'hormonothérapie sur les douleurs musculo-squelettiques _____ 54

5.2.1 La douleur induite ou améliorée par les hormones ? _____	55
5.2.2 Incidence de la prise de testostérone sur l'apparition de troubles musculo-squelettique _____	57
5.2.3 Incidence sur les lésions tendineuses ? _____	59
5.2.4 Adaptation des programmes d'entraînement de prise de masse musculaire aux hommes transidentitaires _____	60

5.3 Les déterminants d'une prise en charge réussie : établir une relation de confiance et bienveillante _____ 60

5.3.1 Le respect de l'individu et de son identité de genre _____	62
5.3.2 Une question d'écoute / adapter son écoute _____	62
5.3.3 Être inclusif mais pas intrusif _____	63

5.4 Sensibilisation et formation des kinésithérapeutes aux questions transidentitaires

	65
5.4.1 Sensibilisation	66
5.4.2 Formation	67
6. Conclusion	69
Bibliographie	71

1. INTRODUCTION

Même si depuis peu les personnes transidentitaires gagnent en visibilité dans les médias, le cinéma ou encore le sport, elles sont une population qui reste marginalisée, exposée aux préjugés et aux discriminations. Elles rencontrent des difficultés sociales et professionnelles. Plus de 50% d'entre elles présentent des symptômes dépressifs et anxieux (1). Elles peuvent également rencontrer des difficultés dans le domaine de la santé, dans leur long parcours de réassignation de genre.

La question de la définition de la transidentité est difficile, conflictuelle et multiple. On s'attachera ici à considérer les personnes transidentitaires / transgenres comme « *des individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre. L'identité de genre des personnes transgenres peut varier à différents degrés du sexe d'assignation à la naissance* » (2).

Réglementairement, la transidentité était perçue jusqu'à tout récemment comme une pathologie, un syndrome psychiatrique. Etat de fait qui a changé au niveau international le 19 juin 2018, date à laquelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS), rendait publique sa onzième version de la classification internationale des maladies (3). Le terme de transidentité y était retiré de la catégorie des « *troubles mentaux et du comportement pour une nouvelle section « incongruence de genre* » (4).

En France c'est un peu plus tôt, par le décret du 10 février 2010, que « *La transsexualité [n'est] plus considérée comme une affection psychiatrique* » (5).

Il reste que la prise en charge chirurgicale est conditionnée par un protocole de deux ans comportant notamment un suivi psychiatrique (6). Dans ce cadre, au lieu d'y voir « *une avancée historique* », certains considèrent ce changement réglementaire comme une « *vrai-fausse dépsychiatriation* » (5). Ainsi la question de la prise en charge médicale focalise ces conflits et amène une majorité des patients à faire leur cheminement hors protocole (7). Il convient dans tous les cas pour les soignants, face à cette population fragile, d'être réceptifs, attentifs et d'accompagner au mieux les patients dans leur démarche de réassignation.

D'un point de vue médical, la prise en charge se déroule en deux temps : un traitement hormonal pour la suppression et l'induction des caractères sexuels secondaires suivi ou non d'une ou de chirurgie(s) de réassignation de genre.

La HAS précise qu'une fois le protocole validé, la prise en charge médicale de ces patients, lourde tant sur le plan psychologique que physique, est multidisciplinaire (psychiatre, psychologue, endocrinologue, chirurgien, orthophoniste...) (5). Cependant dans ses recommandations sur le suivi multidisciplinaire aucune occurrence des mots kinésithérapeute / kinésithérapie n'apparaît.

En pratique pourtant les soins kinésithérapiques peuvent apparaître nécessaires et ce à plusieurs titres.

En post-opératoire premièrement, la prise en charge de la rééducation périnéale suite à une chirurgie de réassignation (vaginoplastie) permet un réel gain fonctionnel selon plusieurs études (8,9). Les traitements cicatriciels suite à différentes opérations peuvent apparaître également comme des indications kinésithérapiques.

La prise d'hormone opère un changement profond des masses musculaires et un remaniement osseux (10). On peut s'interroger sur les conséquences musculo-squelettiques et tendineuses de ces traitements au long cours.

Enfin des troubles de posture, de schéma corporel sont susceptibles d'apparaître et de nécessiter un travail postural et gestuel.

Concrètement une étude rapporte que 55,2% des personnes ayant subi une chirurgie de réassignation sont demandeurs de soins kinésithérapiques (11), dont la grande majorité concerne la rééducation périnéale.

Il convient donc de s'interroger sur la nécessité d'une prise en charge kinésithérapique dans le suivi médical des personnes transidentitaires tant lors de la phase d'hormonothérapie que suite à la chirurgie de réassignation de genre. Quelles sont les intérêts et spécificités d'une telle prise en charge ?

Des entretiens auprès de patients et de praticiens et un questionnaire auprès de kinésithérapeutes français seront menés afin de réaliser un état des lieux des besoins en kinésithérapie de la population transidentitaire, de recenser les différentes pratiques, les connaissances sur le sujet et le fonctionnement et la coordination dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire.

2. PARCOURS MEDICAL D'UN PATIENT TRANSIDENTITAIRE

2.1 Questions de définition

Avant tout propos, il est nécessaire d'éclaircir quelques termes et définitions se rapportant aux personnes transidentitaires.

Les différents termes employés font « référence à une vision plus ou moins orientée » (7) des patients transidentitaires.

Le terme de transsexuel apparu dans les années 1950 aux Etats-Unis (12) et créé dans le milieu médical par des programmes du « *transsexualisme* » se fonde sur un couple symptôme-thérapie (13). Il est abandonné aujourd'hui car péjoratif et stigmatisant envers les personnes transidentitaires.

Les principes de Jogjakarta¹ définissent l'identité de genre « *comme faisant référence à l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire* » (12).

L'OMS définit le genre par « *les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes* » (14). Le genre est ainsi décrit comme une construction, une représentation sociale des valeurs féminines et masculines. Il est à noter une certaine catégorisation binaire des valeurs masculines et féminines.

Il peut y avoir opposition entre l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles et physiologiques de la personne.

¹ Les principes de Jogjakarta sont une série de principes sur l'application du droit international des droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Ces principes affirment lier les normes juridiques internationales auxquelles les États doivent se conformer.

Le terme de transgenre² s'oppose à celui de « cisgenre » (terme introduit par Julia Serrano en 2007). Les « personnes cisgenres sont des *« personnes pour qui l'assignation de genre à la naissance correspond à leur identité de genre »* (12).

Le terme transidentité a été créé en Allemagne en 1995 par Heike Boedeker qui préféra parler de *transidentität* se rattachant à l'identité de la personne plutôt que de *transsexualität* qui évoque une orientation ou une pratique sexuelle (15). Apparu plus récemment en France au début des années 2000, ce terme fédère les associations et militants car il se détache d'une terminologie médicale et psychiatrique (12). Corinne Fortier définit la transidentité comme « *le fait de vivre socialement dans une identité genrée qui ne correspond pas à son sexe de naissance figurant sur l'état civil* » (16).

Les principaux.ales intéressé.es préfèrent le terme de « *personne trans* » pour se décrire, comme déclaré par deux hommes et une femme trans durant les entretiens.

Il reste que beaucoup de trans ne se reconnaissent pas dans cette dichotomie genrée et sexuée, et se désignent comme non-binaire ou gender-fluid c'est-à-dire comme personne dont l'identité de genre ne s'inscrit pas dans la norme binaire. Ils.elles ne s'identifient pas au genre féminin, ni au genre masculin, estimant être entre les deux, un « mélange » des deux, ou aucun des deux. « *Le souhait de changer de « sexe » (reflet de la vision binaire du genre) est de plus en plus remplacé par le souhait de définir personnellement le genre comme on l'entend (vision non binaire du genre)* » (17).

2.1 Principes passés et actuels de prise en charge du parcours de transition

2.1.1 Historique de la mise en place de la prise en charge du parcours de transition

² Transgenre : terme apparu aux Etats-Unis dans les années 1970, puis en 1990 en Europe.

La prise en charge médicale du parcours de transition des personnes transidentitaires débute en France à la fin des années 1970 avec la création en 1979 d'une équipe pluridisciplinaire formée d'un psychiatre (Jacques Breton), d'un chirurgien (Pierre Banzet) et d'un endocrinologue (Jean-Pierre Luthon) (5).

2.1.1.1 Protocole de la sécurité sociale de 1989

Une circulaire ministérielle établie par la Sécurité Sociale en 1989 (7), non officiellement publiée à l'époque (18), s'inspire du protocole de l'équipe pluridisciplinaire de 1979. Celui-ci acte la psychiatrisation du parcours de transition. La prise en charge de l'hormonothérapie et des opérations de transitions sont soumises à un suivi psychiatrique.

La Cour de Cassation juge cette circulaire non réglementaire en janvier 2004 (18).

2.1.1.2 Protocole de 2001 : Bouclier thérapeutique

Un protocole est publié en 2001 par trois psychiatres (Cordier, Chilland et Gallarda) (19). Celui-ci s'appuie sur le protocole non publié des Dr Banzet, Breton et Luthon (à l'origine de la circulaire ministérielle de 1989) (18).

Celui-ci comprend :

- Une évaluation psychiatrique
- Une aide médico-sociale
- Une demande en ALD
- Un « real-life » test ou test de « vie réelle » décrit dans le paragraphe suivant
- Un bilan psychologique
- Un bilan endocrinologique
- Un bilan chirurgical
- Une réunion collégiale fonctionnant comme une « commission » qui décide de la mise en place du traitement hormono-chirurgical après 2 ans d'évaluation et de suivi psychiatrique.

Ce protocole fait peu référence à l'organisation des soins, hormis ceux concernant les actes de chirurgie de réassignation.

La délivrance d'hormones sexuelles est assujettie à une phase de « *vie réelle* » (19), c'est-à-dire que les intéressé.e.s doivent « *vivre l'expérience de réalité que constitue l'adoption de l'apparence de l'autre sexe* » (19) pour obtenir le droit à la transition. En d'autres termes cette pratique impose aux personnes trans de « vivre dans le genre désiré », sans traitement débuté afin de « confirmer le diagnostic psychiatrique et d'évaluer la capacité à se conformer aux normes binaires du genre souhaité » (18). Cette expérience doit être suivie deux ans et sans aucun traitement « irréversible ». La confrontation au monde extérieur est alors très souvent brutale et les personnes transidentitaires se retrouvent exposées, voire surexposées, face aux violences transphobes (18). Ces expériences présentent le risque de « *détériorer la santé psychique des intéressé.e.s et de favoriser leurs précarisation* » (20). Elles sont d'autre part décrites comme une maltraitance par les principaux intéressé.e.s (18).

La sociologue Espineira, parlera de « bouclier thérapeutique » (21) pour décrire « *l'ambivalence et l'ambiguïté des positions et des discours tenus* ». Le corps médical se protège derrière ce protocole et verrouille l'accès aux soins. Espineira y décrit ce qu'instaure le protocole de la Société française d'études et de prise en charge de la transidentité (SOFECT). Ce dernier organise et restreint les soins à des équipes « officielles » et légitime un discours médical pathologisant.

2.1.1.3 Parcours officiel

2.1.1.3.1 En France

La Société française d'études et de prise en charge de la transidentité (SOFECT) est créée en 2010. Elle regroupe actuellement 9 équipes dans 9 CHRU et reprend en partie les principes du protocole de 2001, notamment ceux concernant la nécessité d'un suivi psychiatrique de deux ans et l'expérience de vie réelle (real-life test). Outre les reproches concernant ces deux derniers points, des militant.e.s relèvent des problèmes d'accès aux soins liés à une faible représentation territoriale des équipes et à une insuffisance de praticiens amenant des délais de rendez-vous importants (18).

2.1.1.3.2 A l'international

Au niveau international, la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), association multidisciplinaire professionnelle créée en 1979, se consacre à la compréhension et au suivi médical des personnes transidentitaires. Cette association a mis en place des Standards de Soins (SDS) dans le but de « *proposer des directives cliniques aux professionnels de santé pour accompagner les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme avec des dispositifs adaptés et efficaces...* ». Elle fixe ainsi des lignes directrices. La 7^e et dernière version a été actualisée en 2011. La WPATH suggère que « *l'expérience de vie réelle* » soit un « *élément d'accompagnement et de prise de conscience individuelle* » et non « *un élément de diagnostic* » (22).

Dans ces différents textes français et internationaux, il n'est jamais fait mention de kinésithérapie, ni dans le processus de transition lié à la prise d'hormones, ni suite aux différentes chirurgies de réassignation, ni dans la réappropriation du nouveau corps.

2.1.2 La réalité de terrain du parcours de transition

2.1.2.1 Un parcours du combattant

Le parcours de transition est décrit comme un véritable « *parcours du combattant* » par les principaux.ales intéressé.e.s (7,18) en rapport aux nombreuses consultations médicales, psychiatriques, paramédicales, chirurgicales et aux difficultés rencontrées pour la modification de leur état civil.

Ces protocoles fortement critiqués par les associations trans amènent les personnes en transition à s'en détacher et à organiser elles-mêmes leur parcours hors des équipes hospitalières (7,23) voire hors de tout protocole, ayant recours à l'automédication sauvage par l'achat d'hormones via des sites internet. Dans ce dernier cas, les personnes courent des risques sanitaires car la sécurité du traitement n'est plus suivie par le corps médical.

A titre d'exemple, pour les années 2009-2010, sur les 364 personnes trans opérées, 154 interventions chirurgicales de réassignation avaient lieu en France contre 210 réalisées à l'étranger (15). Une autre étude relate que « 56,9% des individus qui ont suivi une démarche diagnostique auprès d'un psychiatre pour l'obtention du certificat l'ont fait auprès d'un psychiatre libéral » (24). Dans cette étude, il est également relevé que 66,4% des personnes en variation de genre partent à l'étranger pour réaliser les interventions chirurgicales.

Ainsi une majeure partie des personnes transidentitaires fuit les protocoles hospitaliers établis. Mais pour d'autres, ces protocoles constituent des éléments sécurisants : parcours balisé et remboursé (23).

2.1.2.2 La prise en charge en ALD

Le décret du 8 février 2010 crée l'ALD pour transidentité, qui est une ALD 31 hors-liste et se substitue à l'ALD 23 pour « *troubles psychiatriques* ». Cette ALD est considérée comme « *indispensable* » par les personnes trans au vue de la durée des soins et de la situation précaire d'un nombre important de personnes trans (18). Actuellement les demande d'ALD pour transidentité sont le plus souvent acceptées, mais on constate des disparités régionales. Il persiste des « *refus systématique de la part de certaines CPAM* » (18), car leur obtention est dépendante du médecin-conseil de la CPAM.

2.1.2.3 Transphobie

Dans un contexte sociétal où les personnes transidentitaires font l'objet de discriminations et comportements transphobes³, le monde médical ne fait pas exception. Deux études révèlent qu'entre 57 et 65% des personnes trans ont subi des propos ou actes transphobes venant du monde médical et qu'entre 35 et 41% d'entre eux.elles ont renoncé à des soins par peur d'être confronté à un acte ou à un propos transphobe (26,27). Ce contexte médical, parfois loin de la bienveillance, amène une méfiance des personnes trans envers les soignant.es (18), et permet d'affirmer qu'il

³ Transphobie : « *la transphobie exprime l'hostilité, l'aversion systématique, plus ou moins consciente, à l'égard [des] individus dont l'identité brouille les cartes des rôles sociosexuels et transgresse les frontières entre sexes et entre genres* » (25).

existe une transphobie au sein du système de santé. Cette transphobie dans le milieu médical est peu étudiée en France.

Les sociologues Espineira et Alessandrin distinguent la transphobie « *relationnelle* » qui peut être soit directe et s'exprimer par l'évitement, le rejet, soit être indirecte et résulter des a priori cisgenrés. Ils distinguent cette transphobie « *relationnelle* » de la transphobie « *institutionnelle* » qui résulte des systèmes médicaux-légaux (26). Au sein du milieu médical et paramédical, les personnes transidentitaires peuvent être confrontées à ces deux types de discriminations.

La transphobie peut être volontaire ou non et s'exprime de différentes manières dans le milieu médical : mégenrage⁴, mise à distance relationnelle ou pathologisation de l'identité de genre sont monnaie courante. Le « *mégenrage correspond à une véritable négation sociale de l'identité de genre, et par extension de l'individu lui-même, et est souvent vécu comme une injure psychologique* » (18). Il est relevé que le mégenrage est la discrimination la plus fréquemment rencontrée par les personnes transidentitaires ; 27% d'entre elles ont été confrontées au problème lors de leur dernière consultation (28).

Les parcours de soins sont bien souvent vécus par les personnes en transition comme maltraitants en ce sens que l'individu est considéré comme pathologique et qu'il est confronté à toutes sortes de discriminations qui n'ont pas lieu d'être au sein des équipes médicales (18,22).

2.1.3 Evolution vers une dépsychiatisation du parcours de soin

Initié puis appuyé par les associations militantes, le principe de dépsychiatisation et dépathologisation du parcours de soin s'amorce.

2.1.3.1 OMS

Le 19 juin 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a rendu public sa onzième version de la classification internationale des maladies (3). Le terme de transidentité y était retiré de la catégorie des « *troubles mentaux et du*

⁴ Mégenrage : Utilisation du mauvais pronom en parlant d'une personne ou en s'adressant à elle, par ignorance, par oubli ou de manière délibérée.

comportement », au « *bénéfice* » d'une nouvelle section « *incongruence de genre* » (4) ; texte adopté le 28 mai 2019 et qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

2.1.3.2 Des positions nuancées quant au protocole de la SOFECT

Une partie des acteurs associatifs adopte une attitude réformatrice vis-à-vis du protocole. Pour ceux-ci, la place des professionnels médicaux n'est pas remise en question. Leur action vise à en limiter les dysfonctionnements, en « *accordant davantage de marge de manœuvre aux usagers et en faisant reconnaître la variabilité des projets transitionnels* » (20). Pour eux, l'irréversibilité des actes chirurgicaux nécessite une évaluation psychiatrique afin de vérifier « *la dimension véritablement éclairée de leurs décisions* » (20). Le rôle du psychiatre est ici de confirmer la pérennité du désir de changer de genre.

2.1.3.3 Les tenants d'un concept de l'autodétermination

A contrario, une autre partie des acteurs associatifs militants s'oppose inconditionnellement au dispositif hospitalier existant. Ils revendiquent « *la libre disposition des corps* » et prônent l'autodétermination basée sur le libre choix des parcours médicaux, dépsychiatisés, dépathologisés sur la base du consentement éclairé (20) ; c'est ce qui est notamment préconisé par la WAPTH (2).

La notion de « regrets » est souvent mise en avant par les professionnel.le.s de santé pour justifier la psychiatisation des parcours de transition. Les études sur le sujet rapportent que les regrets sont rares (de moins de 2% à 3,8% selon les études), et, quand ils sont présents, se rapportent bien souvent aux résultats chirurgicaux, esthétiques ou fonctionnels (29–31). Il est relevé également que « *ce n'est pas la transidentité qui, comme quelque chose d'essentiellement suspect, concourt fatalement à des regrets, mais plutôt l'environnement qui insuffle aux transitions des regrets relationnels, sociaux etc.* » (22).

Ces données sont à mettre en regard de la population cisgenre. Combien de personnes non transidentitaires sont satisfaites de leur corps, vivent bien dans leur corps ? Ainsi un sondage IFOP de 2018 recense que 10 % de la population féminine française de plus de 18 ans a eu recours à la chirurgie esthétique (32). Ces chirurgies amènent pourtant également un risque de regret, et « *donnent lieu à la recherche d'un*

consentement éclairé [...] et en aucun cas à une procédure psychiatisée à visée diagnostique » (18).

Le consentement éclairé dans le cadre des prises en charges des personnes en transition se base sur le respect de l'autonomie du patient (33). C'est une *« discussion des risques et des avantages des options de traitement possibles avec le patient » ; « discussion qui prend en compte l'état actuel des connaissances scientifiques ainsi que du contexte culturel et social des décisions de traitement et respecte la capacité du patient à se connaître » (33).* Ce consentement éclairé doit être adapté au patient (âge, moment et demande de transition) (17). Le professionnel de santé n'est alors plus placé dans la position de *« gardien du traitement médical »*, et *« permet à la relation thérapeutique d'évoluer de manière plus confiante et plus ouverte et axée sur les besoins émergents et non sur l'admissibilité au traitement » (33).*

2.1.3.4 Protocole d'accompagnement de la Maison de Santé de Lille

Dans ce contexte où les associations travaillent à défaire le lien psychiatisation-médicalisation dans le déploiement de nouveaux parcours de santé, l'expérience lilloise fait figure de proue (34).

Les praticiens de la Maison Dispersée de Santé (MDS) de Lille accueillent et accompagnent les personnes dans leurs transitions. En 2018, la MDS suivait plus de 300 personnes transidentitaires (35).

La prise en charge médicale est basée sur l'autodiagnostic de la personne (autodétermination). L'idée fondatrice de la MDS est la *« non-pathologisation des personnes trans, c'est-à-dire ne pas les considérer comme des personnes malades, (...) mais comme des personnes saines ayant besoin de soins » (18).*

Une relation de confiance s'est ainsi établie entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDS et les personnes en variation de genre. De ces relations est né le Collectif Santé Trans des Hauts-de-France (CST) qui vise à la *« co-construction des savoirs face au manque d'études scientifiques et de recommandations une fois exclues les pratiques des équipes officielles » (18).* Les objectifs du Collectif sont de :

- Constituer un espace de rencontre.
- Proposer un parcours d'accompagnement alternatif et bienveillant dans l'idée de co-construction du parcours avec la personne (individualisation de la démarche).

