

FACULTE D'INGENIERIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE (ILIS)

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



Mémoire en vue de l'obtention du :
Master 2 « Ingénierie des métiers de la rééducation fonctionnelle »
Option : Méthodologie de la Recherche
UE 28 : Diplôme d'État de Masso-Kinésithérapie

**La masso-kinésithérapie : l'apport aux personnes transgenres
en phase de transition.**

Présenté par :
Pauline CLARIA

Présidente du jury : Professeure Marie-Pierre LETERME-FLAMENT

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Michel HENNEBEL

Masseur-kinésithérapeute expert : Monsieur Thierry VEZIRIAN

Année universitaire 2019-2020

SOMMAIRE :

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION.....	1
I. DU TRANSEXUALISME A L'INCONGRUENCE DE GENRE	3
1. <i>Étymologie et définition des différents termes.....</i>	3
a) Binarité.....	3
b) Cisgenre, cis-identité.....	4
c) Genre et identité de genre.....	4
d) Hermaphrodisme	5
e) Les normes de genre	5
f) Transgenre	6
g) Transition	7
h) Transsexualisme / Transsexuel(le)	7
i) Travesti(e)	8
2. <i>Rappels historiques relatifs à cette évolution.....</i>	8
a) De l'Antiquité au Moyen Âge	8
b) De la Renaissance à l'Ancien Régime	9
c) Du XIXème siècle à nos jours.....	9
3. <i>Étiologie des personnes transgenres</i>	14
II. L'ETAT DES LIEUX DES PERSONNES TRANSGENRES EN FRANCE	16
1. <i>Prévalence</i>	16
2. <i>Les protocoles français</i>	17
3. <i>L'affection de longue durée</i>	19
4. <i>L'accompagnement juridique</i>	20
a) Le changement d'état civil	20
b) Le changement de prénom	21
c) La carte d'assurance maladie	21
5. <i>La transition hormonale et chirurgicale</i>	21
a) Les traitements hormonaux féminisant et masculinisant.....	21
b) La chirurgie de réassignation sexuelle	25
c) Entre retour à son genre initial et regrets.....	27
III. LE MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL DANS LA PRISE EN CHARGE EN MASSO-KINESITHERAPIE.....	27
1. <i>Le rapport biologique chez les hommes et les femmes transgenres</i>	28
a) Le corps réel	28
b) Vers un corps en transition	28
c) Vers une métamorphose du corps.....	29
d) La transformation du corps.....	31
2. <i>Le contexte psychologique.....</i>	32

a)	Le corps idéal	32
b)	Le schéma corporel	33
c)	L'image corporelle.....	34
3.	<i>La place des hommes et des femmes transgenres dans la société</i>	35
a)	Pour être accepté(e) dans la société il faut être acceptable.....	35
b)	Les discriminations.....	36
IV.	MATERIEL ET METHODE	37
1.	<i>La recherche d'articles et de références d'ouvrages</i>	37
2.	<i>Mots clés</i>	37
3.	<i>La sélection des articles</i>	38
4.	<i>Mémoire de réflexion</i>	38
5.	<i>Questionnaire pour les personnes transgenres</i>	39
a)	Quel outil et quelle population ?	39
b)	L'élaboration du questionnaire	39
c)	La diffusion de notre questionnaire	40
d)	Traitement des données	40
6.	<i>Entretiens</i>	41
a)	Le choix des personnes interrogées	41
b)	Type d'entretien.....	41
c)	Conditions des entretiens	42
d)	Thèmes abordés.....	42
V.	RESULTATS	43
1.	<i>Questionnaire</i>	43
2.	<i>Entretien E1 de la masseuse-kinésithérapeute</i>	52
3.	<i>Entretien E2 du chirurgien plastique</i>	54
VI.	DISCUSSION.....	56
1.	<i>À la recherche de la masso-kinésithérapie dans les textes officiels</i>	56
2.	<i>L'appréhension des professionnels</i>	57
3.	<i>Le manque de formation</i>	57
4.	<i>Les appréhensions des hommes et des femmes transgenres</i>	58
5.	<i>La relation soignant / soigné</i>	59
6.	<i>La discrimination en masso-kinésithérapie</i>	59
7.	<i>La place de la masso-kinésithérapie lors de la transition</i>	60
a)	L'accompagnement chirurgical par le massage cicatriciel	60
b)	Vers un « nouveau » schéma corporel.....	61
c)	Vers une image corporelle plus positive	62
8.	<i>Les biais et les limites de cette étude</i>	64
a)	Les données de la littérature	64
b)	Questionnaire.....	64
c)	Entretiens.....	65

VII.	CONCLUSION	66
VIII.	BIBLIOGRAPHIE	68
IX.	GLOSSAIRE	

Remerciements

Je souhaite remercier tout particulièrement, mon directeur de mémoire, le Docteur Jean-Michel Hennebel pour son encadrement, son soutien et son suivi tout au long de ce travail. Je le remercie pour ses nombreux conseils qui m'ont été précieux ainsi que sa confiance, sa réactivité et ses encouragements.

Je voudrais également présenter mes remerciements à Monsieur Alain Chevutschi pour tous ses conseils et son aide apportés dans la réalisation de nos projets.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'ILIS (Faculté Ingénierie et Management de la Santé) pour leurs partages de connaissances.

J'aimerais, ensuite, saluer les deux professionnels de santé qui ont su m'accorder du temps et répondre à mon entretien. Je les remercie pour leur implication.

J'exprime une sincère reconnaissance aux personnes transgenres qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire, je les remercie d'avoir voulu se confier sur leurs expériences lors de leurs phases de transitions.

Je tiens tout particulièrement, à dire un grand merci à Benoît, pour son soutien moral, ses encouragements, merci d'avoir vécu avec moi mon cheminement, du concours à la réalisation de ce travail de fin d'étude.

Je voudrais également exprimer ma reconnaissance envers mes parents, ma manou et ma sœur, pour m'avoir permis de réaliser ces études, merci pour votre bienveillance, et vos encouragements.

Merci Charlotte, Léa, ainsi que mes ami(e)s d'avoir été tout simplement présents pour moi.

Je témoigne aussi toute ma reconnaissance envers Béatrice Graizzaro et Léa Masclat, mes secondes lectrices. Un immense merci. Vous vous êtes rendues disponibles tout au long de mon mémoire. Merci pour votre aide, concernant l'orthographe et la mise en forme de ce travail. Vos suggestions et vos interrogations m'ont permis d'avoir un recul supplémentaire sur mon travail.

Introduction

À la suite d'un stage effectué au cours de notre cursus scolaire, dans un cabinet de masseurs-kinésithérapeutes, nous avons été interpellés par le rapport au corps et la stigmatisation sociale que pouvaient subir les patients transgenres. Nous avons été bouleversés dans nos fondements culturels puisque nous avions pour seule vision, des hommes et des femmes se définissant par leur anatomie.

Après une longue réflexion, nous avons compris que les organes reproducteurs n'étaient pas les seuls à définir ce que pouvait être un homme ou une femme. L'identité de genre décrit également le sentiment intérieur que peut avoir une personne qu'il corresponde ou non au sexe assigné à la naissance.

En terme général, il est important pour ces personnes d'être en phase avec leur genre auquel ils/elles s'identifient. Elles nécessitent d'être perçues et acceptées par la société dans le respect de leur genre ressenti. Effectivement, la non reconnaissance ou la banalisation du « monde extérieur » s'avèrent déstabilisantes et forcément douloureuses dans leur quotidien [1].

Force est de constater que les données sur le sujet apparaissent insuffisantes. De ce fait, il reste difficile d'obtenir une estimation fiable de la prévalence des personnes transgenres. Néanmoins, à partir de données plus récentes, l'estimation de ces personnes se situerait environ à 15 000, en France, selon l'association ORTrans. Ceci dit, il semblerait que cette population soit largement sous-estimée, car il n'existe pas de « parcours type » : certains prennent des hormones, d'autres non, certains se font opérer, d'autres non [2–4].

De nos jours, les figures transgenres se trouvent encore mêlées à la polémique dans une société réfractaire à des agissements qui sortent de la norme et qui dérangent.

En l'occurrence, s'il suffisait de jouer la masculinité ou la féminité pour acquérir l'identité homme ou femme autant pour soi que pour autrui, les personnes

transgenres ne seraient pas amenées à réduire leur conflit identitaire en procédant au remodelage de leurs corps par des traitements hormonaux, chirurgicaux [5].

Effectivement, les personnes transgenres ont une relation complexe avec l'image de leur corps mais aussi avec leur schéma corporel. Bien souvent, le regard de l'autre peut leur renvoyer une image qui ne leur correspond pas. L'image de leur corps peut en dire long sur leurs souffrances psychiques. Leur corps est souvent ressenti comme une source de vécu négatif, de mal être, de honte mais surtout de rejet social [6].

Beaucoup de patients concernés qualifient leur corps et leur sexe de mutation difforme qu'ils souhaitent mutiler. Le corps n'est pas seulement ce qui nous différencie d'un individu à l'autre, il sert aussi à nous lier aux autres [7].

Ces personnes ont donc souvent recours à une transition hormono-chirurgicale afin de se sentir en adéquation avec leur genre. Lors de la transition, de nombreuses modifications corporelles et psychologiques ont lieu.