- Lutter contre la transphobie, principalement au sein du système de santé.

Concrètement, les actions du Collectif ont abouti notamment à la co-construction entre militants et professionnels de santé d'un protocole d'accompagnement du parcours médico-psycho-social des personnes en variation de genre en 2019. Dans ce protocole il est fait mention de la kinésithérapie comme faisant partie de « *l'accompagnement de la transformation des corps* ». A ce titre il fait figure de précurseur en incluant le kinésithérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire de soignants pouvant apporter soins thérapeutiques et mieux-être aux patients dans l'appropriation de leurs nouveaux corps.

2.2 La diversité des parcours de transition

Il n'existe pas un parcours de transition, mais une variété de cheminements personnels pour amener les personnes transidentitaires à trouver un confort dans leur rôle, expression ou identité de genre. Chaque personne en transition suit un parcours singulier. Ainsi pour telle personne la seule hormonothérapie permettra d'amener un épanouissement, alors que pour telle autre, le recours à une voire plusieurs chirurgies sera nécessaire.

De même certain.e.s vont rechercher une féminisation ou masculinisation maximale, alors que pour d'autres une hormonothérapie minimisant les caractéristiques sexuelles secondaires amènera un mieux-être (2).

2.2.1 Hormonothérapie

2.2.1.1 Principe de l'hormonothérapie

La première étape de la transition consiste à acquérir le phénotype du sexe désiré (les caractères sexuels secondaires). L'hormonothérapie permet ainsi d'amorcer une période de suppression réversible des œstrogènes ou de la testostérone. Certaines nouvelles caractéristiques physiques seront irréversibles

comme la mue de la voix et la pilosité pour les hommes trans (protocole MDS). Celle-ci doit être individualisée selon les buts de la personne trans.

Il existe différents traitements hormonaux (36). Pour les femmes transidentitaires, le traitement hormonal consiste en la prise d'œstrogènes, associée ou non à traitement anti-androgène⁵ ; pour les hommes transidentitaires il est basé sur une administration de testostérone.

2.2.1.2 Effets de l'hormonothérapie

« L'hormonothérapie va induire des changements physiques en congruence avec l'identité de genre du patient » (2).

Les femmes transidentitaires vont observer une croissance mammaire (variable), une baisse de la fonction érectile, une atrophie testiculaire et un changement de composition corporelle. Les hommes transidentitaires vont eux observer une aggravation de la voix, une augmentation de la taille du clitoris (variable), une augmentation de la pilosité faciale et corporelle, un arrêt des menstruations, une atrophie des tissus mammaires et un changement de composition corporelle.

Ces modifications apparaissent pour la plupart dans les deux ans qui suivent le début du traitement.

La prise d'hormones sexuelles entraîne des changements dans la composition des masses graisseuses et des masses musculaires des patients (37).

Une étude européenne sur 179 femmes transidentitaires (MtF⁶) et 162 hommes transidentitaires (FtM⁷) pendant 1 an a ainsi relevé une augmentation généralisée des masses graisseuses et une diminution des masses maigres chez les femmes transidentitaires (*cf. figure 1, p.14*). Les masses graisseuses sont préférentiellement localisée sur la région gynoïde (+34%) et les membres inférieurs (+42%) et la diminution de la masse maigre est localisée au niveau des membres supérieurs (-6%), des membres inférieurs (-4%) principalement.

⁵ Les anti-androgènes réduisent soit les niveaux endogènes de testostérone, soit l'activité de la testostérone, et permettent ainsi de minimiser le dosage en œstrogène nécessaire (2).

⁶ MtF (de l'anglicisme *Male-to-Female*) est utilisé pour désigner les personnes trans qui passent ou passeront de homme vers femme dans le cadre d'une transition de genre.

⁷ FtM (de l'anglicisme *Female-to-Male*) est utilisé pour désigner les personnes trans qui passent ou passeront de femme vers homme dans le cadre d'une transition de genre.

Chez les hommes transidentitaires, les changements de composition corporelle s'opèrent inversement. Une diminution des masses grasses est observée globalement (seule la région abdominale voit la proportion des graisses augmenter de 1%). Une augmentation des masses musculaires s'opère sur toutes les parties du corps.

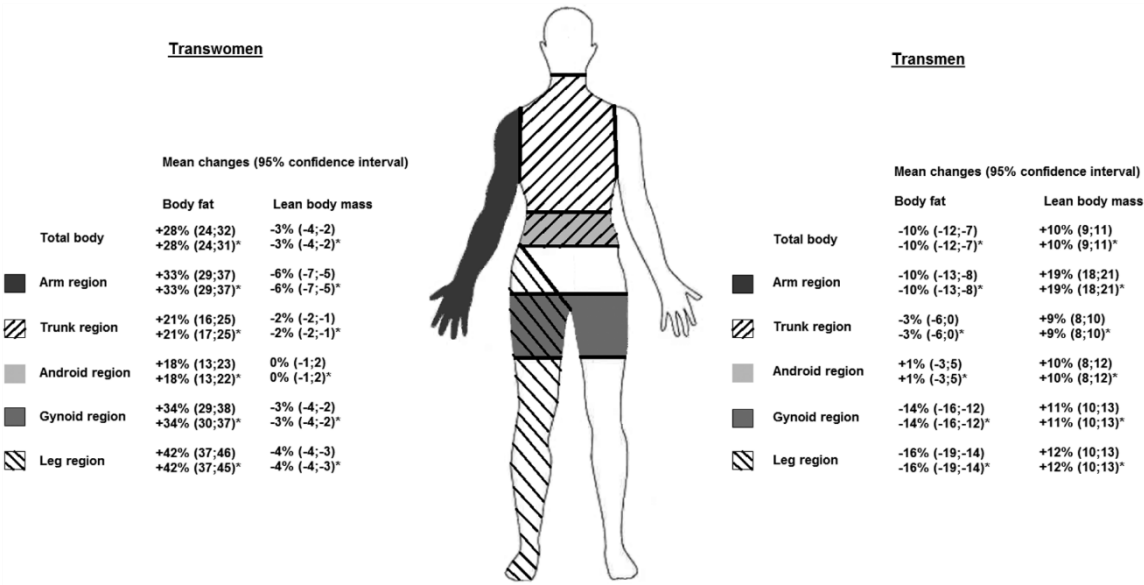


Figure 1 : Pourcentage des changements de masses grasseuse et musculaire suite aux traitements hormonaux chez 179 femmes et 162 hommes transidentitaires (37).

Ces modifications corporelles (augmentation et diminution de la masse musculaire et redistribution de la masse grasseuse) apparaissent autour de 6 mois de traitement et voient leurs développements maximaux dans un laps de temps de 2 à 5 ans (2).

2.2.2 Chirurgie de réassignation de genre

Certain.e.s personnes transidentitaires envisagent la chirurgie dans leur parcours de transition.

Chaque cas est singulier et peut comprendre une voire plusieurs interventions chirurgicales.

2.2.2.1 Les chirurgies pour les femmes transidentitaires (2)

- Chirurgies mammaires
- Chirurgies génitales : pénectomie, orchidectomie⁸, vaginoplastie⁹, clitoroplastie¹⁰, vulvoplastie.
- Autres chirurgies : féminisation faciale (réduction du cartilage thyroïdien, rhinoplastie, réduction des reliefs osseux saillants du visage, implant capillaire...), remodelage, lipoplastie de la taille (augmentation glutéale) ...

2.2.2.2 Les chirurgies pour les hommes transidentitaires (2)

- Mastectomie et création d'une poitrine d'allure masculine
- Chirurgie génitale : hystérectomie, ovariectomie, métoïdoplastie¹¹, phalloplastie, vaginectomie ; scrotoplastie¹² et implants testiculaires et/ou prothèse pénienne d'érection.
- Autres chirurgies : masculinisation du visage, liposuction, liposculpture, implants pectoraux.

⁸ Orchidectomie : ablation chirurgicale des testicules

⁹ Vaginoplastie : reconstruction vaginale à partir du contenu du pénis, à savoir le corps caverneux, est presque intégralement retiré. La peau du pénis est soudée à l'extrémité et retournée vers l'intérieur pour créer les parois du vagin (qui conserve des sensations). On approfondit parfois le vagin à l'aide d'une greffe de peau.

¹⁰ Clitoroplastie : utilisation du sommet du gland qui est entièrement dissocié du corps caverneux et est utilisé pour reconstruire le clitoris.

¹¹ Metoïdoplastie : chirurgie de réassignation sexuelle alternative à la phalloplastie pour les FTM. Celle-ci est plus récente et a été mise au point aux États-Unis. Elle consiste à dégager le dicklit (clitoris) qui a poussé sous l'effet du traitement hormonal à base de testostérone et à couper le ligament suspenseur afin d'avoir une esthétique se rapprochant davantage de la verge d'un homme biologique.

¹² Scrotoplastie : construction d'un néo-scrotum à partir des grandes lèvres qui permettra d'accueillir 2 implants testiculaires.

3. MATERIEL ET METHODE

Le but de cette étude est d'identifier les « *besoins de kinésithérapie* » et de dégager des pistes de prises en charge kinésithérapiques pour les personnes en transition. Il convient d'appréhender comment la kinésithérapie peut aider les personnes transidentitaires dans leurs parcours de transition, de savoir dans quels champs la kinésithérapie peut être utile à l'appropriation du nouveau corps.

Pour ce faire, il s'avère nécessaire de recourir à deux outils.

Dans un premier lieu, il convient de procéder à une étude qualitative. A ce titre, il est envisagé de participer au Collectif Santé Trans des Hauts-de-France (CST) afin de faire émerger des pistes de travail sur la prise en charge kinésithérapique avec notamment un point à l'ordre du jour de la réunion du 16 septembre 2019 « *Proposition de création de groupe de travail kinésithérapeutes-patient.e.s* ». Il est également prévu dans cette approche qualitative de réaliser des entretiens auprès de personnes en transition.

Dans un deuxième temps, un questionnaire sera proposé auprès des kinésithérapeutes français (via Facebook), afin de dégager et cerner les connaissances et pratiques de prise en charge des personnes en transition.

3.1 Entretiens

Deux femmes et trois hommes en transition ont été interviewés dans le but de connaître la relation des personnes en variation de genre à la kiné et d'avoir leur ressenti sur les apports de la kiné dans ces parcours (*cf. annexe 2 : guide d'entretien pour les patients*).

Deux médecins et un kinésithérapeute de la MDS ont également été interviewés sur leurs modalités de prescription de kinésithérapie pour les uns et leur prise en charge dans le cadre des parcours de transition pour l'autre (*cf. annexe 3 : guide d'entretien pour les médecins*).

3.2 Groupe de travail au sein du Collectif Santé Trans des Hauts-de-France

Dans le cadre de la co-construction entre soignant / soigné instaurée au sein du Collectif Santé Trans Hauts-de-France (CST), la création d'un groupe de travail sur les relations kinésithérapeute / patient.e.s a été proposée à la réunion du Collectif du 16 septembre 2019. Ce groupe de travail se base sur les retours d'expérience des personnes trans et du kinésithérapeute du collectif afin de définir les apports de la kiné dans le suivi des personnes en transition. Ce procédé a déjà été mis en place au sein du collectif pour l'élaboration du protocole de soin de la MDS. Il se fonde sur la présence d'expert.es d'expérience (18) qui sont des militant.e.s trans qui, en plus d'apporter leur témoignage sur leur propre transition, collectent les expériences des trans qu'ils.elles soutiennent, et analysent leurs « *expériences et les rationalisent [pour produire] des savoirs expérientiels* » (18).

Ce fonctionnement a été décrit en 2013 par trois chercheurs qui ont proposé la notion d'evidence-based activism comme une « *co-construction par des patients et spécialistes en vue d'une production de connaissances et d'un engagement dans la gouvernance des problèmes de santé* » (38,39).

3.3 But du questionnaire

Un questionnaire est envoyé aux kinésithérapeutes français via la page facebook « le réseau des kinés » qui compte plus de 35 000 membres (*cf. annexe 1*). Ce questionnaire vise à faire un état des lieux de la prise en charge kinésithérapique des personnes transidentitaires dans leurs parcours de soin et des rapports soignant/soigné. Il permettra également d'identifier les besoins de prise en charge kinésithérapique des patients dans le cadre de leur parcours de transition et de définir pour quelles indications.

3.4 Revue de littérature

Enfin, une recherche bibliographique confrontant l'analyse réalisée à la littérature existante a été effectuée sur les sites Google scholar, Pubmed, Pedro, Cairn info, Science direct.

4. RESULTATS

4.1 Données recueillies

Aucune production scientifique relative à la kinésithérapie n'a été trouvée. La revue de littérature concernant les mots-clefs « physiotherapy » associé à « transgender », « transidentity », « transsexualism », « vaginoplasty » sur les sites Google scholar, Pubmed, Pedro, Cairn info, Science direct s'est avérée non concluante, les articles sélectionnés ne traitaient pas de kinésithérapie à proprement parler.

Il a été choisi d'élargir les champs de recherche aux mots-clefs suivants : « hormonal therapy + transgender body composition », « musculoskeletal diseases transgender », « back pain cross-sex hormone therapy », « surgical intervention transgender », « hormone therapy metabolic effect », « lack of training in transgender in medical », « postural change transgender », « scar physiotherapy transgender », « body image transgender », « binding transgender pain », « transphobia ». Ces recherches ont été plus fructueuses et ont abouti à un total de 385 articles trouvés. Une sélection basée sur la pertinence des articles à la lecture du résumé a permis d'amener le nombre d'articles à exploiter à 137.

4.1.1 Collectif Santé Trans des Haut-de-France

L'initiative de constituer un groupe de travail sur les relations kiné/patient.e(s) au sein du Collectif Santé Trans des Hauts-de-France n'a pas donné suite, il a été substitué par des entretiens individuels.

4.1.2 Entretiens

Sept entretiens semi-directifs ont été réalisés entre le 26 octobre 2019 et le 3 février 2020. Ils ont duré en moyenne 58 minutes, avec un minimum de 31 minutes et un maximum de 96 minutes.

Deux femmes et trois hommes en transition ont été interviewés dans le but de connaître la relation des personnes en variation de genre à la kiné et d'avoir leur ressenti sur les apports de la kiné dans ces parcours.

Le premier entretien s'est déroulé à trois avec la présence d'un kiné qui a apporté des précisions dans le cadre de ses prises en charge avec les patients transidentitaires. Il a été difficile de contacter d'autres kinésithérapeutes « spécialisés », ayant du recul sur la prise en charge des patients trans. Un contact en janvier du « Réseau Santé Trans » de Rennes a permis d'obtenir très tardivement deux noms de kinés qui n'ont pas été joignables suite à l'arrêt temporaire supposée de leur activité dû à la crise du coronavirus.

Deux médecins de la MDS ont également été interviewés sur leurs modalités de prescription de kinésithérapie dans le cadre des parcours de transition.

Tableau I : Récapitulatif des personnes interviewées

	Age	Transition	Profession
P1	68 ans	MtF	Retraitée
P2	24 ans	MtF	Année sabbatique
P3	44 ans	FtM	Professeur
P4	32 ans	FtM	Doctorant
P5	23 ans	FtM	Année sabbatique
M1	41 ans	X	Médecin
M2	65 ans	X	Médecin
K1	61 ans	X	Kinésithérapeute

Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio qui a été retranscrit mot à mot pour reconstituer les échanges anonymisés. Les patients ont été nommés par la lettre P suivi d'un numéro, les médecins ont été nommés par la lettre M suivi d'un numéro et le kinésithérapeute de la lettre K suivi d'un numéro.

4.1.3 Questionnaire auprès des kinésithérapeutes

Après 1 mois de mise en ligne sur le site facebook « le réseau des kinés », 184 réponses ont été récoltées.

4.1.3.1 Données démographiques sur les répondants

Sur les 184 réponses, 138 (75%) viennent de femmes cisgenres et 46 (25%) viennent d'hommes cisgenres. Une majorité des répondants ont entre 26 et 35 ans (100

individus). Ils sont suivis par les moins de 25 ans avec un effectif de 48 répondants, puis par les tranches d'âge de 46 à 55 ans (avec 18 répondants) et de 36 à 45 ans (avec 15 répondants). Enfin les plus de 56 ans ont été 3 à répondre au questionnaire (cf. figure 2).

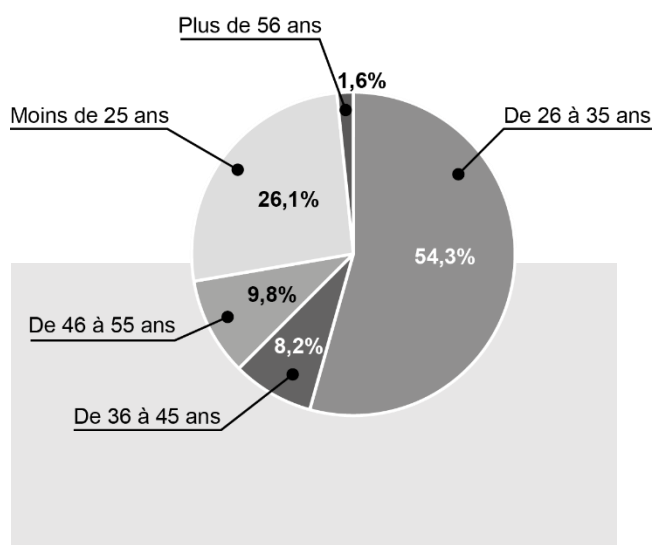


Figure 2 : Répartition par âge des répondants au questionnaire en ligne.

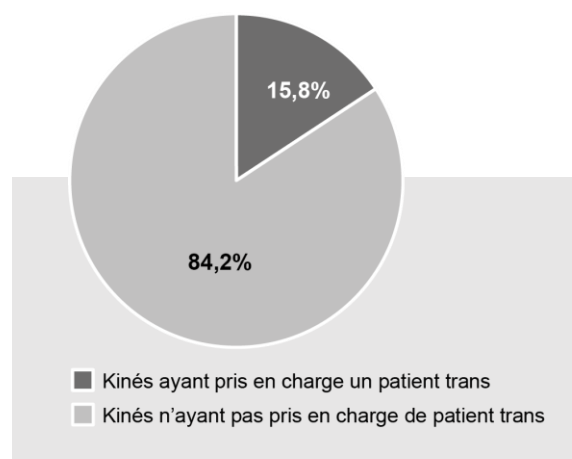


Figure 3 : Pourcentage de répondants ayant pris en charge au moins un patient transidentitaire.

Sur les 184 réponses, 155 parviennent de kinésithérapeutes n'ayant jamais pris en charge de patients transgenres et 29 parviennent de kinésithérapeutes ayant pris en charge au moins un patient transidentitaire (cf. figure 3).

La grande majorité des kinés ayant pris en charge des patients transidentitaires n'ont eu qu'une seule expérience. Seuls 4 kinésithérapeutes déclarent avoir suivi plus d'un patient, dont trois kinés ont eu 2 patients et un kiné a suivi 3 patients.

4.1.3.2 Kinésithérapeutes n'ayant jamais eu de patient transidentitaires

Sur les 184 répondants, 155 kinésithérapeutes n'ont pas pris en charge de patients transidentitaires. Sur ces 155 kinésithérapeutes, 36 déclarent avoir de l'appréhension à la prise en charge de patients trans (cf. figure 4), le manque de connaissances médicales et l'appréhension psychologique en sont les deux principales raisons (cf. figure 5).

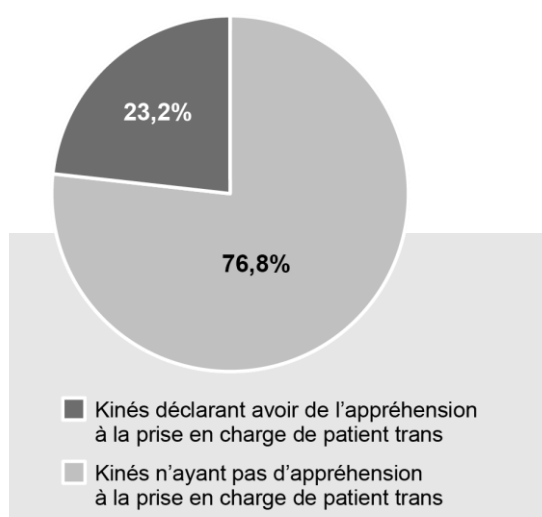


Figure 4 : Pourcentage de kinés déclarant avoir de l'appréhension à la prise en charge de patient transidentitaire.

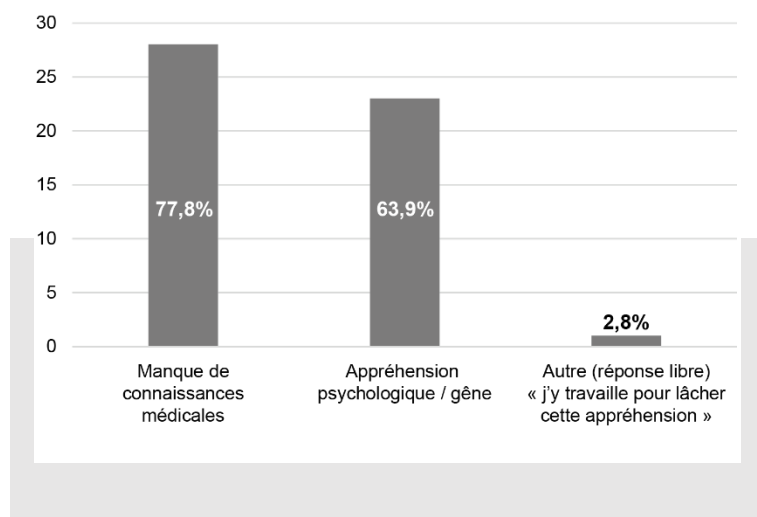


Figure 5 : Raisons de l'appréhension à la prise en charge d'un patient transidentitaire.