Les praticiens sont encore trop souvent démunis ou mal à l'aise face aux patients transgenres par manque de connaissances sur le phénomène de la transidentité [8].

Le but de cette étude est de savoir dans quelles mesures les masseurs-kinésithérapeutes peuvent avoir un rôle lors de cette transition.

Effectivement, pour soigner le patient transgenre, le Masseur-Kinésithérapeute (MK) doit toucher le corps, ce corps que ce même patient rejette. Un rapport de bienveillance, d'empathie, de confiance et de respect doit être mis en œuvre. Il est important que le thérapeute appréhende correctement la nouvelle identité de la personne transgenre [8].

Le rôle du MK sera d'autant plus important dans la mesure où il va apporter à la personne, l'aide nécessaire pour se reconstruire, pour réinvestir son corps et le ressentir. À ce moment, les habiletés sociales et psychologiques du MK doivent être effectives afin que la personne soit traitée en tant que personne et non en tant que genre [9].

Nous nous questionnons donc, sur le fait de savoir : « ***En quoi la masso-kinésithérapie peut être utile lors de la transition des personnes transgenres ?*** » et si « ***La masso-kinésithérapie apporte une autre dimension que purement physique dans cette métamorphose corporelle ?*** ».

Dans la volonté de pouvoir répondre à cette problématique posée, nous allons définir dans un premier temps, les différents termes liés à notre sujet ainsi que l'histoire des personnes transgenres. Nous développerons, par la suite, l'état des lieux des personnes transgenres en France. Enfin, nous parlerons du modèle bio-psycho-social dans le cadre d'une prise en charge en masso-kinésithérapie lors de la phase de transition.

Afin de mieux cibler l'apport de la masso-kinésithérapie lors de la transition, nous nous appuierons sur un questionnaire relatant le ressenti de la population transgenre et sur deux entretiens dont l'un d'une masseuse-kinésithérapeute et l'autre d'un chirurgien plastique.

I. Du transsexualisme à l'incongruence de genre

1. Étymologie et définition des différents termes

a) Binarité

Adjectif et nom féminin, terme emprunté au latin « *binarius* » qui signifie « être composé de deux éléments » ou, « qui est formé de deux unités ou, présente deux aspects ».

La binarité renvoie au fait qu'il n'existe que deux sexes : femme / homme. S'oppose alors à la binarité, la non-binarité avec les genres fluides et les genres pluriels. Ces personnes refusent que leurs organes génitaux et leur phénotype définissent leur identité de genre [10–13].

b) *Cisgenre, cis-identité*

Préfixe emprunté au latin « *cis* », signifiant « en deçà », « dans la limite de », « du même côté ». C'est le contraire du préfixe « *trans* ». Le terme « cisgenre » est employé depuis 1933 pour la génétique lors des tests cis-trans. Les personnes « cisgenres » ou « cis-identitaires » ont leur genre et/ou leur sexe qui correspond(ent) au sexe qui leur a été assigné à la naissance. Les personnes cisgenres sont donc des personnes non-transgenres.

Contrairement aux personnes transgenres, les cisgenres ont une étiquette conforme aux normes de la société [10–12].

c) *Genre et identité de genre*

Le mot « genre » est un nom masculin qui apparaît au XIII^e siècle. Emprunté au latin « *genus, generis* » désignant « la naissance, la race, la famille, l'espèce, sorte ». Il s'agit « d'un ensemble d'êtres, de choses ou d'espèces regroupés en fonction de leurs caractères communs ». Par exemple, le genre humain représente l'ensemble des Hommes [12].

Au milieu du XIII^e siècle, il exprime l'appartenance au sexe masculin, au sexe féminin ou aux choses [14].

Selon Bertinie (2006), le genre décrit un ensemble de rôles et de responsabilités sociales assignés aux femmes et aux hommes à un moment et à une culture donnés dans leurs histoires [15].

Les rôles de genres sont sous l'influence des facteurs culturels, économiques, sociaux, politiques, religieux et des normes sociales institutionnelles. Le fait d'être classé dans une des deux catégories différentes, entraîne des comportements et des attitudes sociales stéréotypés au genre assigné [16].

L'identité de genre est initiée par Stoller, en 1964, dans le monde psychiatrique et psychanalytique. Il s'agit d'un sentiment intime et profond d'appartenir à un genre, qu'il corresponde ou non au sexe assigné à la naissance. Elle est complètement indépendante du sexe biologique (*Annexe 1*) [16, 17].

En effet, selon les principes de Jogjakarta (2007), l'identité de genre est définie 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 » [15].

d) *Hermaphrodisme*

Le terme « hermaphrodisme » est emprunté au XIII^e siècle au grec ancien « *hermaphroditus* ». Ce nom grec d'un androgyne mythologique, fils d'Hermès et d'Aphrodite, est utilisé en anatomie pour décrire un être humain possédant à la fois ovaires et testicules [10, 11, 18].

De nos jours, le terme « hermaphrodisme » se révèle être stigmatisant. Nous employons alors le terme « intersexe » afin de faire référence à une personne pour laquelle la médecine est intervenue de façon chirurgicale ou par l'intervention d'hormonothérapie pour « normaliser » l'appareil génital. Ces interventions non consenties ont lieu dès le plus jeune âge de la personne, afin d'être dans un modèle de binarité des sexes et cela, sans prendre en compte l'identité de genre de la personne [15].

e) *Les normes de genre*

Nom féminin emprunté au latin « *norma* », signifiant « équerre, règle ». Ce terme désigne « un état habituellement répandu, considéré le plus souvent comme une règle à suivre » [10, 11].

Les normes sont instituées en référence à une moyenne statistique avec laquelle nous mesurons des écarts qui nous éloignent ou nous rapprochent de celles-ci. Dans notre société moderne, le genre féminin et masculin répondent à des critères : physiques, psychologiques et comportementaux. Ces derniers font partie des

normes à respecter pour ne pas perturber les idéaux de la représentation des hommes et des femmes [19, 20].

De ce fait, nous remarquons que l'identification des personnes transgenres demeure en lien étroit avec la présence de normes de genre cisgenre. En l'absence de ces normes de référence, il ne serait pas possible de repérer de transgressions et de ce fait, de pouvoir mentionner des personnes « déviantes » comme les nomme Becker en 1985 [19].

f) *Transgenre*

De son préfixe « *trans* », emprunté au latin, signifiant « par-delà, au-delà de ». Utilisé en français afin de rentrer dans la composition de certains mots pour ajouter à leurs significations l'idée de passage, de changement comme : la transition, la transformation, la traversée [11, 18].

Ce terme est notamment utilisé en chimie pour décrire les stéro-isomères dans lesquels les atomes et les groupes d'atomes sont situés de part et d'autre d'un plan symétrique [11, 21].

De l'anglais « *transgender* » apparu en 1979, il a été utilisé pour donner naissance au terme transgenre en 1997. Les personnes transgenres sont des personnes dont le genre et/ou le sexe ne correspond(ent) pas au sexe qui leur est assigné à la naissance. Le préfixe contraire étant « cis » [10–12].

D'après Marzano (2007), il s'agit de personnes qui « transgressent » ou contestent la bi-catégorisation ordinaire des genres [21].

Nous retrouvons le terme transgenre dans la transidentité car il s'agit du terme générique utilisé pour décrire toutes les identités de genre autres que cisgenre. La transidentité existe en France depuis juin 2002 et souligne la diversité des identités et des parcours possibles. En effet, nous ne parlons pas d'orientation ou de pratique sexuelle mais d'identité [13].

g) *Transition*

Nom féminin emprunté au latin « *transitio* » en 1501, signifiant « passage, transition ». Il s'agit d'une action ou d'une manière de passer d'un état à l'autre, d'une situation à une autre. C'est une évolution psychique, physique et sociale. Celle-ci est souvent appelée à tort « changement de sexe » [12, 22].

Dans le cas de la transidentité, différents types de transitions peuvent être possibles. En effet, la transition commence à partir du moment où les personnes transgenres déclarent ne pas être des personnes cisgenres. Il s'agit de la transition sociale. Bien que les genres de féminité et de masculinité soient normés dans notre société, les corps des personnes cisgenres ne sont pas les seules références. Les personnes transgenres peuvent avoir leur propre référence de féminité et masculinité, ce qui induit, la possibilité d'avoir plusieurs types de transitions. Nous retrouvons des démarches d'ordre médicale, sociale mais aussi légale lors des différentes transitions possibles [23].

h) *Transsexualisme / Transsexuel(le)*

De l'anglais « *transsexualism* », composé du préfixe « *trans* » et du suffixe « *sexual* » signifiant « sexuel, relatif au sexe, à la sexualité ». L'invention du terme « transsexualisme », date de 1912, définie par Magnus Hirschfeld. Ce terme est repris en 1953 par l'endocrinologue Harry Benjamin. Ce dernier définit « le syndrome du transsexualisme » comme : « le sentiment de se sentir appartenir à l'autre sexe, de vouloir être et fonctionner comme l'autre sexe et pas seulement en avoir l'apparence »[15].

Les personnes transsexuelles ont un dégoût pour leur sexe ainsi qu'une souffrance induite par ce « trouble » de l'identité de genre. Le plus souvent, elles ont recours à la chirurgie et aux traitements hormonaux [10].