4.1.3.3 Kinésithérapeutes ayant pris en charge des patients transidentitaires

Sur les 184 répondants, 29 ont déjà pris en charge un patient transidentitaire, soit 15,8% des répondants.

Les douleurs musculo-squelettiques sont au premier lieu des prises en charges rapportées et concerne 19 patients (*cf. figure 6*). Vient ensuite la prise en charge cicatricielle post-opératoire pour 5 patients, puis la kiné respiratoire pour deux patients. Les autres indications ne concernent qu'un seul patient : rééducation périnéale, réentraînement à l'effort, renforcement musculaire... (*cf. figure 6*).

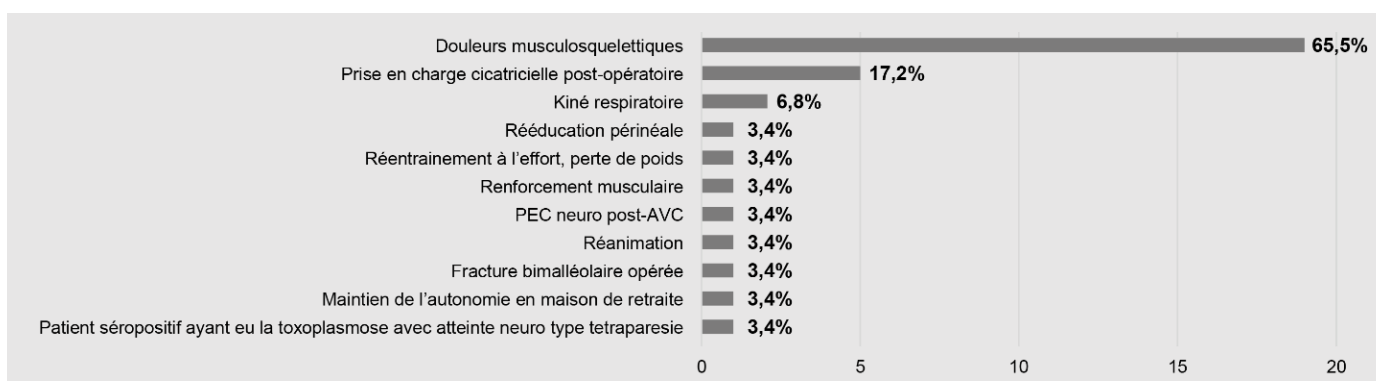


Figure 6 : Types de prise en charge des patients transidentitaires.

4.1.3.3.1 Prise en charge et traitement hormonal

Sur les 29 prises en charge de patients transidentitaires, d'après les kinésithérapeutes, 19 ne font pas suite au traitement hormonal, 4 font suite au traitement hormonal (deux prises en charge suite à des douleurs musculo-squelettiques, une suite à une rééducation périnéale et une dernière pour un patient en réanimation). 6 kinésithérapeutes déclarent ne pas savoir si la prise en charge fait suite au traitement hormonal (elles concernent toutes une prise en charge suite à des douleurs musculo-squelettiques) (cf. figure 7).

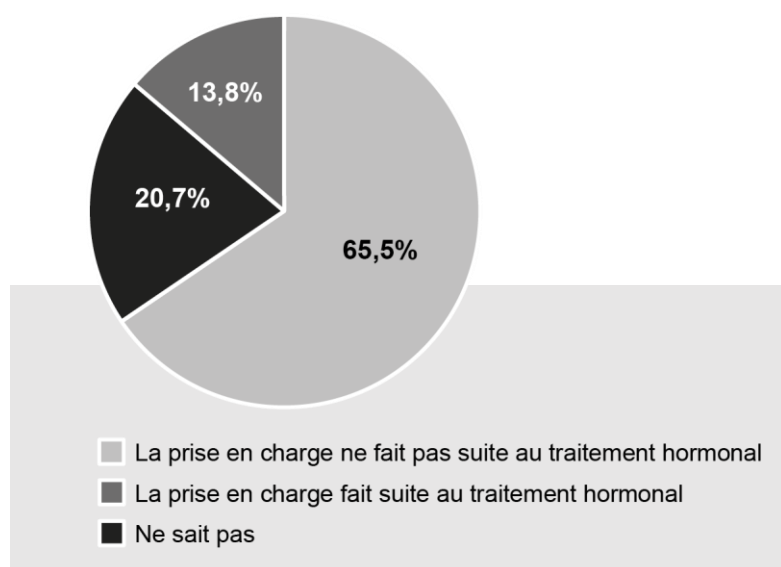


Figure 7 : Prise en charge suite au traitement hormonal.

A la question « Laquelle de ces prises en charge fait suite au traitement hormonal » seules deux réponses ont été rapportées :

- *Douleurs musculo-squelettiques, Réentraînement à l'effort, perte de poids.*
- *Changements du rapport au corps et douleurs musculaires.*

A la question « Quels liens faites-vous entre les raisons de la prise en charge (pathologie éventuelle) et le traitement hormonal ? », 9 kinés ont répondu (cf. tableau II). Quatre répondants établissent un lien potentiel entre les pathologies (douleurs musculo-squelettiques et rééducation périnéale) et le traitement hormonal. Trois autres n'attribuent aucun rapport. Deux autres ne savent pas établir de relations entre traitement hormonal et pathologie.

Tableau II : Réponses à la question « Quels liens faites-vous entre les raisons de la prise en charge (pathologie éventuelle) et le traitement hormonal ? ».

Modifications musculaires liées à la prise d'hormones.
Aucun.
Je ne sais pas.
Les effets de la pathologie peuvent être majorés ou diminués par la prise d'hormones, le rapport au corps changeant peut amener des changements dans le schéma corporel, les douleurs psychosomatiques.
Aucune.
L'existence d'une variable directe ou non entre l'hormonoT et TMS/douleur post chir ne me semble pas évident à prouver.
Aucun.
Cause à effet.
L'action des hormones sur le périnée (ou le manque d'hormones).

4.1.3.3.2 Prise en charge suite à une chirurgie de réassignation

Sur les 29 prises en charge de patients transidentitaires, 6 font suite à une chirurgie de réassignation. Trois sont des prises en charges cicatricielles après mammectomie. Deux font suite à une phalloplastie et une dernière concerne des dorsalgies a priori consécutives à une opération de modelage de poitrine selon le masseur-kinésithérapeute.

4.1.3.4 Etat des lieux sur la connaissance en matière de transidentité dans la prise en charge kinésithérapique

Sur les 29 répondants ayant pris en charge des patients transidentitaires, 26 affirment ne pas avoir les connaissances nécessaires à la prise en charge de ces patients (*cf. figure 8*). Le manque de connaissances médicales et chirurgicales est cité comme première lacune pour 20 d'entre eux. Vient ensuite l'approche psychologique / le comportement à tenir pour 17 d'entre eux. Neuf kinésithérapeutes pensent qu'une formation spécifique dédiée à la prise en charge des patients transidentitaires leur serait nécessaire (*cf. figure 9*).

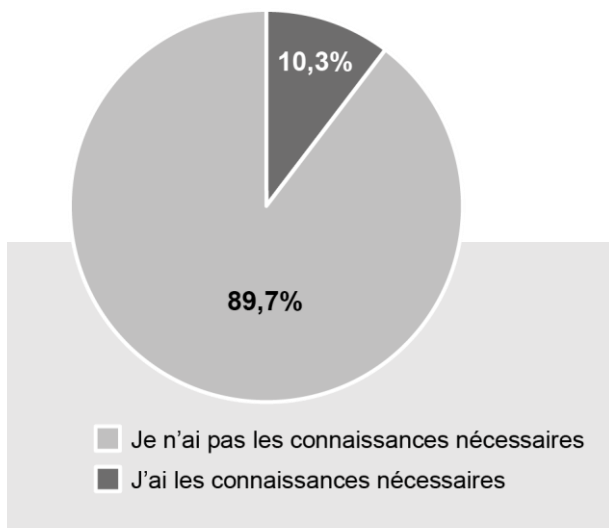


Figure 8 : Réponses à la question
« Estimez-vous avoir les connaissances
nécessaires pour la prise en charge d'un
patient transidentitaire ? ».

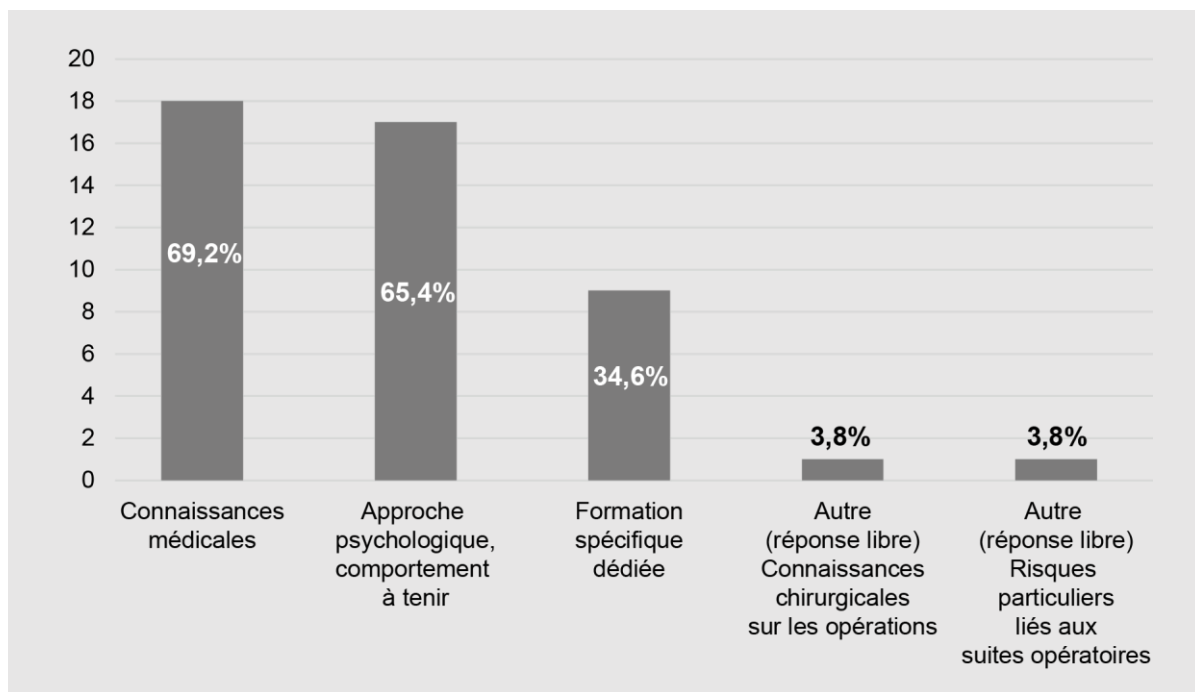


Figure 9 : Réponses à la question « Qu'est-ce qui, selon vous, vous manquerait pour améliorer votre prise en charge ? ».

4.1.3.5 Aspect relationnel de la prise en charge

Sur les 29 répondants ayant pris en charge un patient transidentitaire, 3 ont indiqué que le fait que le/la patient.e soit transidentitaire a modifié la prise en charge. A la question « *pourquoi est-ce que cela avait modifié leur prise en charge* », un kiné

a mis en avant le fait d'« être attentif à ne pas misgender », un autre a indiqué que « l'abord psychologique est différent » et un troisième a rapporté « Bonjour... au lieu de bonjour madame ».

De plus 3 kinés ont relevé rencontrer des difficultés dans la prise en charge des personnes transidentitaires :

- « Difficultés à ce qu'ils/elles persistent dans leurs soins de kiné »
- « Personnalité difficile à cerner »
- « Comportement à avoir ».

4.2 Analyse : Quelles indications de prises en charge kinésithérapiques d'un patient transidentitaire

La confrontation des données de la littérature aux données recueillies par les entretiens et le questionnaire a permis de dégager des axes de travail pour les kinésithérapeutes prenant en charge des patients trans.

Il existe des indications concernant les suites opératoires comme la rééducation périnéale après vaginoplastie ou les traitements cicatriciels après les différentes opérations, notamment après mastectomie. Il est également intéressant de se pencher dans un premier temps sur les conséquences corporelles du traitement hormonal.

4.2.1 Prise en charge suite au traitement hormonal

4.2.1.1 Douleurs majorées par l'augmentation de la masse musculaire ?

L'hormonothérapie et notamment la prise d'androgène amène une reconfiguration des masses musculaires et graisseuses (cf. partie 2.2.1.2 *Effets de l'hormonothérapie*, p. 13). On peut s'interroger sur l'impact de ces changements corporels sur le système musculosquelettique.

L'enquête auprès des kinésithérapeutes nous rapporte que sur les 29 patients transidentitaires suivis, la majorité (65,5%) soit 19 patients, ont été suivi pour troubles musculo-squelettiques. Sur ces 19 patients, 12 prises en charges ne font pas suite au

traitement hormonal selon les kinésithérapeutes. Deux prises en charges sont consécutives à la prise du traitement hormonal et rapportées à « des douleurs musculo-squelettiques » et « douleurs musculaires ». Pour les six derniers patients, le kiné déclare ne pas savoir si la prise en charge fait suite à l'hormonothérapie.

Trois kinés (sur 19), supposent qu'il existe un lien entre l'hormonothérapie et les troubles musculo-squelettiques constatés. Leurs réponses à la question sur la probabilité de ce lien sont :

- « *Modifications musculaires liés à la prise d'hormones* ».
- « *Les effets de la pathologie peuvent être majorés ou diminués par la prise d'hormones, le rapport au corps changeant peut amener des changements dans le schéma corporel, les douleurs psychosomatiques* ».
- « *Cause à effet* ».

A la vue de ces résultats, il n'est pas permis de supposer une corrélation entre l'hormonothérapie et l'apparition de douleurs musculo-squelettiques. Bien que la majorité des prises en charges (65,5%) relatées dans l'étude soit d'ordre musculo-squelettique, seul trois kinés établissent la probabilité d'un lien. Il faut toutefois signaler que seules 2 prises en charges ont été déterminées comme « *consécutives à la prise d'hormones* ». Pour étayer la réalité ou non de ce lien, il conviendrait de cibler le sujet d'étude en ne prenant en compte que des patients en début de traitement hormonal et d'étudier dans cette population la prévalence de l'apparition de troubles musculo-squelettiques.

Dans le cadre des entretiens cette question a soulevé plusieurs réponses tant chez les patients que chez les soignants.

En parlant du rapport entre le début de l'hormonothérapie et l'apparition de douleurs musculosquelettiques, **P3** établit clairement un lien de cause à effet : « *Absolument oui ! J'avais des douleurs X, Y dans ma vie. Mais y'a certaines douleurs que je n'avais jamais eues, que j'ai eues direct depuis. Et y'a d'autres douleurs qui sont apparues ou réapparues différemment [...], la prise de masse musculaire, ça a fait un gros gros changement dans le corps, et ça se mettait à tirer de tout bord, de tout côté* ». Il décrit des douleurs dans la ceinture scapulaire, les trapèzes, les rhomboïdes et des contractures dans les pectoraux. Pour lui l'hormonothérapie a fait suite à l'apparition de douleurs nouvelles.

Un autre homme trans relate, **P4** : « *J'ai eu un développement assez important de la masse musculaire dans le dos, les épaules, les bras... euh... le torse un peu. Et... euh, ça, ça ne m'a pas fait de soucis. Mais par contre j'ai eu pas mal de soucis de cou et dans le dos (...) mais bon toute chose égale par ailleurs, (...) l'année où j'ai commencé les hormones était aussi ma dernière année de thèse où je suis resté assis non-stop (...). J'ai eu ces problèmes-là... euh... je pense lié entre autre au binder* ». Pour lui, l'analogie entre prise de testostérone et apparition de troubles musculosquelettiques n'est pas évidente, dans la mesure où des circonstances et facteurs externes se sont ajoutés à la prise d'hormones et ont impacté sur l'apparition de ces troubles musculo-squelettiques.

Inversement, un dernier homme atteint du syndrome d'Ehlers-Danlos décrit une amélioration de ces symptômes suite à la prise de testostérone, **P5** : « *Avec le syndrome d'Ehlers-Danlos (SED), il y a plein de mes articulations qui ne tenaient pas très bien avant. Et quand j'ai commencé à prendre de la testostérone, ça allait mieux. Genre surtout au niveau de mes épaules. (...). J'ai plus de masse musculaire un peu partout et du coup, certaines articulations qui tiennent un peu plus avec les muscles vont mieux* ».

Il rajoute : **P5** : « *J'ai eu moins de douleurs, moins de symptômes en général. Pour moi c'était une bénédiction sur tous les plans* ».

Chez lui, la prise de testostérone a permis de contrecarrer l'hyperlaxité et les douleurs consécutives à sa maladie. Ce patient est toutefois un cas à part avec sa pathologie : « *Même les médecins qui me suivait étaient intéressés de voir ce qu'une transition aller faire sur le SED. Et ça allait mieux... et puis plus d'endurance, donc je pouvais faire plus de chose* ».

Ces trois patients ont des expériences bien différentes quant au début de leur traitement hormonal et des impacts sur leurs systèmes musculo-squelettiques. Il reste que dans les trois cas, le changement de configuration de la masse musculaire a eu un impact, qu'il soit positif ou négatif. Comme le souligne **P3**, les patients dont le système musculo-squelettique est sollicité par ces changements corporels méritent un accompagnement : « *Je pense qu'il y a un enjeu, en tout cas peut-être plus pour les personnes qui ne sont pas jeunes, qui ont vraiment fini leur croissance depuis un bon moment. Genre il y a peut-être un enjeu d'accompagner la prise de masse musculaire... pour ne pas déstabiliser le corps* ».

Il serait intéressant de se pencher sur les réels impacts musculo-squelettiques de ces changements musculaires tant sur le plan physique que sur le plan postural.

L'âge au commencement du traitement hormonal est peut-être un facteur à prendre en compte dans l'apparition de ces douleurs musculo-squelettiques. Comme le relate **P3** : *« J'ai des copains, jeunes trans, qui ont commencé la testo à 16 ans, 18-19 ans. Et ils n'ont pas de douleurs. Bah tu sais, le corps se régénère différemment. Et j'ai l'impression que... surtout le gars de 16 ans, lui n'a pas fini sa puberté »*.

Du point de vue des soignants, une interrogation est soulevée sur la réalité de ces changements corporels et leurs conséquences. En kinésithérapie, **K1** a relevé que : *« l'hormonothérapie modifie la masse musculaire... et du coup avec par exemple certains hommes trans, je pense que le squelette se retrouve avec une charge musculaire qui est différente, puisque la masse musculaire devient importante, et qu'il y a peut-être quelque chose à travailler »*.

Pour certains patients dans ce cas de figure, un travail basé sur des étirements, un travail postural, des postures et renforcements des antagonistes pourrait arriver à soulager ces contraintes musculaires. Comme le relate **K1**, le travail en séance peut aider à accompagner ces changements : *« Avec certains hommes trans, j'ai l'impression qu'on peut faire quelque chose... on peut faire des étirements, faire des choses qui rendent moins douloureux ou moins sensible cette masse musculaire qui arrive avec des androgènes et qui du coup sollicite le squelette de manière différente »*.

Mais il est admis chez les soignants qu'à l'heure actuelle, rien ne permet d'affirmer que ces douleurs musculo-squelettiques soit le fait de l'hormonothérapie. Ces changements musculaires soudains ne sont en effet pas toujours accompagnés de douleurs et dans les cas d'un constat de douleur musculo-squelettique, un contexte environnemental, psychologique favorisant peut y être associé. Des analyses à plus grande échelle devraient être menées en excluant les autres causes d'apparition de douleurs musculo-squelettiques chez les hommes transidentitaires.

Ainsi **K1** relate : *« Disons que c'est difficile de dire si ça vient de là... Moi j'ai reçu plusieurs fois des jeunes qui étaient dans des parcours de transidentité pour des problèmes de dos, lombalgies ou dorsalgies, mais on ne peut pas faire la part de... qu'est ce qui est dans leur douleur... euh... un problème d'adaptation de la*

musculature, au niveau du squelette ou autre chose, ou un problème banal... en tout cas c'est compliqué. Mais c'est peut-être quelque chose à creuser ».

Pour les médecins interrogés à ce sujet, le constat est identique. Il y a bel et bien des effets anabolisants sur la masse musculaire mais le lien n'est pas évident, comme le relate **M2** : *« C'est quand même un anabolisant, avec une transformation de la stature, de l'être, du corps, puisqu'on quitte le morphotype féminin pour aller vers un morphotype masculin. Là-dessus je suis tout à fait d'accord, mais je n'ai pas... euh... une grande expertise de prescription... forcément qu'on a dû prescrire de la kiné dans les douleurs (...), mais au départ pas forcément en lien ».*

Pour **M1**, établir un lien clairement n'est pas possible actuellement : *« On ne peut pas faire la part des choses, comme ça, de façon tranchée. Surement, hein ? Forcément ! Après c'est pas la plainte que j'ai le plus souvent. Autant il y a d'autres effets secondaires qui reviennent... euh... la fatigue, l'irritabilité, l'humeur... pleins de trucs, mais pas les douleurs... euh... parfois peut-être des douleurs musculaires, mais... souvent ils me disent qu'on a changé les doses, ou en fin de dose, j'ai quelques courbatures et après ça passe. Voilà, donc c'est pas quelque chose que j'ai eu... peut-être quelque fois, mais ce n'est pas quelque chose qui revient le plus souvent ».*

De plus, quand les patients consultent, ces douleurs passent au second plan. L'objectif principal est d'avancer dans la transition. **M1** : *« Non... après ce que j'ai envie de dire, c'est qu'après souvent il y a d'autres choses qui sont plus importantes. En fait quand ils viennent avec la demande de transition... au début... même s'ils ont... en tout cas c'étaient pas des douleurs assez importantes, ça ne m'a pas marqué du tout ».*

Il est donc bien difficile d'établir clairement un lien entre prise musculaire suite à l'hormonothérapie et apparition de douleurs musculo-squelettiques. La littérature, qui n'est pas prolifique sur le sujet, amène quelques pistes qui sont corroborées par quelques retours d'expérience et quelques retours de kinésithérapeutes libéraux au questionnaire. Ces données insuffisantes semblent établir qu'il n'y a pas de lien systématique, bien que quelques cas soient recensés.