La transsexualité est bannie par les personnes transgenres à cause du côté pathologisant qu'il renvoie, ce qui entraîne également une confusion entre l'identité de genre et de sexe ou de préférence sexuelle. Nous pouvons retrouver ce terme

sous la forme « d'incongruence de genre » qui est un terme plus récent pour définir les personnes transgenres[11].

i) Travesti(e)

En 1569, de l'italien « *travestire* ». Composé du préfixe latin « *trav* » signifiant « déplacer » et « *vestire* » qui signifie « vêtir ». Il s'agit d'une personne qui se déguise pour une fête ou pour un rôle au théâtre [10, 12].

En 1669, ce nom masculin signifie : se déguiser pour prendre l'apparence de l'autre sexe [11].

Le travestisme prend alors forme, en 1964 en psychiatrie, pour décrire le code vestimentaire et les habitudes de vie de l'autre sexe. De nos jours, le travestissement, les organes génitaux sont sources de plaisir et dans le cas inverse du transsexualisme, ils sont sources de dégoût [15].

2. Rappels historiques relatifs à cette évolution

a) De l'Antiquité au Moyen Âge

Le transsexualisme n'est pas un fait datant du XXIème siècle. En effet, depuis près de deux millénaires, les hommes et les femmes font l'objet de troubles identitaires.

À cette période, les personnes transgenres avaient déjà du mal à avoir une place dans la société, une société imprégnée des idéaux religieux réfractaires à cette pratique [24].

Nous retrouvons également cette pratique entre le IVème et IIème siècle avant Jésus-Christ. Nous citerons l'exemple de la population Sumérienne qui avait l'habitude de pratiquer le culte Ishtar « déesse de l'amour libre ». On la représente avec une barbe et entourée de compagnons déguisés en femme. Cette déesse avait le pouvoir de transformer le genre féminin en masculin [24].

Dans les civilisations grecques et romaines, l'absence de clarté sur les sexes est perçue comme un danger. Les parents ont le devoir d'exposer leurs enfants publiquement lorsqu'ils sont intersexués. Ils sont alors rejetés de la société par la crainte divine.

Ces témoignages mettent l'accent sur le rejet et l'obligation à l'exil demandée à ces personnes à nouvelle identité [24].

Au cours du Moyen Âge, sous l'emprise du Christianisme, l'Église multiplie les interdits aux femmes, par crainte de les voir devenir égales aux hommes. Au IV^{ème} siècle, les femmes surprises avec des habits d'hommes, suite à un travestisme, étaient condamnées. Ces interdictions perdureront au XII^{ème} siècle [24, 25], comme l'atteste le Deutéronome :

« Une femme ne portera point un habillement d'homme, et un homme ne mettra point des vêtements de femme, car quiconque fait ces choses est en abomination à l'Éternel, ton Dieu » [24].

b) De la Renaissance à l'Ancien Régime

Entre le XVI^{ème} et le XVIII^{ème} siècle, l'Église et l'État continuent à avoir un impact sur la société. Nous retrouvons l'histoire de Philippe d'Orléans, frère du Roi Soleil, qui rêvait depuis son enfance de se vêtir en fille. Se confrontant aux codes de son rang, il renonça alors à son désir de travestisme [24].

Malgré tout, il assumait ses préférences sexuelles envers les hommes en ayant des amants. Lors de bals masqués ou de carnivals, il put assouvir son désir de travestisme [26, 27].

c) Du XIX^{ème} siècle à nos jours

Au XIX^{ème} siècle, les mondanités parisiennes voient émerger, peu à peu, des personnes dites « hors-normes ». Nous retrouvons, dans certains récits de l'époque, le destin extraordinaire de Mademoiselle Henriette Jenny Savalette de Lange : c'est uniquement lors de sa toilette mortuaire, que la société apprit qu'il ne s'agissait en réalité, pas d'une femme mais d'un homme [24].

Le 7 novembre 1800, on retrouve une ordonnance de police spécifiant que les femmes ne sont pas autorisées à porter une vêtue masculine (pantalon par exemple), trop représentatif du genre masculin, excepté sous dérogation spéciale de la Préfecture. Dans le cas d'une transgression à la règle, les femmes se voyaient attribuer une amende et une peine d'emprisonnement de moins de 5 jours [28].

En 1838, le premier cas de transidentité fut décrit par le docteur Jean Esquirol. Il énonce le cas d'un homme qui se sentait femme. Dans la même lignée, plusieurs scientifiques allemands : Ulrichs, Von Krafft-Ebing et Weininger posèrent les bases d'une approche théorique des personnes transgenres [24].