Une étude plus approfondie serait nécessaire afin de déterminer le lien entre prise de testostérone et apparition de douleurs musculo-squelettiques, afin de pouvoir, si lien il y a, dépister précocement, accompagner par une prise en charge kinésithérapique adaptée, voire avoir une action préventive sur ces dernières.

4.2.1.2 L'image du corps / le rapport à soi et aux autres

Ici, la dimension de l'image du corps est traitée dans la partie des suites au traitement hormonal car l'hormonothérapie qui est souvent un premier pas dans le parcours de transition amène des bouleversements sur le regard sur soi et le rapport aux autres.

P4 : *« Chez le médecin c'est toujours le moment où tu n'es pas très bien... mais tout le monde, pas que quand t'es trans. Enfin c'est le truc de se déshabiller dans ce rapport médical au corps, c'est pas simple... mais quand t'es trans, encore plus quoi ! ».*

La décision de la transition amène un nouveau regard sur soi. Le corps qui était perçu auparavant comme le non-reflet de ce que la personne vivait et représentait, devient dans cette nouvelle réappropriation un espace d'investissement.

P4 en parlant de l'évolution du regard sur son corps : *« Je pense que pour moi il y avait plein de choses, mais mon corps il était le lieu de « moi », mais de tellement de représentations qu'on avait plaqué dessus, de ma famille, de mes parents, de la société... euh... de ce que c'est censé être le sexe, de ce qu'on m'avait dit dessus, sur mes seins, sur mes trucs et tout que... moi y'avait un truc incroyable de se dire... euh... » Non mais là c'est moi qui choisis en fait ! (...) C'est moi quoi ! Et je pense que ce n'était pas parce qu'avant ce n'était pas moi, c'était parce qu'en fait... euh... à un moment donné je reprenais les choses en main de ma vie, et je faisais des choix ».*

Certains sociologues distinguent le « corps-objet », non désiré, du « corps-sujet » qui est un corps vécu et conscient : *« pour les personnes transidentitaires, l'insupportable étrangeté de leur corps-objet ne correspond pas à leur identification sexuelle et peut entraver structurellement le développement de la conscience de soi en tant que corps-sujet »* (40).

Ainsi certaines personnes transidentitaires négligent leur apparence, leur physique avant qu'ils.elles n'entreprennent leur parcours de transition. Certain.es présentent un désinvestissement physique qui peut impacter sur le plan médical comme le remarque **M1** : *« J'ai des patients qui... notamment MtF, qui ont de gros risques cardio-vasculaires, totalement sédentaires, obèses +++... et ça m'est déjà arrivé de demander aux kinés de remettre en place l'activité physique ».*

Le kiné dans cette optique sert de soutien et de support à la construction de cette nouvelle image de soi, comme le relate **P2** : *« la kiné me sert à perdre des kilos et ainsi à retrouver, refaçonner un corps que j'avais laissé à l'abandon »*.

M1 en parlant de l'objectif des kinés dans le cadre de ces prescriptions : *« Pour accompagner, de façon adaptée, subtile... pour revaloriser leurs corps... pour travailler là-dessus et en même temps l'objectif derrière c'est vraiment... pas perdre du poids, mais c'est vraiment apprendre à bouger, à changer un peu... dans cette direction-là »*.

D'une manière générale plusieurs études ont montré que les personnes transidentitaires pratiquent significativement moins d'activité physique que les personnes cisgenres pour les mêmes catégories d'âge et de sexe (40,41), et ce de manière encore plus prononcée pour les personnes n'ayant pas commencé d'hormonothérapie (42). L'activité physique peut être considérée comme une pratique sociale particulièrement difficile pour les personnes transidentitaires au regard de la structuration sexuée (vestiaires, compétitions), des idéologies normatives en matière de genre et de la transphobie vécue ou appréhendée dans le milieu sportif (40,43).

L'activité physique initiée dans le cadre d'un suivi kinésithérapique, peut de cette manière, être amenée de manière adaptée dans un cadre sécurisant et bienveillant.

M1 : *« le kiné est utile pour stimuler et proposer des choses adaptées. (...), je me dis que le kiné peut être un partenaire super pour les guider, les stimuler, les valoriser souvent. Parce que ça fait partie encore pour moi du côté psy et de la kiné. Après c'est ma perception ! Je pense que c'est essentiel »*.

Comme le rappelle **M1** cette demande est souvent à l'initiative des patients : *« Du coup ça vient d'eux, mais souvent il y a ce corps qui doit changer... et souvent il y a un grand écart pour ces gens, qui ont... voilà... un corps abandonné, négligé. Parce que ça... voilà... je pense qu'ils ont besoin d'être soutenu. C'est difficile. Pour tout le monde c'est difficile de changer, et comme la transition c'est un peu le trajet. Je dis « voilà, on y va vers cet [prénom choisi par la personne en transition] idéal. On va faire le travail et je vous adresse à mes collègues et on va travailler ensemble »*.

Les patient.es, dans ce cadre (re)constructif, peuvent éprouver beaucoup d'anxiété et de stress. Dans cette optique, il peut être prescrit des séances de kiné pour travailler sur le relâchement, la relaxation, le travail respiratoire comme le relate **M1** : *« Et troisième cadre, qui m'est déjà arrivé aussi [de prescrire], c'est tout ce qui est un peu psy... c'est un peu hors-piste... et pour tout ce qui est anxiété (...) par l'hypnose ou autre, tu vois c'est vraiment... avoir cette maîtrise du corps, pendant les crises d'angoisses... comment ils vont faire... comment les deux sont liés... Je ne sais pas ce que fait (nom du kiné), mais... c'est peut-être pas forcément de l'hypnose, c'est aussi apprendre à respirer, travailler à prendre contrôle de soi dans ces moments-là ».*

4.2.2 Aspect gestuel et postural

4.2.2.1 Le « passing »

Face à la transphobie sociétale certains font le choix de l'invisibilité. L'invisibilité *« c'est se conformer suffisamment à l'un ou à l'autre des deux genres socialement acceptés, afin que la transidentité ne puisse être suspectée de l'extérieur »* (18). Cette invisibilité est nommée *« passing »* chez les transidentitaires.

Cette volonté de conformation aux normes du genre désiré intègre la question des aspects gestuels et posturaux. A la MDS, certaines demandes d'appropriation de ces nouveaux codes sont réalisées en séance de kinésithérapie. Il est ainsi précisé dans le protocole de la MDS que la kinésithérapie permet un *« accompagnement de la transformation du corps, notamment musculaire, induite par les hormones, mais aussi un décryptage et un travail sur les stéréotypes de genre social dans les façons de bouger, s'asseoir, marcher : comment s'approprier ce dont j'ai envie dans mon corps en transformation ? »*.

Ces demandes ont émané de femmes transidentitaires comme le relate **M2** : *« On avait des demandes de femmes qui aussi, estimaient, que... ben... elles auraient peut-être besoin d'une aide, d'un regard extérieur sur le mouvement de leur corps, qu'elles trouvaient très empreint de masculin »*. Et de rajouter (**M2**) : *« Des femmes qui ont commencé à vous demander [aux kinés], « est-ce que notre corps... marcher, se mouvoir... est-ce que vous pourriez nous aider à être plus femmes dans cet « être au monde », cet « être à la vie ? »*.

K1 : *« Ce qui a initié les prises en charge pour moi en kiné, c'était une demande de [nom de médecin] qui m'a dit « est-ce que tu serais d'accord pour apprendre à une femme trans à marcher comme une femme ».*

Ces demandes ont suscité beaucoup d'interrogations chez les médecins et kinésithérapeute de la MDS. Elles s'opposaient aux principes de normes de genre que les soignants pouvaient combattre habituellement (18).

Pour répondre à ces attentes, le kinésithérapeute rapporte lors de l'entretien que son travail s'est recentré non pas sur l'adoption de nouvelles normes de genre, mais plutôt sur la déconstruction des codes du genre afin que la personne arrive à s'épanouir dans son corps en mouvement.

K1 précise ainsi, suite à la demande des femmes trans sur l'apprentissage d'une démarche féminine, avoir reformulé ces demandes : *« C'est pas « marcher comme une femme ». C'est « marcher comme vous auriez envie de marcher » (...) et de rajouter : « Du coup ça devient pas « marcher comme une femme » mais qu'est-ce que je peux faire pour vous aider à déconstruire ce qui vous ennuie dans votre corps aujourd'hui, pour arriver à quelque chose qui soit plus en adéquation avec ce que vous ressentez »*

Ce travail de déconstruction des codes du genre et de prise de possession de son corps dans l'espace est un travail qui prend du temps comme le précise **P1** : *« Mais en fait le lâcher-prise... et c'est bien ça... lâcher les codes masculins, prise des codes féminins. Ce lâcher-prise est en fait très lent. Et c'est très insécurisant. Et chaque fois qu'on se retrouve en insécurité... on revient vers les codes masculins. Donc en fait, quand vous nous accompagnez, vous accompagnez très souvent des gens qui sont contradictoires dans leurs demandes parce qu'à la limite même si vous proposez quelque chose de très juste, la personne n'est peut-être pas prête au niveau de ses peurs, à faire ce lâcher-prise. De lâcher ce qui est de la déconstruction de ce qui est masculin pour aller vers ce qui est féminin »*. La place du kinésithérapeute dans ce travail de déconstruction n'est pas évidente car, même s'il est spécialisé dans le corps et le corps en mouvement, cette démarche demande une réflexion de la part du thérapeute sur la représentation des normes de genre. Les convictions du kinésithérapeute peuvent être en contraction avec cette représentation binaire des genres. Pour ces patients, la relation de confiance établit avec le kinésithérapeute peut

toutefois permettre d'amener en toute sécurité cet espace d'expérimentation et de déconstruction des normes dans un cadre bienveillant.

Ce travail de déconstruction entamé en séance individuelle peut trouver un écho ou une continuité dans le cadre associatif ou de groupes de soutien par des séances d'expressions corporelles qui permettent d'expérimenter des façons d'être et de bouger.

4.2.2.2 Aspect postural

4.2.2.2.1 Attitude de repli

P5 : « *En plus si on n'a pas un passing entre guillemets « de fou »... on psychote, donc on se tient toujours comme ça [mime une attitude en enroulement des épaules et exagération de la cyphose thoracique]* ».

La difficulté d'assumer ce nouveau corps face au regard d'autrui peut également créer chez certain.e.s un repli sur soi, un changement de posture, face à la transphobie subie quotidiennement. Ces difficultés font écho à la notion de « *stress minoritaire* » exposée par Meyer en 2003. Le stress minoritaire est « *un modèle conceptuel qui décrit les facteurs de stress ancrés dans la position sociale des personnes appartenant à des minorités sexuelles comme étant des causes de problèmes de santé, tels que les troubles mentaux, la détresse psychologique, les troubles physiques, les comportements liés à la santé (par exemple, le tabagisme, l'utilisation de préservatifs) et, plus généralement, un sentiment de bien-être* » (44).

Comme le rapporte **P1**, les stigmatisations et la transphobie vécue et intériorisée ont un impact postural : « *les changements de posture c'est venu de... sur le plan psychologique parce qu'on éprouve ce qu'on appelle du stress minoritaire* »

Tout.es les personnes trans interviewés rapportent ce poids sur leurs épaules.

Que ce soit **P1**, femme trans : « *On est avec un corps qui va dans un développement qu'on a désiré et en même temps on a encore des éléments qui n'ont pas changé et donc la différence des deux... le différentiel risque de nous faire percevoir comme trans, et là de nous plonger dans des difficultés qu'on va trouver dans le métro, dans la rue. Donc on a tendance à se voûter* ».

Ou comme le signale **P4**, homme trans : « *En fait je me rendais compte que... enfin je me tenais toujours un peu les épaules voûtées et tout... je n'avais vraiment pas envie qu'on devine, corporellement, que je pouvais être trans ou quoi [...] et donc j'avais tendance, des fois, à me tenir plus... euh... enfin à ne pas me tenir redressé quoi !* ». Ce constat a été signalé également par les deux autres hommes trans interviewés (P3 et P5).

Chez les hommes trans, la mammectomie peut amener un « soulagement » au niveau postural comme le relate **P4** : « *Une fois qu'il y a eu l'opération, j'ai senti que... je me redressais plus facilement (...) en tout cas l'opération m'a libéré d'un truc d'épaule là. Ça m'a ouvert ! Enfin de pouvoir... pffffou (souffle)* ». Pour d'autres, cette attitude posturale s'est ancrée comme le raconte **P5** : « *Même encore maintenant en fait... maintenant que j'ai fait l'opération... euh... y'a la mémoire de mon corps qui me dit « attention !* ». Du coup, même quand je marche dans la rue, je suis toujours un peu voûté ».

L'acceptation de ce nouveau corps face à la pression sociétale peut amener des changements de posture qui, s'ils s'installent, peuvent entraîner des désordres posturaux. Ainsi une attitude en cyphose thoracique exagérée, associée à un enroulement des épaules est décrite comme une « solution » face à la violence subie en extérieur. Il serait intéressant de voir à quelle fréquence ces changements posturaux peuvent devenir permanents et entraîner des implications corporelles et de fait, nécessiter une rééducation.

4.2.2.2.2 Pratique du binding¹³

P4 : « *Et puis... euh, et puis en fait le binder ça fait mal au dos, c'est dur à porter* ».

Chez les hommes transidentitaires la pratique du binding est répandue. Les études relatent qu'entre 80 et 87% des hommes trans y ont recours pour s'identifier au genre désiré ou pour se sentir plus en sécurité face aux discriminations subies (45–

¹³ Binding : cette pratique est définie comme toute activité qui implique la compression du tissu mammaire afin de créer un aspect plus plat de la poitrine.

47). Le binding peut être provisoire en attente de mastectomie ou être une pratique pérenne si le choix de la personne ne se porte pas sur la chirurgie (48).

Des recommandations ont été faites quant au port des compressions (type, taille, durée de port, étirement pendant le port, le maintien d'une posture « correcte ») sur la base d'expériences personnelles plutôt que de recherche clinique (47). Et ces recommandations sont difficiles à suivre comme le relate **P5** quant à la question du temps de port du binder : « *Plus ou moins tous les jours... euh... sans forcément respecter les consignes... c'est impossible ! Genre, la dysphorie¹⁴ ! c'est pas possible !* »

Deux études sur 1800 et 76 individus signalent que des troubles posturaux peuvent apparaître. Les plus répandus concernant les maux de dos (de 53,8% à 65%), les douleurs thoraciques (de 30% à 48,8%), une mauvaise posture (de 32% à 40,3%) et des douleurs d'épaule dans 38,9% des cas (46,49). D'autres troubles sont également recensés notamment dermatologiques, respiratoires et neurologiques (49). Les résultats sont présentés dans le tableau III.

¹⁴ Dysphorie de genre « est définie au sens large, comme l'inconfort ou la détresse causé(e) par une discordance entre l'identité de genre d'une personne et son assignation sexuelle à la naissance (ainsi que le rôle de genre associés et/ou les caractères sexuels primaires et secondaires) » (2)

Tableau III : Prévalence des troubles de santé autodéclarés attribués au port du binder (49)*(cf. annexe 4 pour tableau original)*

Résultats en matière de santé (toutes les réponses applicables)	Pourcentage (n) (n = 1800)
Douleurs	
Douleurs à la poitrine	48.8 (878)
Douleurs d'épaule	38.9 (700)
Lombalgies	53.8 (969)
Douleurs abdominales	14.5 (262)
Total douleurs	74.0 (1333)
Musculosquelettique	
Fractures de côtes	2.8 (50)
Modifications des côtes ou de la colonne vertébrale	11.6 (209)
Mauvaise posture	40.3 (726)
Claquement articulaire de l'épaule	12.3 (221)
Perte musculaire	5.4 (97)
Total musculosquelettique	46.8 (843)
Neurologique	
Troubles de la sensibilité	15.7 (282)
Maux de tête	19.1 (344)
Étourdissements ou vertiges	27.8 (500)
Total neurologique	41.0 (738)
Gastrointestinal	
Problèmes digestifs	11.3 (203)
Brûlures d'estomac	11.1 (200)
Total	17.7 (318)
Etat général	
Température	53.5 (963)
Fatigue	27.2 (489)
Faiblesse	17.3 (311)
Total	50.7 (914)
Respiratoire	
Toux	17.2 (310)
Infections respiratoires	3.4 (62)
Essoufflements	46.6 (839)
Total	50.7 (914)
Peau/tissus	
Changement de forme de la poitrine	27.5 (495)
Sensibilité de la poitrine	33.9 (611)
Blessures	7.7 (138)
Gonflement	4.3 (77)
Acné	33.8 (608)
Démangeaisons	44.9 (808)
Modifications de la peau	15.2 (273)
Infections de la peau	5.3 (95)
Total	76.3 (1375)
TOTAL	97.2 (1750)

Les mêmes constatations ont été faites lors des entretiens. Tous les hommes trans ont décrit des lombalgies et cervicalgies consécutives au port de binder. Comme le relate **P5** : « *Grosse douleur de dos, mais de ouf ! Vraiment... à la fin je n'en pouvais plus. Douleurs de côtes (...). Après parfois ça remontait jusque dans la nuque quoi,*

avec le dos qui se crispe, les trapèzes et tout ! Et puis même, c'est impossible de se tenir droit avec le binder ».

Pour certains, cela a même amené à consulter un kinésithérapeute, **P4** : *« Enfin y'a plein de moments où je rencontre la médecine. Pour les hormones ça a été violent et chiant... euh et puis précisément la kiné sur le binder, parce que j'ai eu plein de problèmes de dos »*

La compression thoracique amène cependant des améliorations significatives sur l'humeur, l'anxiété, le passing¹⁵ et le bien-être émotionnel général (47). Les participants des études affirment que les avantages psychiques que procure le binding l'emportent sur les effets physiques négatifs. Le binding est considéré comme une nécessité par de nombreux hommes transidentitaires.

P5 : *« Quand j'avais trop mal, ben du coup je me disais c'est pas grave, au pire si j'ai mal, je prends du tramadol. Donc je laissais mon binder beaucoup trop longtemps, et je compensais avec du tramadol. Donc très mauvaise idée ! »*

Il convient donc au mieux d'encadrer, d'accompagner cette pratique et les désagréments qu'elle occasionne. En l'absence relative de directives médicales « officielles » concernant cette pratique, les personnes transidentitaires s'appuient sur le « bon sens » et des ressources expérientielles pour éclairer la perception du risque.

Le kiné doit être conscient de cette dualité et amener un discours non stigmatisant sur la pratique du binding. Il convient de ne pas condamner le port de contention qui serait inutile voire contreproductif. Le kiné se doit plutôt d'informer le patient sur les risques apportés par le binding, de conseiller une réduction du port de la compression ainsi que le port de compressions adaptées et mettre en place des thérapies pour réduire les désordres physiques impactant la posture, les lombalgies ou encore les cervicalgies. Parallèlement, il doit être une bonne écoute et évaluer avec le patient les aspects psychiques positifs apportés par la compression, afin d'établir avec ce dernier un ordre de priorité. S'attaquer aux effets physiques négatifs ne doit pas avoir nécessairement préséance sur les avantages en matière de bien-être et inversement. Le consentement éclairé doit être priorisé dans ces situations

¹⁵ Passing : réfère à la capacité d'une personne à être considérée, en un seul coup d'œil, comme une personne cisgenre.

afin d'aboutir à la meilleure prise en charge possible avec l'accord et l'implication du patient.

Il est relevé dans un article récent que *« pour certains il est difficile de démêler les impacts musculosquelettique du binding de la mauvaise posture souvent attribuée à la dysphorie »* (47), appuyant la concomitance du port d'un binder et d'une attitude posturale de protection / de repli comme causes de douleurs musculosquelettiques.

4.2.3 Prise en charge suite aux chirurgies de réassignation

4.2.3.1 Prise en charge cicatricielle de mammectomie

Les techniques les plus courantes appliquées aux hommes transidentitaires pour la chirurgie thoracique masculine comprennent la mammectomie sous-cutanée par une incision péri-aréolaire et la mammectomie inframammaire avec greffe de mamelon libre (50,51). Les *« objectifs de la chirurgie thoracique masculinisante sont de sculpter une poitrine masculine d'apparence naturelle correspondant à l'habitus corporel du patient avec une définition pectorale »* (50).

La première indication kinésithérapique suite à une mammectomie est le traitement cicatriciel. Comme l'indique **M2** : *« Sur les mammectomies, ça m'est arrivé de prescrire. De prescrire de la kiné pour essayer d'améliorer la cicatrisation. Parce que c'est quand... c'est la chirurgie la plus chiante au niveau cicatriciel »* et comme le souligne **K1** : *« c'est aussi là-dessus que j'ai axé le travail avec des hommes trans que j'ai reçu en post-op de mastectomie pour les accompagner dans comment faire avec leurs cicatrices. Qu'elles soient les plus belles possibles »*.

Les cicatrices peuvent présenter des adhérences, un aspect chéloïde qu'il convient de traiter par des techniques de massage et compression spécifique comme le rapporte **K1** : *« On appelle ces cicatrices hypertrophiques, des cicatrices chéloïdes. Elles deviennent rouges, elles s'hypervascularisent et s'hypertrophient, donc elles deviennent turgescents en fait. Et donc, ces cicatrices-là par exemple, il faut les prendre en charge de façon très spécifique »*.

Comme l'indique **P4**, le travail des tissus cicatriciels peut se réaliser à distance des cicatrices et par un système de compression : *« Pendant un certain temps, on a travaillé les cicatrices sans y toucher, par des étirements (...). Après on est passé... on nous a conseillé des scotchs, enfin des trucs de scotch médicaux »*.

En parlant du traitement des cicatrices chéloïdes **K1** rapporte *« Il faut plutôt les comprimer pour éviter l'apport vasculaire. Il faut mettre ces fameux... euh... pansements en silicone que tu mets en étirant et qui compriment et qui du coup drainent et dévascularisent »*. Le travail compressif sur les cicatrices hypertrophiques se retrouve dans la littérature (52,53). Il est ainsi décrit que *« la compression de la cicatrice réduit les cicatrices hypertrophiques, bien que le mécanisme ne soit pas connu »* Il est précisé que le traitement *« peut prendre la forme d'un massage doux de la cicatrice (commençant au plus tôt deux semaines après l'opération), de bandages ou de gels et de feuilles de silicone »* (50).

Des techniques de massage convergent, puis divergent peuvent par la suite être introduites selon l'aspect chéloïde ou non de la cicatrice.

A distance, l'utilisation d'un LPG peut permettre de lever les adhérences résistantes.

Les suites opératoires directes de mammectomies peuvent nécessiter également un suivi kinésithérapique dans le but d'aider à retrouver de la mobilité dans la ceinture scapulaire et réduire les douleurs occasionnées par le bandage compressif et la rétraction des tissus.

P4 : *« Notre travail kiné qui a été le plus clairement en lien avec ma transition... euh... c'était après mon opération. Quand on a travaillé un peu le fait de relever les bras, les cicatrices, des trucs comme ça pendant quelques mois »*

Comme décrit lors des entretiens, des dorsalgies peuvent apparaître suite à l'opération.

P4 : *Puis t'as mal partout, parce qu'en fait tu as passé un mois... moi je ne dormais jamais sur le dos. Donc tu passes un mois à dormir sur le dos, à ne pas t'étirer... enfin c'est incroyable de ne pas pouvoir t'étirer pendant un mois... c'est horrible en fait (rire) »*

P5 : *« Avec l'opération, ça tire. En fait le pire truc que ça fait... c'est pas tant que ça fait mal, mais moi j'ai surtout eu mal au dos, à cause de l'opération. En fait au début ils te mettent un bandage compressif. Et après tu mets le boléro qui compresse*

aussi. Mais t'as juste l'impression d'avoir un binder H24, que tu n'as pas le droit d'enlever. Au début c'est pire, parce qu'en fait tu psychotes... j'avais peur de péter les points. Et du coup je ne voulais pas me tenir autrement que comme ça (hypercyphose thoracique, enroulement d'épaules) ».

4.2.3.2 Suite d'une chirurgie d'implant mammaire

P1 *« ça c'est un truc qui fait identifier les trans quand elles sont déshabillées. C'est-à-dire que le fait que la poitrine ait tendance à se développer avec des seins écartés » (...) « Je pense que quand on a eu un corps et qu'on a eu une puberté masculine, on a tendance à avoir la cage thoracique qui s'écarte et donc on a déjà les tétons qui s'écartent et donc ça doit pousser moins normalement ».* Les données scientifiques valident ce constat en établissant *« des différences significatives entre les mesures mammaires des femmes cisgenres et transgenres »* (54). Chez les femmes trans, les distances sternales et inter-mamelons ont tendance à être plus larges et les seins situés plus bas sur la poitrine. Il est précisé que la *« kinésithérapie en postopératoire doit être envisagée pour optimiser la récupération »* (55).

Suite au questionnaire, une prise en charge kinésithérapique pour dorsalgie fait a priori suite à une opération d'implant mammaire selon le kinésithérapeute.

4.2.3.3 Prise en charge suite à une vaginoplastie

M2 : *« Quand on a commencé à avoir des femmes qui revenaient de vaginoplastie, elles se posaient des questions avec leur périnée, leurs nouveaux périnées surtout, éventuellement elles avaient un petit peu de problèmes urinaires... C'est là qu'on a commencé à vous questionner, et à vous dire « est-ce que vous n'auriez pas envie de tenter de faire, comme vous faites pour ces femmes qui ont eu le périnée tout remis en question avec l'accouchement, est-ce que vous ne pourriez pas, avec ces femmes qui ont eu le périnée tout remis en question là, par la chirurgie, essayer de travailler ? ».*

La prise en charge kinésithérapique suite à une vaginoplastie a été la première indication concernant les patients trans comme le rapporte **M2** : « *Le premier axe kiné, c'était la rééducation périnéale* ». Bien que maintenant reconnue comme nécessaire notamment sur le plan fonctionnel, la rééducation périnéale ne fait l'objet de prescription systématique que depuis peu suite à une vaginoplastie comme le rappelle **M2** : « *Ces chirurgiens ne disaient pas aux femmes « surtout mettez-vous en contact avec un kiné » euh... « c'est important » et tout ça. Ils n'avaient pas du tout cette pratique-là. C'est nous qui l'avons au fur et à mesure mis sur pieds et puis surtout on s'est rendu compte... toutes les femmes on les encourageait à vous rencontrer tellement c'était positif de positif* ».

La chirurgie consiste en la création d'un hiatus urogénital par les muscles releveurs de l'anus et d'une néovaginoplastie. Ce néo canal vaginal est limité en diamètre par les muscles releveurs de l'anus et en profondeur par le fascia rectoprostatique (56). Une orchidectomie est pratiquée, les grandes lèvres sont créées à partir de la peau du scrotum et le clitoris est créé à partir d'une partie du gland du pénis (57). L'objectif de cette chirurgie est de « *créer une vulve féminine fonctionnelle, une cavité vaginale suffisamment profonde et large pour faciliter la pénétration sexuelle, un clitoris et des petites et grandes lèvres avec le moins de complications possibles tout en offrant les meilleurs résultats esthétiques et fonctionnels possibles* » (58). Plusieurs techniques chirurgicales sont pratiquées. La plus usitée est la technique d'inversion pénienne pour plus de 90% (58), d'autres utilisent des lambeaux pédiculaires intestinaux.

4.2.3.3.1 Dimension de réappropriation de ce nouveau corps

P1 : « *On ne peut pas par exemple nous faire un vagin et dire qu'on va s'approprier, hop ! comme ça, le vagin [...]. Il y a un moment où en fait l'appropriation du corps ça ne va pas de soi* ».

Comme le relate **P1** en parlant de sa vaginoplastie : « *Mais les cicatrices qui vont gratter... ben quand on va les situer, on va les situer sur le scrotum. On va regarder l'endroit qui fait mal et ça va être... c'est devenu une des bandelettes du vagin. Donc il y a un moment où en fait l'appropriation du corps ne va pas de soi. C'est quelque chose qui se passe dans la tête* ».

Comme le relate **M2** : *« Alors je pense que, le fait aussi, de cette ouverture... euh, en l'occurrence (nom d'un kiné), qui a pu s'ouvrir, parler avec ces femmes, réfléchir après « c'est quoi un périnée de femme qui vient d'être fabriqué » Euh « Comment on peut essayer de les aider à intégrer, à travailler leur nouveau... vulve, vagin, leurs muscles ».*

La kinésithérapie apporte un réel bénéfice tant sur le plan de la réappropriation de ce nouvel organe, que sur les éventuelles complications comme le rapporte **M2** : *« ... avec le périnée, les femmes étaient super contentes. Alors qu'avant on n'y avait pas pensé sur les premières. Dès qu'on a commencé à y penser, et dès qu'on a commencé à travailler avec vous, kinés, enfin les kinés de la MDS... et ben, c'était extraordinaire ! Les femmes étaient super contentes, des résultats au niveau urinaire, des résultats sur leurs périnées quoi ! ».*

4.2.3.3.2 Prise en charge post-opératoire / Traitement des complications

Les études ont montré que les douleurs pelviennes, les dysfonctionnements sexuels liés à la douleur (59) et l'incontinence urinaire (60) peuvent être traités par une prise en charge kinésithérapique. Ces données concernent les femmes cisgenres. Il existe peu de littérature sur la prise en charge kinésithérapique du plancher pelvien suite à une chirurgie de réassignation. Deux études concluent à l'intérêt d'une prise en charge kinésithérapique post-opératoire pour traiter les dysfonctionnements pelviens des patientes transidentitaires (8,9). De nombreuses limitations sont cependant relevées comme le manque d'instrument validé et spécifique aux femmes transidentitaires pour mesurer les dysfonctionnements, les études sont non randomisées et portent toutes deux sur un seul centre et un seul chirurgien ne permettant pas une généralisation des résultats.

Ils reste que dans de nombreuses études, la prise en charge kinésithérapique post-opératoire chez les femmes transidentitaires est préconisée (8,9,61–64).

En première indication, la dilatation du néovagin est nécessaire afin d'éviter une sténose du canal néovaginal par le processus de contracture de la cicatrice en post-opératoire (8). L'utilisation de dilateurs vaginaux est nécessaire pour maintenir la taille du néovagin (56). Comme le rapporte **K1** : *« des femmes qui avaient beaucoup*

de mal avec leurs dilatations... avec des douleurs, des cicatrices qui venaient se rétracter et... ça j'en ai eues quelques-unes ».

Cette indication est surtout indiquée suite à la technique chirurgicale d'inversion péniennne qui nécessite l'utilisation prolongée d'un dilataleur vaginal (58).

Suite à une vaginoplastie des douleurs pelviennes peuvent également apparaître dues aux spasmes des muscles puborectal, pubococcygien, coccygien et iliococcygien. La douleur post-vaginoplastie se manifeste dans 15 à 20 % des cas selon les études (65,66). Une dyspareunie¹⁶ peut également être présente avec des difficultés de dilatation (56). Les douleurs pelviennes, les spasmes musculaires et la dyspareunie sont couramment traités par la kinésithérapie dans la population générale. Cependant, la *« littérature ne fournit pas d'informations sur la manière de gérer efficacement ces problèmes chez les femmes transidentitaires, y compris les contre-indications, ou les stratégies de traitement »* (56).

Les plaintes urinaires ne sont pas rares après une vaginoplastie. Jusqu'à 20 % des femmes transidentitaires signalent des problèmes de miction après une vaginoplastie (67,68). Les plaintes urinaires les plus fréquentes sont la continence impérieuse, l'incontinence d'effort, la continence urinaire mixte et les écoulements (69,70). Ces plaintes peuvent nécessiter une rééducation kinésithérapique.

Concernant les complications relevées suite à une vaginoplastie, une méta-analyse de 2018 rapporte qu'un peu moins de 15% des vaginoplasties (tous types de techniques confondues) sont suivies de complications, qu'elles soient mineures ou majeures (58). Elle recense la présence de 1% de fistules, 14% de sténoses et rétrécissements, 2% de nécroses tissulaires et 4% de prolapsus (dont la majorité est néovaginale pour 78%).

Une autre étude réalisée sur 475 patientes relève et détaille les complications présentées en tableau IV (64).

¹⁶ Dyspareunie : douleur survenant chez la femme pendant les rapports sexuels.

Tableau IV : Complications per et post-opératoires suite à une vaginoplastie sur une population de 475 patientes (64) (cf. annexe 5 pour tableau original)

Types de complications	Total (%)
Complications per-opératoires	
Lésion rectale	11 (2.3)
Lésion urétrale	5 (1.1)
Complications post-opératoires à court terme	
Infection	
Antibiotiques	19 (4.0)
Incision et drainage	2 (0.4)
Incision, drainage et antibiotiques	1 (0.2)
Saignement	
Hématome	16 (3.4)
Transfusion	23 (4.8)
Réopération	7 (1.5)
Réopération et transfusion	2 (0.4)
Nécrose	
Mineure	117 (24.6)
Majeure*	3 (0.6)
Urinaire	
Rétention, CAD (maladie des artères coronaires)	61 (12.8)
Rétention, SPC (cathéter suprapubien)	5 (1.1)
Infection du tractus	21 (4.4)
Prolapsus néovaginal	3 (0.6)
Fistule	
Rectonéovaginale	3 (0.6)
Complications post-opératoires à long-terme	
Sténoses	
Sténose introïtale	12 (2.5)
Sténose néovaginale	15 (3.2)
Urinaire	
Sténose du méat	46 (9.7)
Jet urinaire perturbé	45 (9.5)
Fistule	
Urètro-néovaginale	8 (1.7)
Prolapsus	
Partiel	18 (3.8)

* la nécrose est définie comme majeure si une intervention chirurgicale sous anesthésie générale est nécessaire

Les taux de satisfaction concernant la vaginoplastie sont élevés, et ce concernant les résultats fonctionnels, esthétiques ou la qualité de vie (58,63). Une méta-analyse de 2018 relève un taux de satisfaction des suites opératoires de 93% de manière général, de 87% concernant les résultats fonctionnels, de 90% par rapport aux résultats esthétiques. La possibilité d'avoir un orgasme est reportée chez 70% des patientes (58).

Comme rapporté dans un article les traitements pratiqués sont des techniques de thérapie manuelle, dont le massage et la technique de contraction-relaxation, le massage par friction transversale sur la cicatrice périnéale, des programmes de

dilatation et des étirements. La stimulation électrique neuromusculaire intravaginale est efficace pour soulager les douleurs pelviennes chroniques chez les femmes cis (56).

Il est toutefois relevé un manque de recherches et de données sur la prise en charge pelvi-périnéologique suite à une chirurgie de réassignation. A défaut, les kinésithérapeutes s'appuient sur les connaissances actuelles concernant les femmes cisgenres et abordent les traitements des femmes transidentitaires « *comme s'il s'agissait d'évaluer et traiter une femme souffrant de douleurs pelviennes qui n'avait pas subi de chirurgie de réassignation* » (56).

Il serait donc nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine afin d'orienter davantage de traitements spécifiques et de mieux servir cette population de patients.

4.2.3.3.3 Importance d'une prise en charge pré-opératoire

Une prévalence accrue de dysfonctionnements du plancher pelvien¹⁷ est reportée dans deux études (8,9) chez les femmes trans par rapport aux femmes cis. Dans ces études, l'analyse s'est notamment portée sur la prévalence de ces dysfonctionnements en pré-opératoire. Il y est rapporté une prévalence de dysfonctionnements du plancher pelvien chez les femmes transidentitaires de 42% (sur 77 femmes) (8) à 77,5% (sur 40 femmes) (9), sachant que le taux de 77,5% intègre également des antécédents susceptibles de provoquer un dysfonctionnement sans que des symptômes soient rapportés. Une étude réalisée auprès de 7924 femmes cisgenres aux Etats-Unis établit une prévalence pondérée d'un ou plusieurs troubles du plancher pelvien de 25,0% (72). L'incidence de problèmes de la fonction pelvienne pré-opératoire chez les patientes MtF en vue de la réalisation d'une vaginoplastie est donc presque deux fois plus élevée (si l'on considère le chiffre le plus bas) que ce qui est relevé pour l'ensemble de la population.

Cet écart s'explique, selon ces deux études, par l'association de nombreux facteurs « *sans qu'aucun d'entre eux n'ait été prouvé comme étant définitivement causal* » (9). Des facteurs comportementaux comme « *le fait d'éviter les toilettes*

¹⁷ « Les dysfonctionnements du plancher pelvien chez la femme incluent l'incontinence urinaire, le prolapsus des organes pelviens, l'incontinence anale, les anomalies sensorielles des voies urinaires inférieures, le dysfonctionnement défécatoire et les syndromes de douleur chronique liés aux organes pelviens » (71).

publiques » (8) entraînant une hyperpression sur les muscles pelviens. Une comorbidité plus importante relevée chez les patientes transidentitaires susceptible de contribuer au développement de ces symptômes (9). Les deux études stipulent que l'hormonothérapie, par l'oestrogénothérapie et la privation d'androgène, pourrait avoir un impact significatif également en « *affectant la masse musculaire du plancher pelvien, l'organisation des tissus conjonctifs et adipeux et le soutien des organes pelviens* » (9). Ces données ont été démontrées par des études animales (73). Les études cliniques sur des femmes ménopausées et traitées sous hormonothérapie ont relevé « *un effet négatif mineur sur le soutien des organes pelviens. (...) Cependant, l'effet est si faible qu'il n'est pas pertinent sur le plan clinique* » (74). Des études plus poussées et spécifiques à la population transidentitaires devraient être menées afin de déterminer l'impact de l'hormonothérapie sur les dysfonctions du plancher pelvien chez les femmes transidentitaires.

Toujours est-il que plus d'une femme transidentitaire sur trois (42%) présente un trouble du plancher pelvien avant opération de vaginoplastie. Il est donc essentiel de travailler en amont de l'opération sur le plan kinésithérapique. L'utilité d'un bilan pelvi-périnéologique kinésithérapique est argumenté par ces deux études afin d'initier une prise en charge spécifique pré-opératoire. Ce bilan aura pour « *objectif principal (...) d'identifier toute limitation fonctionnelle et tout handicap (...) qui pourraient potentiellement entraver la récupération post-opératoire* » (8). Il sera basé sur « *l'anamnèse, sur les fonctions de miction et de défécation et l'examen du tonus musculaire du plancher pelvien, ainsi que la coordination musculaire lors des contractions et relaxations* » (8). Plusieurs études appuient également que cette prise en charge précoce pré-opératoire pourra « *faciliter un régime de dilatation postopératoire* » (61,62) et « *les rapports sexuels avec pénétration* » (63).

Les patientes qui ont été suivies par un.e kinésithérapeute en pré-opératoire présentent des taux de dysfonctionnement du plancher pelvien en post-opératoire significativement plus faibles que celles qui n'ont pas eu de prises en charges spécifiques avant l'opération. Comme le montre le tableaux V, l'évaluation en post-opératoire des muscles pelviens indique des dysfonctions chez 28% des patientes ayant eu recours à de la kinésithérapie pré-opératoire contre 86% pour celles n'en n'ayant pas eu. Quand les problèmes ont été diagnostiqués en préopératoire et ont

bénéficié d'un suivi, l'incidence de problèmes identifiés en postopératoire est moindre (cf. tableau VI).

Tableau V : Participation à un programme de rééducation du plancher pelvien pré et post opératoire et constats de dysfonctionnements postopératoires (8) (cf. annexe 6 : tableau original)

Problèmes	Patientes ayant été suivie en kinésithérapie en pré et postopératoire (n = 43)	Patientes ayant été suivie en kinésithérapie uniquement en postopératoire (n=7)
Dysfonctionnement des muscles du plancher pelvien	12 (28 %)	6 (86 %)
Dysfonctionnement urinaire	12 (28 %)	2 (29 %)
Dysfonctionnement intestinal	9 (21 %)	2 (29 %)

Tableau VI : Evolution des problèmes identifiés par la kinésithérapie du plancher pelvien en pré et post-opératoire (8) (cf. annexe 7 pour tableau original)

Problèmes relevés lors des séances de kinésithérapie	Toutes séances confondues (n = 72)	Kinésithérapie préopératoire (n=65)	Kinésithérapie postopératoire (n = 50)
Dysfonctionnement des muscles du plancher pelvien	43 (60 %)	27 (42 %)	18 (36%)
Dysfonctionnement urinaire	33 (46 %)	28 (43 %)	14 (28%)
Dysfonctionnement intestinal	31 (43 %)	24 (37 %)	11 (22%)
Nécessité d'une formation complémentaire sur la dilatation	27 (38%)	24 (37 %)	3 (6%)
Douleur pelvienne postopératoire sévère	X	X	14 (28%)
Douleur chronique	9 (13%)	X	X
Problèmes d'alimentation pouvant contribuer à la constipation	28 (39%)	X	X

Les programmes de rééducation en pré-opératoire portaient sur l'éducation du patient (« axée sur la rééducation de la vessie et de rétention, la santé sexuelle et la modification du mode de vie »), la thérapie manuelle (spasmes musculaires compensatoires, points de déclenchement et libération myofasciale) , des exercices thérapeutiques (pour la coordination lombo-pelvienne, la stabilisation lombaire, la correction posturale et la respiration), un entraînement neuromusculaire (apprentissage de la contraction des muscles du plancher pelvien, notamment avec aide de biofeedback afin de conscientiser ces muscles et d'améliorer le contrôle neuromoteur) et des exercices à domicile.

Il est important que la patiente soit informée et consciente de l'intérêt d'une prise en charge pré-opératoire. Selon les résultats des études, celle-ci doit être encouragée car bénéfique. Cependant celle-ci est réalisée sur ce corps non encore

opéré. Il n'y a pas eu d'analyse d'un potentiel impact négatif sur le psychisme des patientes à travailler avec ce corps non désiré.

Seule la donnée relevant de l'observance du traitement permet de supposer que cet impact est minime. En effet seule une patiente n'a pas souhaité continuer les séances car « *elle estimait que ça augmentait sa dysphorie de genre* » (9). Et sur le cours de l'étude seuls deux patientes ont manqué un rendez-vous par rapport à ce qui avait été recommandé. Il est supposé également que pour une patiente, le fait d'avoir été suivie par un kinésithérapeute en pré-opératoire réduirait l'anxiété autour de la prise en charge kinésithérapique de la période post-opératoire. Mais ces données ne sont que des suppositions, il serait intéressant d'analyser concrètement l'impact psychogène d'une rééducation périnéale pré-opératoire chez les femmes transidentitaires afin de valider ou nuancer les bénéfices apportés.