La médecine eut alors un intérêt de plus en plus important pour la question des troubles identitaires. Les situations dépassèrent l'avancée médicale. Les capacités d'assurer les soins, auprès de ces personnes qui sortent de la « norme », sont infimes. Par conséquent, les exigences et besoins des personnes transgenres ne pouvaient être pris en compte. La situation de ces personnes vira au drame, certaines sombrèrent dans la folie, furent internées ou mirent fin à leur jour, du fait de l'absence de réponses médicales [15].

À la moitié du XIXème siècle, la pression religieuse fut encore très lourde pour les personnes dont le genre n'était pas bien déterminé à la naissance.

En 1860, Karl Heinrich Ulrich propose une division de l'humanité en 3 catégories : les femmes, les hommes et les uraniens. C'est en voulant défendre la cause des homosexuels que ce juriste posa indirectement la future définition des personnes transgenres. Il différençia le terme sexe psychologique du terme anatomique [15, 29].

Il faudra alors attendre 1912 pour l'invention du terme « transsexualisme », définie par Magnus Hirschfeld médecin et sexologue berlinois. Ce dernier fit le témoignage d'un premier traitement chirurgical avec Dora, décrit en deux phases : une mastectomie¹ en 1918 suivie en 1921 d'une pénectomie² [20].

¹ Mastectomie : ablation des glandes mammaires.

² Pénectomie : ablation chirurgicale du pénis.

La transsexualité commença, alors, à être prise avec plus de sérieux et passe du statut de délit à celui de maladie !

En 1949, le psychiatre David Olivier Cauldwell reprit le terme pour décrire le cas d'une jeune fille dont le désir était de devenir de sexe masculin. À cette époque, il s'agira d'une pathologie rattachée à la catégorie des perversions sexuelles [26].

C'est lors d'une conférence à la New York Academy of Medicine en 1953, que Harry Benjamin définit le terme « transsexualité ». Il le définit comme l'expression symptomatique de « la désassociation entre la sexualité mentale et physique » et non plus comme une psychose ou une perversion [20, 29].

La « gravité » du terme transsexualisme fut atténuée du fait que ce terme définissait essentiellement un trouble de l'identité [30].

Dans cette même période, George Jorgensen (plus communément connu sous le nom de Christine Jorgens) de nationalité américaine, fit son apparition dans le New York Daily New, et sa situation la rendra, d'ailleurs, célèbre. À la fin de son service militaire lors de la Seconde Guerre Mondiale, elle ne se considère pas plus homme qu'homosexuel.

C'est au Danemark, qu'elle prendra un traitement hormonal de sa propre initiative afin de « devenir » une femme. Christine fit alors la rencontre du Docteur Hamburger qui réalisera la première transformation complète. Ses traitements hormonaux, chirurgicaux et psychiatriques vont durer 2 ans [15, 31] .

Lors de son retour, la société ne va pas s'abstenir de la critiquer du fait qu'elle n'est ni une « hermaphrodite » ni un « faux » homme. Les docteurs l'encouragèrent et lui apportèrent leur soutien afin qu'elle puisse assumer la personne qu'elle désirait être. Lorsque la question lui fut posée, à savoir si elle était réellement une femme, Christine répondit : « Chaque personne est en fait un peu des deux à des degrés différents. Je suis plus une femme qu'un homme » [31].

Cette révolution du changement de sexe provoqua un grand nombre de tensions au XXème siècle. Après la diffusion de ces événements dans les journaux, les médecins ont commencé à différencier le transsexualisme, du travestisme et de l'homosexualité [32].

En France, nous avons pu retrouver un cas similaire avec Coccinelle. Célèbre danseuse de cabaret, elle fut opérée par le professeur Burou à la clinique du Parc de Casablanca. Il faut savoir qu'en France à cette époque, le Conseil de l'Ordre des Médecins excluait les prises en charge thérapeutiques des personnes transgenres [32].

Lors de son retour en France en 1958, elle fut accablée de moqueries et d'injures. À son mariage en 1960, soit 2 ans après son changement de papier d'identité, elle fut à l'origine d'un engouement contre les personnes transgenres. Les avancées juridiques sont amenées, par conséquent, à revoir leurs positions.

Nous pouvons constater malgré tout, qu'en 1958, la société française demeure encore réfractaire dans l'acceptation des personnes transgenres.

En 1955, le concept de genre fit son apparition grâce à John Money. Il va alors faire la distinction avec le « sexe ». Selon lui, le genre est relié à la culture et au social tandis que le sexe est en relation avec l'anatomie et la biologie [32].

Robert Stoller, psychiatre et psychanalyste américain, reprend alors les propos de John Money, en spécifiant que le sexe est mâle ou femelle tandis que le genre est féminin ou masculin. Il développe, en 1964 le concept de l'identité de genre qui sera repris par les personnes transgenres et le Droit [32].

1979 est une année importante pour la France. Il s'agit de la première opération officielle réalisée par le professeur Banzet. Le Conseil de l'Ordre des Médecins instaura alors un protocole de soins avec trois médecins experts : un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien. Pour les thérapeutes en charge des patients, la psychothérapie reste l'aide la plus élaborée [15].

C'est donc dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-1 et DSM-2) que nous retrouvons le terme « travestissement ». Il faudra attendre l'année 1980 pour que le terme transsexualisme apparaisse dans la catégorie des troubles psychosexuels de la DSM-3 [15]. La transsexualité est alors mentionnée dans un protocole psychiatrique.

Dans les années 1985, pour intégrer le parcours de soins, l'avis du psychiatre aura toute son importance afin de bénéficier d'une prise en charge chirurgicale et endocrinienne. Les hommes et les femmes transgenres ne voient pas d'un bon œil cette psychiatrisation du fait qu'ils ne se considèrent pas atteints de maladies psychiques. Cette catégorisation en éloignera plus d'un, en raison du parcours humiliant et long.

Lors de la révision de la DSM-3 en 1987, les transsexuels passèrent de la catégorie des troubles psychosexuels à la catégorie des troubles sexuels pour finalement être classés dans la dysphorie de genre en 2008 dans la DSM-4 [33].

Dans la version française de la DSM-5 publiée en 2015, le transsexualisme fut remplacé par le terme transgenre dans la catégorie dysphorie de genre. Cette dernière fait une distinction entre l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Contrairement à la version précédente, ici, on se concentre plutôt sur la dysphorie comme étant un problème clinique plutôt que sur la recherche de l'identité en soi [34].

Dans la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en Mai 2019, on ne considère plus la transidentité comme une maladie mentale. Les personnes transgenres ou transidentitaires sont alors classées dans la catégorie « incongruence de genre ». L'OMS a dépsychiatrisé la transidentité en la retirant des « troubles mentaux et du comportement ». Elle souhaite alors améliorer les conditions d'accès aux soins pour ces personnes mais, également réduire la stigmatisation sociale associée à la diversité de genres en vue de diminuer les violences, psychologiques, physiques et morales [35–37].

Nous constatons que la transidentité n'est pas un fait récent. Ce mouvement était finalement connu depuis des millénaires sous d'autres définitions et appellations.

De nos jours, les figures transgenres sont de plus en plus présentes dans notre société grâce au progrès de la science, de la justice ainsi que du contexte social. En effet, les personnes transgenres sont passées d'une définition figée et psychiatrisante à une reconnaissance plus ouverte des expériences de genre des individus.

3. Étiologie des personnes transgenres

Tout d'abord, nous retrouvons deux grands types de personnes transgenres : les FtM (female to male) et les MtF (male to female)³.

De nos jours, l'étiologie sur l'incongruence de genre demeure encore inconnue et variée. Des études en neuro-imagerie montrent des changements au niveau anatomique et fonctionnel entre le cerveau féminin et masculin, qui s'appliquent aux cellules cérébrales.

Les hypothèses actuelles biologiques reposent sur 3 axes : le développement cérébral atypique, l'imprégnation hormonale altérée et le polymorphisme génétique. Ces axes vont se développer lors de 3 étapes critiques : la période prénatale, l'enfance entre 2 et 4 ans ainsi que la puberté [38].

Lors du développement cérébral, plusieurs étapes complexes se déroulent lors de la gestation. La présence de la testostérone ou l'absence de celle-ci lors de la première moitié de la grossesse, entraîne le développement des organes génitaux, féminins ou masculins. C'est seulement après la différenciation des organes génitaux que la différenciation sexuelle par le cerveau sera effective lors de la deuxième moitié de grossesse [39].

Selon l'étude de Luders et Toga (2010), le volume total du cerveau et de l'amygdale est supérieur chez les hommes et les FtM. A contrario, le cerveau cortical et l'hippocampe sont plus importants chez les femmes et MtF [40].

L'étude de Rametti, Carrillo B et Gómez-Gil (2011), montre que la substance blanche du corps calleux, reliant les hémisphères droit et gauche chez les FtM disposent d'un pattern de microstructure de matière blanche, avant leur traitement hormonal plus semblable à celui des hommes, qu'à leur sexe de naissance [41].

³ Male to Female = transition du genre masculin vers le genre féminin = femme transgenre.
Female to Male = transition du genre féminin vers le genre masculin = homme transgenre.