4.2.3.4 Prise en charge suite à une phalloplastie

M2 : « *la deuxième chirurgie, de toute façon qui est peu faite chez l'homme, c'est la fabrique d'un pénis. J'ai eu très peu de patients qui l'ont faite* ».

La phalloplastie consiste en la construction complète d'un pénis chez les hommes trans. Plusieurs techniques chirurgicales sont actuellement indiquées et toutes impliquent la prise d'une greffe de tissu (lambeau pédiculé ou libre vascularisé) d'un site donneur. Ce site peut être l'avant-bras (75), la partie antéro-latérale de la cuisse (76), le grand dorsal (77) ou les grands droits de l'abdomen. Cette dernière technique n'est plus trop utilisée car longue (3 reprises chirurgicales pour un délai entre 6 et 9 mois) et contraignante. La technique la plus utilisée est celle impliquant l'avant-bras car elle apporte les meilleurs résultats fonctionnels et esthétiques (75,78,79). A ces techniques de phalloplastie peut être ajoutée une prothèse pénienne pour permettre la pénétration pendant les rapports sexuels (78).

Malgré un taux de satisfaction important (78,1%) (80), le procédé est plus complexe que pour la vaginoplastie et un taux plus élevé de complications est relevé. Les complications urologiques, y compris les fistules uréthrocuténeuses, les cavités vaginales persistantes et les sténoses urétrales, sont les complications les plus fréquemment signalées (79).

Les conséquences d'une phalloplastie peuvent présenter une indication de prise en charge kinésithérapique. Le traitement sera orienté sur le site donneur. L'importance des prélèvements quelle que soit la technique utilisée nécessite une prise en charge cicatricielle.

Il est relevé également des complications d'ordre sensitif et fonctionnel de l'avant-bras dans 5% des cas, nécessitant une rééducation kinésithérapique (81).

Dans les cas de prélèvement fibulaire, le potentiel de stabilisation de la cheville doit être pris en charge en kinésithérapie. Des études quantitatives montrent qu'il y a encore un risque de problèmes à long terme impliquant une diminution de la puissance et une coordination sous-optimale de la marche après l'opération (82,83).

5. DISCUSSION

5.1 Intérêts de la kinésithérapie dans les parcours de transition

Les protocoles de santé d'accompagnement des personnes transidentitaires actuels sont essentiellement orientés sur le suivi médical en rapport avec l'hormonothérapie et les chirurgies. Il est nécessaire d'élargir ces parcours de soins aux paramédicaux qui peuvent apporter des solutions thérapeutiques éprouvées et efficaces sur des problématiques bien réelles et ainsi venir optimiser la prise en charge dans les parcours de transition.

5.1.1 Spécificité des accompagnements kinésithérapiques des personnes en transition

Les kinésithérapeutes sont des acteurs de santé qui peuvent et doivent être inclus dans les parcours de transition. Des connaissances spécifiques sont nécessaires pour mener à bien ces prises en charge. Les suites opératoires nécessitent des accompagnements spécifiques tant sur la rééducation notamment du plancher pelvien suite à une vaginoplastie, de la mobilité scapulaire suite à une mastectomie, que sur la prise en charge cicatricielle suite à une vaginoplastie, mastectomie ou plus rare suite à une phalloplastie. Des dialogues et conseils sur le port d'un binder, un travail postural et éventuellement une prise en charge des douleurs musculo-squelettiques peuvent être envisagés. La littérature médicale concernant les personnes trans s'étoffe depuis quelques années et commence à être bien fournie, mais ces spécificités n'ont jusqu'à maintenant pas fait l'objet d'étude et de recherche ciblées concernant une prise en charge kinésithérapique. Les prises en charge kinésithérapiques s'appuient donc sur les connaissances et savoirs médicaux et sur la pratique concernant la population ci-genre. Des études devraient être menées pour palier à ces lacunes et adapter aux mieux ces prises en charges aux personnes trans.

5.1.2 Expertise du kiné

Le kinésithérapeute peut apporter son expertise au service de la prise en charge des patients en transition. Cette expertise se concrétise par son regard, ses connaissances et son analyse sur le corps. Elle est reconnue par exemple dans la plus-value qu'apporte un bilan pelvi-périnéologique pré-opératoire pour mener à bien la vaginoplastie ou dans un bilan et une rééducation post-opératoire pour retrouver la fonctionnalité du nouvel organe (9).

Cette expertise pourrait être mise à profit dans d'autres domaines comme par exemple l'étude et l'impact de l'hormonothérapie sur l'apparition et/ou l'aggravation de douleurs musculo-squelettiques spécifiques et la mise en œuvre de programme de rééducation ou de prévention en conséquence.

5.1.3 Multidisciplinarité et co-construction des connaissances

Bien que le kinésithérapeute ne soit pas le premier interlocuteur dans le suivi de la transition d'un patient, il est un rouage à prendre en considération par son expertise du corps sur le plan musculo-squelettique comme vu précédemment. Comme le soulignent plusieurs études (8,56), un travail collaboratif entre kinésithérapeutes et professionnels médicaux (médecins généralistes, gynécologues...) permet d'avancer sur la construction de connaissances communes et sur une expertise plus fine.

Comme le relate un article, en dépit d'un manque de connaissance effectif dans le traitement des douleurs pelviennes suite à une vaginoplastie, c'est le travail collaboratif entre un kinésithérapeute et un gynécologue qui a permis d' « *obtenir de bons résultats (...). Le physiothérapeute a travaillé en étroite collaboration avec le gynécologue de la patiente par le biais de rapports écrits, de courriels et d'appels téléphoniques pour coordonner le traitement* ».

C'est dans ce cadre de co-construction que travaillent les soignants de la MDS dans le but d'améliorer la prise en charge des patient.es en transition. Les connaissances basées sur la littérature scientifique, les retours d'expériences des usagers et le transfert de connaissance et d'expertise entre les différents partenaires

médicaux et paramédicaux a permis de mettre en place un protocole de soins adapté aux personnes en transition. Cette pratique éprouvée conviendrait à l'élaboration d'un protocole de soin élargi aux ressources paramédicales. Comme le relate **P1** : « ... *je pense qu'après, si on veut développer la prise en charge comme on l'a fait pour la MDS, il ne s'agit pas d'arriver à ne faire une prise en charge qui ne soit que médicale, il faut faire une prise en charge sur tout ce qui va autour* ». Et de rajouter (**P1**) : « *Je pense que c'est une question intéressante, de justement mettre les paramédicaux en position d'offre* ».

5.2 Impact de l'hormonothérapie sur les douleurs musculo-squelettiques

Selon la thèse de Maud Garnier et Sarah Ollivier (28), les consultations des personnes transidentitaires en médecine générale pour motif ostéoarticulaire représentent 12% de la totalité des consultations. Ce qui en fait le 3^e motif des consultations (hors parcours de transition). Comparativement à l'étude ECOGEN (84) (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale), on retrouve les mêmes proportions dans la population générale, mais le motif ostéoarticulaire arrive en 5^e position. Ces statistiques sont cependant générales à toute la population transidentitaire et ne prennent pas en compte les différentes classes d'âge. Il serait nécessaire pour apporter un éclaircissement à notre étude de cibler cette analyse par classes d'âge et par type de traitement hormonal (masculinisant ou féminisant), par exemple en focalisant sur une population d'hommes transidentitaires débutant l'hormonothérapie.

Il est relevé en effet que le traitement hormonal opère des changements de masses corporelles (cf. partie 2.2.1.2 *Effets de l'hormonothérapie*, p.13). Comme révélé par l'analyse des entretiens et du questionnaire, l'analogie entre apparition de désordres musculo-squelettiques et prise d'hormones ne peut être validée ou tout du moins ne peut être systématisée, car uniquement étayée de certains récits de patient et suppositions de kinésithérapeutes qui vont dans ce sens.

Afin d'apporter de nouveaux éclairages sur cette question, il serait intéressant de creuser les rapports entre hormones sexuelles et douleur dans un premier temps. Puis de s'intéresser à l'impact du dopage par prise de testostérone dans le cadre

sportif et de voir si une analogie peut être envisagée avec les hommes transidentitaires.

5.2.1 La douleur induite ou améliorée par les hormones ?

« L'influence modulatrice des hormones sexuelles sur la douleur aiguë, les troubles de la douleur chronique et la gestion de la douleur est signalée depuis plus de sept décennies » (85).

Une étude réalisée sur un échantillon de personnes transidentitaires a été réalisée dans le but d'analyser la relation entre les hormones sexuelles et la douleur (86). Elle apporte un éclairage sur la question. Leur hypothèse est que les œstrogènes sont pro-nociceptifs et les androgènes analgésiques. Ils se sont donc attelés à comparer la douleur chronique chez les personnes trans pendant les traitements hormonaux avec la période précédant le traitement hormonal. Cette étude sur la douleur occasionnée suite à la prise d'hormones s'est réalisée dans la première phase de transition (86).

Les résultats indiquent que 29,8% (14 personnes sur 47) des femmes transidentitaires (MtF) et 61,5% (16 sur 26) des hommes transidentitaires (FtM) décrivent des douleurs avant traitement. Ces douleurs sont classifiées en « *maux de tête* », « *douleurs musculo-squelettiques* », « *douleurs de poitrine* » et « *douleurs viscérales* ».

Suite au traitement hormonal et concernant la globalité des douleurs recensées, un tiers des femmes transidentitaires a développé des douleurs chroniques et la moitié des hommes trans a signalé une amélioration significative de leur douleur chronique présente avant le traitement. Ce qui confirme l'hypothèse de départ d'un changement de sensibilité à la douleur induite par les œstrogènes/anti-androgène et d'une action favorable de la testostérone sur la douleur.

Si on s'attache plus particulièrement aux douleurs musculo-squelettiques, on remarque que 3 femmes transidentitaires (soit 6,4%) développent une algie suite au traitement hormonal et que chez 2 individus la douleur est majorée de manière importante. Cela conforte ici encore l'hypothèse de l'action des hormones sexuelles,

notamment l'effet pro-nociceptif des œstrogènes, sur la douleur et ici en particulier les douleurs musculo-squelettiques,

Concernant les hommes trans, il est relevé que les douleurs musculo-squelettiques étaient présentes de manière intense chez 5 patients avant traitement. L'effet « *analgésique* » de la testostérone, permet le constat d'une diminution voire disparition des douleurs musculosquelettiques suite au traitement hormonal chez la plupart des hommes de l'étude. Il est toutefois remarqué dans l'étude que chez deux d'entre eux des douleurs musculo-squelettiques d'intensité élevée sont apparues suite à la prise de testostérone. Ce qui amène les scientifiques à conclure que « *l'hypothèse d'une analgésie à base de testostérone n'est que partiellement vérifiée par les données du groupe FtM, (...) pour certains d'entre eux les caractéristiques de la douleur n'ont pas changé et pour d'autre elles se sont aggravées* ».

Ces nouvelles douleurs sont attribuées à l'influence des changements hormonaux, mais ne peut-on pas impliquer également les changements posturaux ou de masses musculaires impliquant de nouvelles contraintes sur le système musculosquelettique ?

A ce jour une seule étude a été réalisée sur le sujet et cette étude sur la douleur n'est pas spécifique aux douleurs musculo-squelettiques. Il conviendrait de réitérer une étude en ciblant et précisant les différents types de douleurs musculo-squelettiques sur une population plus large afin d'étayer, infirmer ou valider les résultats obtenus.

Si tel est le cas, le kiné aurait toute sa place dans le suivi de ces personnes afin de minorer l'impact de ces changements corporels structurels ; des étirements, rééquilibrages musculaires et un travail postural pourraient être bénéfiques. Avec des études et résultats poussés, il serait peut-être même possible d'envisager une prise en charge précoce afin de dépister rapidement ces déséquilibres et agir au plus vite en conséquence.

5.2.2 Incidence de la prise de testostérone sur l'apparition de troubles musculo-squelettiques

La prise d'androgènes chez les athlètes amène une prévalence plus importante de troubles musculo-squelettiques (87). Une étude menée sur des joueurs en retraite de la National Football League américaine atteste que la prise d'androgènes durant leur carrière augmente le risque d'incidences musculo-squelettiques (*cf. tableau VII*).

Tableau VII : Incidence de la prise d'androgène sur le risque de développer des fragilités tendineuses et musculo-squelettiques (87) (*cf. annexe 8 pour tableau original*).

Types de blessures	Personnes ayant pris des stéroïdes	Personnes n'ayant pas pris de stéroïdes
	(%)	(%)
Blessures de l'hémicorps supérieur		
Cou (blessure)	37.7	25.0
Cou (piqûre/brûlure)	66.5	38.0
Dos	39.2	24.3
Hernie discale	20.8	9.6
Epaule	41.9	38.8
Luxation d'épaule	23.7	26.9
Rupture biceps / triceps	5.2	5.7
Coude	30.6	17.3
Luxation de coude	14.7	7.9
Poignet et main	46.7	36.8
Blessures de l'hémicorps inférieur		
Hanche / cuisse	23.8	24.2
Luxation / fracture de hanche	2.6	2.8
Ligament collatéral médial du genou	32.9	21.4
Ligament croisé antérieur	30.2	18.1
Ligament croisé postérieur	11.3	7.2
Ligament collatéral latéral du genou	9.5	8.5
Ménisques	42.2	32.0
Genou	70.9	57.9
Luxations du genou	10.0	7.4
Déchirure ligamentaire de cheville	26.4	16.8
Cheville	45.8	37.0
Fracture de cheville / pied	18.3	14.5
Mollet / déchirure tendon calcanéen	6.9	6.5
Pied / orteils	35.4	25.2

Deux explications théoriques sont avancées pour expliquer cette fragilité. La première serait que le tendon qui est moins vascularisé que le muscle présenterait un développement moins rapide que le muscle, le rendant de ce fait plus fragile et à risque de blessure. La deuxième explication amenée serait que la prise d'androgène altère la structure des tendons, les rendant plus vulnérables (88). Des études sur des rats mettent en évidence que la prise de stéroïdes amène une altération du collagène du

tendon (89,90). Ces conclusions sont cependant contrebalancées par une étude réalisée sur quatre hommes opérés pour rupture de tendon calcanéen qui ne montre pas d'anomalie de structure du collagène (91), que le patient aie pris ou non des androgènes de synthèse.

L'étude ne précise pas le taux d'androgène pris hebdomadairement par ces footballeurs. Une autre étude sur des bodybuilders révèle que les taux de prise de stéroïdes peuvent s'élever à 10 voire 100 fois la dose de production endogène par semaine¹⁸ (93). On peut toutefois supposer que la prise de stéroïdes sera supérieure chez un bodybuilder par rapport à un footballeur ; l'attente en matière de développement musculaire n'étant pas la même.

La dose prescrite d'Androtardyl© dans les parcours de transition est de l'ordre de 0,5 ml d'Androtardyl© 250mg pour 3 semaines (protocole MDS) en début de traitement. Classiquement une injection de 250 mg est réalisée pour 2 à 3 semaines. La dose peut monter par la suite jusque 100 mg par semaine (94) en injection intramusculaire avant ovariectomie. La dose de testostérone étant le plus souvent délivrée sous forme injectable, on observe une fluctuation du taux sérique de testostérone avec un pic peu après l'injection qui diminue progressivement pour atteindre un taux minimal retrouvé chez les hommes cis au bout de trois semaines. Comme le remarque **M2** : *« comme c'est injectable, tu montes en testo... des fois les patients se plantaient, ils faisaient leurs prises de sang, là on était à 11-12 de testo. Nous les hommes cis, on a une testo entre, on va mettre entre 3 et 8 »*.

Il est également relevé que les doses ne sont pas forcément suivies à la lettre comme le précise **M2** : *« en théorie, on essaye d'être à la fois à dose suffisante parce qu'il faut mettre les ovaires au repos, mais sans être trop haut, parce qu'il y a cette toxicité hépatique qui est réelle, que j'ai vue chez des mecs qui mettaient la patate de chez la patate en rêvant d'être encore plus que plus »*. **P5** confirme en précisant : *« enfin en vrai j'ai changé mon dosage seul... oops... mais j'étais accompagné par plein d'autres qui le faisaient et que je me suis dit bon ben ça va »*.

Et plus généralement plusieurs études décrivent *« l'auto-prescription d'hormones sexuelles [comme] un phénomène répandu, mais peu étudié »* (95). Une étude canadienne fait état de ce comportement dangereux en précisant qu'un quart des personnes trans qui prennent des hormones les ont obtenues de sources non

¹⁸ La production endogène de testostérone chez l'homme est de 50 à 60 mg/sem (88,92).

médicales (ami, réseau, rue, pharmacie sur Internet). (96). Une autre étude britannique a estimé que 23 % des personnes adressées à une clinique de changement de sexe s'étaient préalablement auto-administré des hormones, principalement achetées en ligne (70 %) (97).

Il est difficile de faire une analogie directe entre ces pathologies musculo-tendineuses relevées chez les sportifs de la NFL et la prise d'hormone chez un homme transidentitaire. Mais les récits et études qui mettent l'accent sur le fait que les dosages ne sont pas forcément respectés, amènent à s'interroger. Même si l'on reste dans un registre de dosage moins important que dans le dopage, ne peut-on supposer que le risque d'incidents musculo-squelettique soit augmenté chez les hommes trans ? De plus amples études seraient nécessaires pour infirmer ou confirmer cette hypothèse.

5.2.3 Incidence sur les lésions tendineuses ?

Plusieurs études menées sur des hommes cis prenant des anabolisants stéroïdes concluent à une fragilité accrue des tendons suite à cette prise prolongée (88,98). Chez des hommes prenant de 3,5 à 40 fois la dose de production endogène de testostérone, il a été relevé une incidence 9 fois plus élevée de primo-ruptures tendineuses que chez les non-utilisateurs de stéroïdes (88). Deux hypothèses sont soulevées pour expliquer ces résultats. La première serait que *« les stéroïdes entraînent l'hypertrophie massive des muscles sans entraîner de renforcement correspondant des tendons associés »*. La deuxième supposerait que des *« doses élevées de testostérone endommagerait la structure des tendons eux-mêmes, les rendant plus vulnérables à la rupture même en l'absence de stress excessif »*.

Ces études s'attachent encore une fois à des dosages de testostérone plus conséquents que ceux administrés dans les parcours de transition, mais une étude de cas établit un lien entre une rupture du tendon distal du biceps et une prise longue d'androgène de substitution dans le cadre d'un parcours de transition (99). Cette étude qui s'attache à déterminer la cause principale de la rupture du tendon exclut toutes les maladies pouvant être la cause possible de la lésion tendineuse et conclut qu' *« une substitution androgénique à dose modérée pour le maintien d'un changement de sexe présentant une rupture pathologique de tendon sans autre cause apparente indique un lien entre la consommation d'androgènes et les lésions tendineuses »*. Cette étude

de cas est unique actuellement, les autres études rapportant des cas similaires se concentrent sur la population cisgenre masculine. Une prospection plus élargie serait nécessaire afin de conforter ces conclusions, mais ces résultats permettent d'envisager si ce n'est un rapprochement des résultats observés chez les sportifs de la NFL, tout du moins d'appuyer la nécessité de développer des recherches dans ce sens.

Même s'il n'est pas possible de conclure à un lien entre hormonothérapie et douleurs musculo-squelettiques, on constate chez certains hommes trans une apparition et une aggravation de ces symptômes. Le kinésithérapeute peut être un premier recours pour soulager, accompagner voire prévenir ces douleurs.

5.2.4 Adaptation des programmes d'entraînement de prise de masse musculaire aux hommes transidentitaires

En supposition d'une fragilité tendineuse accrue suite à la prise de testostérone, il convient d'en informer les patients, notamment ceux pratiquant des programmes de renforcement musculaire analytiques. Dans ce cadre, il serait possible de conseiller un programme adapté qui serait moins sollicitant / traumatisant pour les structures tendineuses. Comme il est préconisé dans le protocole des « soins médicaux des personnes transgenres » du National LGBT Health Education Center américain, il convient de *« conseiller aux patients FtM qui débutent des programmes de musculation de commencer avec des poids faibles et d'augmenter leur poids progressivement »* (100). On pourrait également travailler un nombre de répétition plus important sur la base d'un poids faible.

5.3 Les déterminants d'une prise en charge réussie : établir une relation de confiance et bienveillante

Dans leur thèse de médecine Maud Garnier et Sarah Ollivier (28) ont déterminé et priorisé les *« facteurs qui aident les personnes trans à se sentir à l'aise et entendues lors des consultations de médecine générale, dans le but d'établir une relation médecin-malade basée sur la confiance et le respect mutuel »*. Elles ont ainsi

défini sur la base de retours des patients trans interrogés les déterminants d'une consultation réussie. En premier lieu « *l'absence de jugement / la bienveillance* » apparaît avec 95 occurrences sur 248. En deuxième lieu le « *respect de l'identité de genre* » arrive avec 75 occurrences et en troisième place « *l'écoute* » est citée 70 fois. Ces trois points sont également relevés lors des entretiens concernant la relation de soin kinésithérapique.

Dans le contexte actuel d'une transphobie sociétale vécue quotidiennement, il est important d'apporter les bases à l'instauration d'une relation de confiance entre le patient et le kinésithérapeute. Cette relation bienveillante est essentielle car la population trans est moins bien suivie sur le plan médical du fait de la peur et du vécu de transphobie. Entre 35 et 41% d'entre eux.elles ont renoncé à des soins par peur d'être confronté à un acte ou à un propos transphobe (26,27) (cf. partie 2.1.2.3 *Transphobie* p.8). C'est ce que nous confirme **P4** lors de l'entretien : « *Et puis, il y a le truc plus général de comment aller voir des médecins quand t'es trans (...) comment tu te mets en danger ta santé, parce que c'est plus dur d'aller voir les médecins (...) parce que tu risques plus des interactions de merde. Et du coup tu t'empêches d'y aller* ». Il est essentiel que ces patients puissent trouver des structures, des personnes en mesure de les accueillir dans le respect afin de pouvoir répondre à leur attentes et besoins en matière de soin.

Cette relation de confiance s'établit par un temps d'écoute indispensable (18) et l'absence de jugement comme le rapporte **P1** lors de notre entretien : « *C'est pas possible d'arriver à s'approprier un corps qui change sans l'aide de professionnels. Donc il y a quand même une utilité des professionnels. C'est « je te tiens, tu me tiens par la barbichette », mais par contre c'est une demande que ce soit fait sans jugement moral* ».

Le soignant doit adopter une posture humaine, d'égal à égal. Dans le cas des prises en charges de patients trans, les kinésithérapeutes ont beaucoup à apprendre des patients eux-mêmes, tant sur le plan humain qu'au niveau technique par les vécus et retours d'expériences des patients.

Adopter une posture hégémonique, emprunte de préjugés comme le relate **P4** : « *C'est fatigant ça ! De se dire c'est des médecins, ça a un rapport de pouvoir, ça a un rapport de force, c'est pas juste t'y vas tranquille te faire soigner. C'est dur comme*

attitude quoi ! », c'est bloquer le dialogue et se priver d'une part du savoir et de connaissances. Ces derniers sont pourtant nécessaires à la fois à la prise en charge spécifique du patient et plus globalement à la connaissance et au suivi des personnes transidentitaires.

La relation de confiance passe par trois points essentiels : le respect de l'individu et de son identité de genre, avoir une écoute adaptée et rester bienveillant à l'égard de la transition des patients en adoptant une posture non intrusive sur le sujet.

5.3.1 Le respect de l'individu et de son identité de genre

La relation de confiance passe tout d'abord par la bienveillance et plus précisément par le respect de la personne. Premièrement en s'adressant aux patients dans le genre désiré et à utiliser les prénoms et pronoms choisis. Comme développé précédemment le mégenrage est la première violence que rencontrent les personnes trans dans le milieu médical.

5.3.2 Une question d'écoute / adapter son écoute

Savoir être à l'écoute du patient est un gage de bonne prise en charge kinésithérapique.

En effet le fait de révéler sa transidentité, même si libérateur sur certains points, reste un acte anxiogène comme le relate **P1** : *« Contrairement à ce qu'on peut dire, si on annonce le fait qu'on soit trans c'est générateur d'une grande anxiété le temps qu'on s'approprie vraiment les choses et qu'on s'y trouve à l'aise. Et c'est dans tous les domaines, la voix, le corps, l'habillement... »*. Dans ce cadre, le kinésithérapeute doit laisser du temps et de la place à la parole. La prise en charge kinésithérapique s'apparente à un accompagnement plus global incluant, en plus du plan technique relatif à la pathologie ou la rééducation en cours, un pan d'écoute et d'appui comme le précise **M2** : *« Je dirais que tous, on accompagne... euh... ce chantier, c'est-à-dire qu'on ne fait pas que de la médecine physique, je pourrai dire, que ce soit pour vous kinés, pour nous médecins. Mais on fait aussi de l'accompagnement sur... par moment*

[elles se prennent] des grosses claques, parce que quelqu'un [les] a appelé Monsieur, où tu t'es fait un peu éjecter par transphobie ou voilà... ».

La relation d'écoute prend tout son sens avec les patients trans d'autant plus qu'en l'état actuel de connaissances scientifiques lacunaires sur le sujet, les patient.es, par leurs vécus, sont sources de savoir et permettent de progresser dans la prise en charge.

Mais cette réalité n'est pas le fait de tous les patients. Si certains patients peuvent et veulent apporter leurs expériences et servir de source d'information pour les personnels médicaux, d'autres peuvent être mal à l'aise à l'idée de le faire (101).

Certain.es ne sentent pas le besoin de parler de leur transition et préfèrent réserver ce sujet aux seules discussions d'intérêt médical ou relatives à leurs rééducations comme le précise **P4** : *« et je lui avais présenté les choses comme ça... enfin, moi j'arrive en disant « ben voilà moi je suis trans, j'ai pas envie de parler de ça ». Enfin j'ai pas envie de parler de ça... en tout cas j'ai pas envie que ce soit une question, sauf si c'est une question médicale ».*

Et de rajouter (**P4**) : *« On a quand même, je pense, parlé de ma transition à chaque fois que j'y suis allé. Même où des fois il n'y en avait pas besoin du tout ».*

La bienveillance est donc de savoir adapter son écoute au patient et de respecter les temps de parole en rapport avec la transition en fonction de la volonté du patient. Respecter l'intimité et ne pas être intrusif.

5.3.3 Être inclusif mais pas intrusif

La violence médicale peut être ressentie sous différentes formes. De manière directe comme décrit précédemment et s'exprimer par le rejet, l'évitement ou encore le mégenrage ou de manière indirecte et résulter des a priori cis-genrés (*cf. partie 2.1.2.3 Transphobie p.8*). Ces a priori se manifestent notamment comme le rapportent P4 et P5 par une constance de jugement sur leurs corps, de manière involontaire la plupart du temps et de la part de personnels soignants pourtant bienveillants.

Ainsi **P4** raconte que *« Tout le monde à quelque chose à dire sur nos corps ! Et je trouve qu'en fait, la violence médicale qui existe sur les personnes trans est telle, qu'il y a pleins de médecins qui, très vite s'enorgueillissent d'être chouettes et de s'y connaître... euh... parce qu'ils ne sont pas ceux qui sont violents. »*

P5 en parlant de son kinésithérapeute avec qui il entretient de bons rapports :
« Il me voit changer à chaque fois. Il y a des fois il me voit... encore la dernière fois, c'était il y a deux jours... Il me voit et il me dit « t'es bien comme ça, ça te va bien ! » ... Merci de la validation d'un homme cis-hétéro ! J'en n'ai pas besoin, mais bon... Il me fait : « non, mais même avec le caractère, ça te va bien d'être... euh... un mec ».

Ces remarques et réflexions sur le corps ou la transition des patient.es trans sont vécues comme intrusives par les patient.es et dans la grande majorité se rapportent à des jugements cis-genrés, centrés sur une vision binaire du genre. Ils sont certes inconscients de la part de ceux qui les énoncent, mais peuvent être vécus difficilement par les patient.es trans. Ainsi en parlant de transphobie vécue, **P3** relate :
« Il faut clairement avancer dans une vision non binaire... euh... des genres. C'est-à-dire que... pour avoir rapidement accès à l'hormonothérapie, j'ai pas fait mon truc de raconter toute ma vision du genre (...), j'ai dit « je suis un homme ». Et on fait tous ça. Et toutes ça en fait ! la plupart de mes potes trans ne se définissent pas « homme/femme »».

Comme le dit Corinne Fortier *« Les sociétés occidentales ont des difficultés à conceptualiser la notion même d'indétermination ou de fluidité de l'identité de genre. Les individus qui refusent d'être catalogués sous un genre défini peuvent susciter un sentiment d'étrangeté "queer" chez les autres »* (16). Ces notions ne sont pas faciles d'accès de prime abord sans avoir réalisé une réflexion notamment sur la notion de genre et la déconstruction des genres.

Cela demande prise de recul et temps de réflexion et d'introspection dans une logique d'humilité culturelle¹⁹. L'humilité culturelle est un concept par lequel les individus reconnaissent que leurs propres expériences ou identités peuvent ne pas se projeter sur les expériences ou identités des autres (101). Comme précisé dans un article ce concept évolue de celui de la *« compétence culturelle »* en impliquant non pas *« je suis l'expert »* comme sous-tend la compétence culturelle, mais *« vous êtes l'expert »* (103), et ainsi réajuste les rapports soignant/soigné en plaçant le patient comme détenteur d'une vérité et signifie *« être conscient des déséquilibres de pouvoir et être humble dans chaque interaction avec chaque individu »* (102). Cette approche

¹⁹ L'humilité culturelle est définie par C. Foronda et al. Comme suit : *« Dans un monde multiculturel où il existe des déséquilibres de pouvoir, l'humilité culturelle est un processus d'ouverture, de conscience de soi, d'absence d'égocentrisme et d'intégration de l'autoréflexion et de la critique après avoir volontairement interagi avec des personnes diverses. Les résultats de l'humilité culturelle sont l'autonomisation mutuelle, le respect, les partenariats, les soins optimaux et l'apprentissage tout au long de la vie »* (102).

permet au kinésithérapeute de prendre conscience de ses préjugés et de les faire évoluer.

Ces récits soulèvent la nécessité de sensibiliser tout un chacun sur les questions transidentitaires et les approches non-binaires du genre, et a fortiori, les personnels soignants comme les kinésithérapeutes qui peuvent être amenés à côtoyer des personnes trans dans leur pratique professionnelle.

5.4 Sensibilisation et formation des kinésithérapeutes aux questions transidentitaires

Au niveau international, un premier pas a été franchi avec la mise en place d'une session de discussion sur les questions d'accueil, de respect et de stigmatisation des personnes LGBTQI au programme du congrès international de la physiothérapie de 2017 (104).

Comme le révèle le questionnaire, la méconnaissance du sujet est très importante chez les kinésithérapeutes libéraux, que ce soit chez les kinés ayant déjà pris en charge un patient trans ou non.

De nombreux articles révèlent que le manque de formation des professionnels médicaux et paramédicaux aux questions transidentitaires est la plus grande barrière à l'accès aux soins des individus transidentitaires (26,105–108). Le principal facteur impactant les connaissances et attitudes des soignant.e.s est la transphobie. Un accent doit donc être mis dans ces formations sur la réflexion des normes de genre et sur le travail des préjugés existants. Comme recensé lors du questionnaire, 36% des kinésithérapeutes libéraux ayant répondu au questionnaire et n'ayant pas pris en charge de patient trans, éprouveraient de l'appréhension à prendre en charge un patient transidentitaire. Et pour 63,9% d'entre eux, cette appréhension serait d'ordre psychologique, relative à de la gêne éprouvée. Ce chiffre est identique chez les kinés ayant déjà pris en charge un patient trans : 65,4% affirment manquer de connaissances ou n'ayant pas les clefs pour l'accueil correct de ces patients.

Sur le plan des connaissances médicales, les chiffres sont encore plus éloquents sur la nécessité de sensibilisation : 77,8% des kinésithérapeutes n'ayant pas pris en charge de patients trans déclarent ne pas avoir les connaissances

nécessaires. Même chez les kinés suivant au moins un.e patient.e trans, ce pourcentage atteint 69,2%.

Comme le résume **P4**, les sensibilisations ou formations doivent porter sur deux tableaux : *« J'ai l'impression que la question de la sphère médicale là-dedans c'est à la fois prendre le temps de se former et de s'y connaître sur les pratiques médicales qui vont pouvoir venir en appui aux transitions. Et puis de s'y former, de s'y connaître sur... la question des rapports de domination et la transidentité en règle générale »*.

Pour remédier à ces lacunes, il y aurait deux pans à développer : une sensibilisation en centre de formation nécessaire pour faire barrière aux préjugés envers ces patients et une formation plus approfondie destinée aux kinés qui souhaiteraient suivre et prendre en charge ces patients.

5.4.1 Sensibilisation

La mise en place de cours dédiés au sein de différentes formations médicales et paramédicales fait apparaître une meilleure connaissance des soins et pratiques, des attitudes plus appropriées quant à l'accueil des personnes transidentitaires et au mégenrage et a un impact significatif sur la transphobie des étudiants comme relaté dans une étude américaine (109). Bien que ces résultats soient évalués à court terme et nécessiteraient une évaluation à long terme afin d'en appréhender la réelle effectivité (107), les études semblent s'accorder sur le fait d'une nécessité d'inclure ces questions dans les cursus des professions de santé.

La réflexion sur l'instauration de cours ou d'heures de sensibilisation aux questions transidentitaires pourrait être étendue aux IFMK (47). Il est précisé dans un récent article australien (110) la nécessité d'inclure des cours sur les questions transidentitaires dans les cursus de kinésithérapie afin de sensibiliser les futurs kinésithérapeutes aux spécificités de prises en charge, à la non-stigmatisation et à l'accueil des personnes transidentitaires. Ces questions sont d'autant plus importantes dans le champ de la kinésithérapie que le corps est au centre des consultations, ce qui peut focaliser craintes de discrimination et/ou de « *coming out* » chez les personnes en variation de genre. Ainsi dans cet article un homme transgenre déclare *« j'étais inquiet qu'on découvre que je n'étais pas biologiquement un homme et qu'on*

réalise que j'avais des hanches de femme, alors que je ne voulais vraiment pas leur dire que j'étais trans ». La sensibilisation aux questions transidentitaires devrait préciser les différents parcours des personnes trans, les indications kinésithérapiques pour lesquels ils seront susceptibles de les rencontrer et les conditions d'accueil optimales. Elle devrait également amener réflexion et interrogation sur les représentations sociales du genre. Le modèle de l'humilité culturelle, peut amorcer ces réflexions en ne projetant pas ses propres expériences et vécus sur les expériences ou identités des autres et peut permettre aux « *individus et [aux] communautés [d'être] mieux équipés pour comprendre et réaliser un environnement inclusif avec des avantages mutuels et des soins optimaux* » (102).

Cette sensibilisation et la construction d'une relation bienveillante peut amener le kinésithérapeute à avoir un rôle de soutien des patients dans leurs parcours de transition. Comme le souligne une étude : « *il est également souhaitable qu'en sensibilisant [les kinés], les patients trouvent [qu'ils] ne soient pas seulement des thérapeutes mais aussi des défenseurs et des alliés dans leur parcours d'affirmation de genre* » (95).

Ainsi **P5** témoigne du rapport de confiance établi avec son kiné et d'une stratégie commune trouvée pour répondre aux interrogations indiscretes que pourraient soulever les autres patients en séance de balnéothérapie sur ses cicatrices post-mammectomie : « *Mon kiné a décidé d'être un allié pour moi, et que si les gens posaient des questions indiscretes, on a trouvé une réponse commune et on dirait que j'avais des côtes surnuméraires, et qu'on en avait enlevé une de chaque côté* ».

5.4.2 Formation

Il est relevé dans un article la pauvreté de kinésithérapeutes spécialisés dans le domaine (110). C'est le cas en Australie, mais le constat serait le même en France, où il est évident qu'actuellement seul.es quelques kinés se sont « spécialisés.es », et ce par leurs propres moyens, en se renseignant, en accueillant des personnes trans et au contact d'elles, en échangeant sur leurs parcours comme le relate **P5** : « *Il ne connaissait rien, mais... rien ! Même à la communauté LGBT en général, donc tout le vocabulaire, tout... il avait tout à apprendre quoi ! Mais comme moi au début au final !*

Du coup, il a appris petit à petit avec moi... euh... et voilà, il m'a accompagné là-dedans ».

Ces connaissances sont augmentées par le partage et le travail transversal avec des équipes pluridisciplinaires formées de médecins, orthophonistes et infirmiers afin d'échanger et de progresser dans leurs prises en charge spécifiques.

Afin de bénéficier de ces retours d'expériences provenant des kinésithérapeutes aguerris et des patient.es eux-mêmes, et de palier à la pauvreté actuelle d'études sur les questions de prises en charge kinésithérapique de patients transidentitaires, la nécessité de partage des informations et connaissances et de formation semble bien réelle.

6. CONCLUSION

Dans un contexte institutionnel récent de dépsychiatisation des parcours de transition au niveau national et international, des protocoles médicaux d'accompagnement des personnes transidentitaires fondés sur l'auto-détermination ont vu le jour ces dix dernières années.

Ces protocoles d'accompagnement sont actuellement orientés sur le suivi médical en rapport avec l'hormonothérapie et les chirurgies.

Il serait nécessaire d'élargir ces parcours de soins aux paramédicaux qui peuvent offrir leurs compétences pour le suivi des personnes transidentitaires et permettre ainsi un accompagnement plus global de la personne en répondant spécifiquement aux attentes et besoins des patients dans leurs parcours de transition.

La place du kinésithérapeute dans ce cadre est bien réelle. Il accompagne tant sur le plan technique que sur le plan psychologique les transformations corporelles suite au traitement hormonal et aux chirurgies de réassignation.

L'intérêt d'une prise en charge kinésithérapique est déjà éprouvé sur le suivi post-opératoire, notamment après vaginoplastie par une rééducation pelvi-périnéologique qui permet un meilleur gain fonctionnel, une réduction des complications et une amélioration de la qualité de vie. Des études récentes ont montré que la prise en charge pré-opératoire pour une vaginoplastie apportent un réel bénéfice en termes de réduction des complications post-opératoires.

Les traitements cicatriciels en kinésithérapie après mammectomie ou phalloplastie permettent une récupération fonctionnelle et esthétique.

L'accompagnement kinésithérapique peut permettre aussi un travail sur l'image de soi, sur ce nouveau rapport au corps. Dans le contexte bienveillant de la prise en charge individuelle, un travail de remise en forme /de perte de poids et/ou un travail postural ou sur l'aspect gestuel peut être entrepris en toute sécurité.

Le kinésithérapeute prend en charge le suivi musculo-squelettique des patients. Il a alors un rôle de rééducateur quand des déséquilibres sont observés, de conseil pour minimiser l'impact de certaines pratiques comme le port de binder, ou de

réduction des risques supposés induits par les traitements hormonaux par la mise en place d'un programme adapté de réathlétisation du corps.

Bien que plusieurs axes de travail soient soulevés par les retours de terrain via le questionnaire et les entretiens avec les médecins, les kinésithérapeutes et les patients eux-mêmes, peu de littérature et de recherches scientifiques ont été à ce jour menées sur les spécificités des prises en charge kinésithérapiques des patients transidentitaires. Il serait intéressant de creuser les réflexions sur ces spécificités et les réponses que pourrait apporter la kinésithérapie en réalisant des études ciblées notamment sur les impacts musculo-squelettiques des hormonothérapies ou encore les spécificités d'une rééducation périnéale suite ou avant une chirurgie de réaffirmation.

A défaut de cadres scientifiques établis et validés, le travail multidisciplinaire semble le plus à même de répondre à ces lacunes sur le terrain. Il permet un échange entre les différents corps de métiers médicaux, paramédicaux et sociaux afin d'améliorer les savoirs et de construire des connaissances communes. Ainsi des collaborations entre gynécologues et kinésithérapeutes ou entre équipes médicales et kinésithérapeutes aident à l'optimisation des prises en charges kinésithérapiques. Ce travail s'appuie également sur les retours d'expérience des patient.es qui, en apportant leurs différentes expertises, amènent des éclairages nouveaux et permettent une réelle co-construction.

Dans ce cadre, les Maisons de santé, où le travail d'équipe entre médicaux et paramédicaux y est quotidien, semblent être les plus opérationnelles pour mener à bien les prises en charge kinésithérapiques des personnes transidentitaires.

Sur le terrain, les kinésithérapeutes semblent en majorité démunis face à la prise en charge de patients transidentitaires, tant sur le plan technique que sur le plan relationnel. Face à ce constat, la sensibilisation et la formation aux différentes indications de prises en charges, aux conditions d'accueil optimales ainsi que la réflexion sur les représentations sociales des normes de genre semble être plus que nécessaire. Ceci afin de lutter contre les préjugés et la transphobie, d'apporter des clefs pour les prises en charge et ainsi faire du kinésithérapeute un réel « *allié* » des patients dans leurs parcours de transition.

BIBLIOGRAPHIE

1. Budge SL, Adelson JL, Howard KAS. Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(3):545-57.
2. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism*. août 2012;13(4):165-232.
3. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
4. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):850-9.
5. Espineira K. Transidentité : de la théorie à la politique. Une métamorphose culturelle entre pragmatisme et transcendance. *Inf Psychiatr*. 2011;87(4):279.
6. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france
7. Girard L. La demande de soins des personnes transsexuelles en France : prise en charge médicale et respect de la dignité [Thèse]. Paris Descartes - Paris 5 - laboratoire Ethique Politique et Santé; 2013.
8. Jiang* DD, Gallagher S, Burchill L, Berli J, Dugi D. Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women undergoing gender-affirming Vaginoplasty. *J Urol* [Internet]. avr 2019 [cité 16 mars 2020];201(Supplement 4). Disponible sur: <http://www.jurology.com/doi/10.1097/01.JU.0000554971.37030.a2>
9. Manrique OJ, Adabi K, Huang TC-T, Jorge-Martinez J, Mehofer LE, Brassard P, et al. Assessment of Pelvic Floor Anatomy for Male-to-Female Vaginoplasty and the Role of Physical Therapy on Functional and Patient-Reported Outcomes. *Ann Plast Surg*. juin 2019;82(6):661–666.
10. Van Caenegem E, Wierckx K, Taes Y, Schreiner T, Vandewalle S, Toye K, et al. Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case–controlled study (ENIGI). *Eur J Endocrinol*. févr 2015;172(2):163-71.
11. Eyssel J, Koehler A, Dekker A, Sehner S, Nieder TO. Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. Kumar S, éditeur. *PLOS ONE*. 28 août 2017;12(8):e0183014.

12. Alessandrin A, Esteve-Bellebeau B. Genre : l'essentiel pour comprendre. HAL. 2014. 215 p.
13. Alessandrin A. Du « transsexualisme » aux devenirs Trans [Thèse]. Université Bordeaux Segalen; 2012.
14. OMS | Qu'entendons-nous par « sexe » et par « genre » ? [Internet]. WHO. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>
15. Espineira K, Alessandrin A, Thomas M-Y, éditeurs. La transyclopédie: tout savoir sur les transidentités. Paris: Éditions "Des ailes sur un tracteur; 2012. 338 p.
16. Fortier C. Inscribing Trans and Intersex People in the Dominant Binary Categories of Gender. ETropic Electron J Stud Trop [Internet]. 2 août 2016 [cité 3 oct 2019];13(2). Disponible sur: <https://journals.jcu.edu.au/etropic/article/view/3312>
17. Levine SB. Informed Consent for Transgendered Patients. J Sex Marital Ther. 3 avr 2019;45(3):218-29.
18. Guillot C. Variation de genre, vers un accompagnement dé-psychiatrisé ? [Thèse]. Université de Lille; 2019.
19. Cordier B, Chiland C, Gallarda T. Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. avr 2001;159(3):190-5.
20. Bienaimé J. «Quelle forme d'autonomie pour les personnes trans?», in Actualité des trans studies. Editions des archives contemporaines. Paris (France): Éditions des Archives contemporaines; 2018. 116 p.
21. Espineira K. Le bouclier thérapeutique : discours et limites d'un appareil de légitimation. 2011;2(1):189-201.
22. Alessandrin A, Collectif. « The Regretters » in Actualité des trans studies. Archives contemporaines; 2018. 128 p.
23. Meidani A. Genre et santé : entre emprise, déprise et reprise dans les parcours de transition. In: Actualités des trans-studies. Archives contemporaines; 2019. p. 11-20.
24. Giami A, Beaubatie E, Le Bail J. Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologique et VIH/sida dans la population trans. premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. BEH. sept 2011;(42).
25. Tin L-G, éditeur. Dictionnaire de l'homophobie. Paris: Presses universitaires de France; 2003. 451 p.
26. Cussac J. Arnaud Alessandrin, Karine Espineira (2015), Sociologie de la transphobie, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine. Cah LCD. 2017;5(3):171-3.
27. Chrysalide. Enquête « Santé Trans 2011 » [Internet]. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <http://chrysalidelyon.free.fr/fichiers/doc/santetrans2011.pdf>

28. Garnier M, Ollivier S. En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soin en médecine générale des patient.e.s transidentitaires [Thèse]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2018.
29. Lawrence AA. Factors Associated with Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Arch Sex Behav*. 1 août 2003;32(4):299-315.
30. Pfafflin F. Regrets After Sex Reassignment Surgery. *J Psychol Hum Sex*. 28 mai 1993;5(4):69-85.
31. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Arch Sex Behav*. nov 2014;43(8):1535-45.
32. Les femmes et la chirurgie esthétique [Internet]. IFOP. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-femmes-et-la-chirurgie-esthetique/>
33. Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA J Ethics*. 1 nov 2016;18(11):1147-55.
34. Alessandrin A, éditeur. Actualité des trans studies. Paris (France): Éditions des Archives contemporaines; 2018. 116 p.
35. De la Chenelière M. De patient à chercheur : parcours d'empowerment autour de la transidentité. *Inf Psychiatr*. 2018;94(10):817-23.
36. Seal LJ. A review of the physical and metabolic effects of cross-sex hormonal therapy in the treatment of gender dysphoria. *Ann Clin Biochem*. janv 2016;53(1):10-20.
37. Klaver M, de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, Dekker MJHJ, de Mutsert R, et al. Changes in regional body fat, lean body mass and body shape in trans persons using cross-sex hormonal therapy: results from a multicenter prospective study. *Eur J Endocrinol*. févr 2018;178(2):163-71.
38. Rabearisoa V, Moreira T, Akrich M. Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society. *BioSocieties*. juin 2014;9(2):111-28.
39. Akrich M, O'Donovan O, Rabearisoa V. The entanglement of scientific and political claims: towards a new form of patients' activism. 2013 [cité 24 sept 2019]; Disponible sur: <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00913925>
40. Elling-Machartzki A. Extraordinary body-self narratives: sport and physical activity in the lives of transgender people. *Leis Stud*. 4 mars 2017;36(2):256-68.
41. Jones BA, Arcelus J, Bouman WP, Haycraft E. Sport and Transgender People: A Systematic Review of the Literature Relating to Sport Participation and Competitive Sport Policies. *Sports Med*. 1 avr 2017;47(4):701-16.
42. Jones BA, Haycraft E, Bouman WP, Arcelus J. The Levels and Predictors of Physical Activity Engagement Within the Treatment-Seeking Transgender Population: A Matched Control Study. *J Phys Act Health*. 16 mars 2020;15(2):99-107.

43. Jones BA, Arcelus J, Bouman WP, Haycraft E. Barriers and facilitators of physical activity and sport participation among young transgender adults who are medically transitioning. *Int J Transgenderism*. 3 avr 2017;18(2):227-38.
44. Meyer IH, Frost DM. Minority stress and the health of sexual minorities. In: *Handbook of psychology and sexual orientation*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2013. p. 252-66.
45. Jones T, Del Pozo de Bolger A, Dune T, Lykins A, Hawkes G. *Female-to-male (FTM) transgender people's experiences in Australia*. New York, NY: Springer Berlin Heidelberg; 2015.
46. Poteat T, Malik M, Cooney E. 2148 Understanding the health effects of binding and tucking for gender affirmation. *J Clin Transl Sci*. juin 2018;2(S1):76-76.
47. Lee A, Simpson P, Haire B. The binding practices of transgender and gender-diverse adults in Sydney, Australia. *Cult Health Sex*. 2 sept 2019;21(9):969-84.
48. Factor R, Rothblum E. Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociol Rev*. oct 2008;17(3):235-53.
49. Peitzmeier S, Gardner I, Weinand J, Corbet A, Acevedo K. Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Cult Health Sex*. 2 janv 2017;19(1):64-75.
50. Wang E, Kim E. Postoperative care and common issues after masculinizing chest surgery | *Transgender Care* [Internet]. [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/chest-surgery-masculinizing>
51. Donato DP, Walzer NK, Rivera A, Wright L, Agarwal CA. Female-to-Male Chest Reconstruction: A Review of Technique and Outcomes. *Ann Plast Surg*. sept 2017;79(3):259–263.
52. Hsu K-C, Luan C-W, Tsai Y-W. Review of Silicone Gel Sheeting and Silicone Gel for the Prevention of Hypertrophic Scars and Keloids. *Wounds Compend Clin Res Pract*. mai 2017;29(5):154-8.
53. Broughton G, Janis JE, Attinger CE. Wound Healing: An Overview: *Plast Reconstr Surg*. juin 2006;117(SUPPLEMENT):1e-S-32e-S.
54. Nauta AC, Baltrusch KM, Heston AL, Narayan SK, Gunther S, Esmonde NO, et al. Differences in Chest Measurements between the Cis-female and Trans-female Chest Exposed to Estrogen and Its Implications for Breast Augmentation. *Plast Reconstr Surg Glob Open* [Internet]. 13 mars 2019 [cité 6 avr 2020];7(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6467617/>
55. Elder C. Surgery for transgender individuals [Internet]. *O&G Magazine*. 2018 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ogmagazine.org.au/20/4-20/surgery-for-transgender-individuals/>
56. Krick M. Pain With Vaginal Dilation in a Patient Following Sexual Reassignment Surgery: *J Women's Health Phys Ther*. 2015;39(1):10-6.

57. Meltzer T. Vaginoplasty procedures, complications and aftercare | Transgender Care [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/vaginoplasty>
58. Manrique OJ, Adabi K, Martinez-Jorge J, Ciudad P, Nicoli F, Kiranantawat K. Complications and Patient-Reported Outcomes in Male-to-Female Vaginoplasty—Where We Are Today: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Plast Surg.* juin 2018;80(6):684–691.
59. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (vol 5, pg 513, 2008). *J Sex Med.* 2008;5(6):1513–1513.
60. Radzimińska A, Strączyńska A, Weber-Rajek M, Styczyńska H, Strojek K, Piekorz Z. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clin Interv Aging.* 17 mai 2018;13:957-65.
61. Van der Sluis WB, Bouman M-B, Buncamper ME, Mullender MG, Meijerink WJ. Revision Vaginoplasty: A Comparison of Surgical Outcomes of Laparoscopic Intestinal versus Perineal Full-Thickness Skin Graft Vaginoplasty. *Plast Reconstr Surg.* oct 2016;138(4):793–800.
62. Sluis WB van der, Tuynman JB, Meijerink WJHJ, Bouman M-B. Laparoscopic Intestinal Vaginoplasty in Transgender Women: An Update on Surgical Indications, Operative Technique, Perioperative Care, and Short- and Long-Term Postoperative Issues. *Urol Clin.* 1 nov 2019;46(4):527-39.
63. Bouman M-B, van der Sluis WB, van Woudenberg Hamstra LE, Buncamper ME, Kreukels BPC, Meijerink WJHJ, et al. Patient-Reported Esthetic and Functional Outcomes of Primary Total Laparoscopic Intestinal Vaginoplasty in Transgender Women With Penoscrotal Hypoplasia. *J Sex Med.* 1 sept 2016;13(9):1438-44.
64. Buncamper ME, van der Sluis WB, van der Pas RSD, Özer M, Smit JM, Witte BI, et al. Surgical Outcome after Penile Inversion Vaginoplasty: A Retrospective Study of 475 Transgender Women. *Plast Reconstr Surg.* nov 2016;138(5):999-1007.
65. Massie JP, Morrison SD, Van Maasdam J, Satterwhite T. Predictors of Patient Satisfaction and Postoperative Complications in Penile Inversion Vaginoplasty: *Plast Reconstr Surg.* juin 2018;141(6):911e-21e.
66. Papadopoulos NA, Zavlin D, Lellé J-D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, et al. Combined vaginoplasty technique for male-to-female sex reassignment surgery: Operative approach and outcomes. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 1 oct 2017;70(10):1483-92.
67. Hoebeke P, Selvaggi G, Ceulemans P, Cuypere GD, T'Sjoen G, Weyers S, et al. Impact of Sex Reassignment Surgery on Lower Urinary Tract Function. *Eur Urol.* 1 mars 2005;47(3):398-402.
68. Goddard JC, Vickery RM, Qureshi A, Summerton DJ, Khoosal D, Terry TR. Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: early and long-term surgical results. *BJU Int.* 1 sept 2007;100(3):607-13.

69. Horbach SER, Bouman M-B, Smit JM, Özer M, Buncamper ME, Mullender MG. Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgenders: A Systematic Review of Surgical Techniques. *J Sex Med.* juin 2015;12(6):1499-512.
70. Ferrando CA. Vaginoplasty Complications. *Clin Plast Surg.* 1 juill 2018;45(3):361-8.
71. Vw S, Bs H. Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1 sept 2009;36(3):421-43.
72. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women. *Obstet Gynecol.* janv 2014;123(1):141-8.
73. Wibowo E, Calich HJ, Currie RW, Wassersug RJ. Prolonged androgen deprivation may influence the autoregulation of estrogen receptors in the brain and pelvic floor muscles of male rats. *Behav Brain Res.* 1 juin 2015;286:128-35.
74. Wasenda EJ, Kamisan Atan I, Subramaniam N, Dietz HP. Pelvic organ prolapse: does hormone therapy use matter? *Menopause.* oct 2017;24(10):1185–1189.
75. Kim S, Dennis M, Holland J, Terrell M, Loukas M, Schober J. The anatomy of forearm free flap phalloplasty for transgender surgery: Anatomy of Forearm Free Flap Phalloplasty. *Clin Anat.* mars 2018;31(2):145-51.
76. van der Sluis WB, Smit JM, Pigot GLS, Buncamper ME, Winters HAH, Mullender MG, et al. Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery.* nov 2017;37(8):917-23.
77. Jun MS, Pušica S, Kojovic V, Bizic M, Stojanovic B, Krstic Z, et al. Total Phalloplasty With Latissimus Dorsi Musculocutaneous Flap in Female-to-male Transgender Surgery. *Urology.* oct 2018;120:269-70.
78. Frey JD, Poudrier G, Chiodo MV, Hazen A. An Update on Genital Reconstruction Options for the Female-to-Male Transgender Patient: A Review of the Literature. *Plast Reconstr Surg.* mars 2017;139(3):728-37.
79. Scahrdein JN, Zhao LC, Nikolavsky D. Management of Vaginoplasty and Phalloplasty Complications. *Urol Clin.* 1 nov 2019;46(4):605-18.
80. Garcia MM, Christopher NA, De Luca F, Spilotros M, Ralph DJ. Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: the Institute of Urology, London U.K. experience. *Transl Androl Urol.* juin 2014;3(2):156-62.
81. Bowman C, Goldberg JM. Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery. *Int J Transgenderism.* sept 2006;9(3-4):135-65.
82. Rogers SN, Lakshmiah SR, Narayan B, Lowe D, Brownson P, Brown JS, et al. A Comparison of the Long-Term Morbidity following Deep Circumflex Iliac and Fibula Free Flaps for Reconstruction following Head and Neck Cancer: *Plast Reconstr Surg.* nov 2003;112(6):1517-25.

83. Bodde EWH, de Visser E, Duysens JEJ, Hartman EHM. Donor-Site Morbidity after Free Vascularized Autogenous Fibular Transfer: Subjective and Quantitative Analyses: *Plast Reconstr Surg.* juin 2003;111(7):2237-42.
84. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. 2014 [cité 23 sept 2019]; Disponible sur: <https://hal-univ-lyon1.archives-ouvertes.fr/hal-02046833>
85. Averitt DL, Hornung RS, Murphy AZ. Role of Sex Hormones on Pain. In: *Oxford Research Encyclopedia of Neuroscience* [Internet]. Oxford University Press; 2019 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://oxfordre.com/neuroscience/view/10.1093/acrefore/9780190264086.001.0001/acrefore-9780190264086-e-247>
86. Aloisi AM, Bachiocco V, Costantino A, Stefani R, Ceccarelli I, Bertaccini A, et al. Cross-sex hormone administration changes pain in transsexual women and men: *Pain.* nov 2007;132:S60-7.
87. Horn S, Gregory P, Guskiewicz KM. Self-Reported Anabolic-Androgenic Steroids Use and Musculoskeletal Injuries: Findings from the Center for the Study of Retired Athletes Health Survey of Retired NFL Players. *Am J Phys Med Rehabil.* mars 2009;88(3):192-200.
88. Kanayama G, DeLuca J, Meehan WP, Hudson JI, Isaacs S, Baggish A, et al. Ruptured Tendons in Anabolic-Androgenic Steroid Users: A Cross-Sectional Cohort Study. *Am J Sports Med.* nov 2015;43(11):2638-44.
89. Marqueti RC, Parizotto NA, Chriguer RS, Perez SEA, Selistre-de-Araujo HS. Androgenic-Anabolic Steroids Associated with Mechanical Loading Inhibit Matrix Metalloproteinase Activity and Affect the Remodeling of the Achilles Tendon in Rats. *Am J Sports Med.* août 2006;34(8):1274-80.
90. Marqueti RC, Prestes J, Wang CC, Ramos OHP, Perez SEA, Nakagaki WR, et al. Biomechanical responses of different rat tendons to nandrolone decanoate and load exercise: Biomechanical responses of different rat tendons. *Scand J Med Sci Sports.* déc 2011;21(6):e91-9.
91. Evans NA, Bowrey DJ, Newman GR. Ultrastructural analysis of ruptured tendon from anabolic steroid users. *Injury.* déc 1998;29(10):769-73.
92. Bazin P. Conséquences du dopage à long terme chez l'homme : cas particulier des stéroïdes anabolisants, de l'érythropoïétine et de l'hormone de croissance [Thèse]. Université de Rennes I; 2017.
93. Parkinson AB, Evans NA. Anabolic Androgenic Steroids: A Survey of 500 Users. *Med Sci Sports Exerc.* avr 2006;38(4):644-51.
94. Dahl M, Feldman JL, Goldberg JM, Jaber A. Physical Aspects of Transgender Endocrine Therapy. *Int J Transgenderism.* sept 2006;9(3-4):111-34.
95. Metastasio A, Negri A, Martinotti G, Corazza O. Transitioning Bodies. The Case of Self-Prescribing Sexual Hormones in Gender Affirmation in Individuals Attending Psychiatric Services. *Brain Sci.* mai 2018;8(5):88.

96. Rotondi NK, Bauer GR, Scanlon K, Kaay M, Travers R, Travers A. Nonprescribed Hormone Use and Self-Performed Surgeries: “Do-It-Yourself” Transitions in Transgender Communities in Ontario, Canada. *Am J Public Health*. 15 août 2013;103(10):1830-6.
97. Mooney R, Simonato P, Ruparelia R, Roman-Urrestarazu A, Martinotti G, Corazza O. The use of supplements and performance and image enhancing drugs in fitness settings: A exploratory cross-sectional investigation in the United Kingdom. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2017;32(3):e2619.
98. Seynnes OR, Kamandulis S, Kairaitis R, Helland C, Campbell E-L, Brazaitis M, et al. Effect of androgenic-anabolic steroids and heavy strength training on patellar tendon morphological and mechanical properties. *J Appl Physiol*. 25 avr 2013;115(1):84-9.
99. Morgenthaler M, Weber M. Eine pathologische Ruptur der distalen Bizepssehne nach langjähriger Androgen-Substitution. *Z Für Orthop Ihre Grenzgeb*. 18 mars 2008;137(04):368-70.
100. February O published on 23, 2016. The Medical Care of Transgender Persons – LGBT Health Education Center [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.lgbthealtheducation.org/publication/transgender-sod/>
101. Deutsch MB. Creating a safe and welcoming clinic environment | Transgender Care [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/clinic-environment>
102. Foronda C, Baptiste D-L, Reinholdt MM, Ousman K. Cultural Humility: A Concept Analysis. *J Transcult Nurs*. 1 mai 2016;27(3):210-7.
103. Ruud M. Cultural Humility in the Care of Individuals Who Are Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, or Queer. *Nurs Womens Health*. 1 juin 2018;22(3):255-63.
104. LGBTIQ issues (DS-08) | World Confederation for Physical Therapy [Internet]. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.wcpt.org/wcpt2017/DS-08>
105. Korpaisarn S, Safer JD. Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Rev Endocr Metab Disord*. sept 2018;19(3):271-5.
106. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals: *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. avr 2016;23(2):168-71.
107. Dubin SN, Nolan IT, Streed Jr CG, Greene RE, Radix AE, Morrison SD. Transgender health care: improving medical students and residents training and awareness. *Adv Med Educ Pract*. mai 2018;Volume 9:377-91.
108. Arrowsmith L. Improving Osteopathic Medical Training in Providing Health Care to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *J Am Osteopath Assoc*. 1 janv 2015;115(1):6.

109. Braun HM, Garcia-Grossman IR, Quiñones-Rivera A, Deutsch MB. Outcome and Impact Evaluation of a Transgender Health Course for Health Profession Students. *LGBT Health*. févr 2017;4(1):55-61.
110. Ross MH, Setchell J. People who identify as LGBTQI+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy : a survey. *J Physiother*. 2019;(65):99-105.

Résumé

Depuis une dizaine d'année, des protocoles d'accompagnement des personnes en transition fondés sur l'auto-détermination sont élaborés pour accompagner ces dernier.es dans leurs démarches médicales. La place de la kinésithérapie dans ces protocoles n'est pas encore développée ni argumentée. Le kinésithérapeute peut-il être une aide, une ressource, peut-il avoir un rôle dans ces parcours de transition ?

Une étude de la littérature, associée à une analyse qualitative menée par des entretiens et questionnaires auprès de personnes en transition, de médecins et de kinésithérapeutes, ont permis de dégager des thématiques sur lesquels le kinésithérapeute peut apporter ses expertises et savoir-faire. Pour optimiser le suivi des personnes en transition et répondre aux besoins et attentes spécifiques des patients, le travail du kinésithérapeute peut être mené sur le suivi post-opératoire cicatriciel et la rééducation pelvi-périnéologique, sur l'apparition de douleurs musculo-squelettiques ou encore sur des aspects posturaux liés à la transition.

Pour optimiser ces prises en charges kinésithérapiques, un travail de sensibilisation et de formation semble nécessaire auprès des kinésithérapeutes et des études restent à mener pour approfondir qualitativement et spécifiquement le suivi des patients transidentitaires en kinésithérapie.

Mots-clefs : transidentité – transition – kinésithérapie – chirurgie de réaffirmation – hormonothérapie

Abstract

Over the past ten years, protocols based on self-determination have been developed to support patient in transition in their medical procedures. The role of physiotherapy in these protocols has not yet been developed or debated. Could physiotherapists be a help, a resource, could they have a role in these transition processes?

A literature review, combined with a qualitative analysis carried out by interviews and questionnaires with patient in transition, doctors and physiotherapists, has enabled us to identify ways for which a physiotherapist can contribute with his expertise and know-how experience. In order to improve the follow-up for patients in transition and to meet their specific needs and expectations, the work of physiotherapists could be carried out on post-operative scar follow-up and pelviperrineological rehabilitation, on the occurrence of musculoskeletal pain or on postural aspects related to the transition. In order to improve these physiotherapy treatments, it seems necessary to raise awareness and train physiotherapists, and studies are still to be conducted to improve the quality and specific follow-up needs for transgender patients in physiotherapy.

Keywords : transidentity - transition - physiotherapy - reaffirmation surgery - hormone therapy