Au niveau des noyaux sous corticaux, le volume de la subdivision centrale du noyau du lit de la strie terminale (BSTc) qui fait partie du système limbique et joue un rôle dans le comportement sexuel, est diminué chez les femmes et les MtF [41]. A contrario, le volume est plus important chez les hommes et FtM. De plus, le Noyau Interstitiel de l'Hypothalamus Antérieur 3 (INAH3), et le noyau dimorphisme sexuel dans l'hypothalamus antérieur sont plus gros et riches en neurones chez les hommes et les FtM. Ils sont en connexion avec la BSTc, jouant alors un rôle sur l'identité sexuelle et le comportement sexuel. La BSTc et l'INAH3 se développent de manière atypique durant la période périnatale chez les personnes transgenres [38, 42, 43].

Le putamen semble également similaire à l'identité de genre des personnes transgenres. Cependant, certaines études ont constaté des résultats contraires chez les hommes et les femmes transgenres [44–46].

D'après une étude de Cohen-Kettenis et al en 1998, nous constatons que la latéralisation cérébrale est moins importante chez les MtF par rapport aux hommes. De plus, les MtF ont de meilleurs résultats sur les exercices du langage avec une féminisation du comportement et de structure cérébrale [38].

La complexité de l'activité neurale chez les hommes et les femmes transgenres démontre des résultats contradictoires. Il ne faut pas seulement prendre en compte l'aspect biologique mais, un ensemble de facteurs de prédisposition anatomique et fonctionnelle modulant les facteurs psycho-sociaux et culturels et inversement.

L'organisation anatomique et fonctionnelle du cerveau est modifiée suite à l'apprentissage de croyances culturelles et comportementales grâce à la neuroplasticité et leurs interactions. L'organisation du cerveau, la culture et le comportement sont en perpétuel remaniement, ce qui influence l'ontogenèse humaine afin d'adapter les valeurs, le style de vie et les comportements à sa propre identité de genre [47].

Les facteurs parentaux et familiaux ont aussi un impact dans le développement. Le désir des parents d'avoir un enfant avec une préférence pour le sexe va avoir des

répercussions sur le développement de ce dernier. En effet, l'enfant s'adapte au rôle sexuel dans lequel il est éduqué même si son sexe génétique est différent [39, 48].

De plus, nous avons des hypothèses sur la composante héréditaire et l'exposition chimique prénatale. Effectivement, l'exposition à certains anti-épileptiques pourrait avoir un impact sur le niveau d'hormones stéroïdiennes et de ce fait, sur la différenciation sexuelle [49, 50].

Au cours de leur vie, les femmes et les hommes transgenres vivent des changements dans leur mode de vie en raison de la relation étroite entre la culture, le cerveau et le comportement. Leurs cerveaux s'adaptent et modifient alors leurs fonctionnements et leurs constructions personnelles.

Pour conclure, malgré les différentes études biologiques effectuées, l'étiologie des personnes transgenres reste encore méconnue et certaines études se contredisent.

II. L'état des lieux des personnes transgenres en France

1. Prévalence

Aujourd'hui, nous ne connaissons pas exactement la prévalence des personnes transgenres en France. Effectivement, les estimations sur la prévalence sont dépendantes de la précision du vocabulaire de chacun pour définir une personne transgenre. Selon la DSM-4, le sexe ratio est de 3 MtF pour 1FtM soit 1/30 000 MtF et 1/100 000 FtM [4].

À la lecture d'une publication de la Société Française de Prise en Charge de la Transidentité (SoFECT) en 2010, 1229 patients suivis par des praticiens protocolaires ont été répertoriés [51]. Les dernières estimations des personnes transgenres en France en 2016, sont de 15 000 selon l'association ORTrans⁴ [52].

⁴ Objectif Respect Trans.

2. Les protocoles français

Actuellement, en France, pour bénéficier de l'accès aux parcours de transition, les hommes et les femmes transgenres doivent passer soit par le « parcours officiel, public », soit par le « parcours privé alternatif ». Les équipes « officielles » sont fédérées au sein de la SoFECT. Il s'agit d'une association française nationale de professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes qui présentent une dysphorie de genre [51, 53].

En juillet 2010, est créée la SoFECT en réaction au rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2009 qui préconise la création d'équipes de référence hospitalière [54]. L'équipe « officielle » est une équipe de médecins qui travaillent ensemble en milieu hospitalier public permettant aux personnes transgenres de réaliser leur transition. L'équipe est composée de psychiatres, d'endocrinologues, et de chirurgiens. On compte actuellement 9 équipes de la SoFECT en France :

- Bordeaux
- Brest
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nice
- Paris
- Strasbourg

Afin d'harmoniser leurs techniques, la SoFECT a réparti la procédure en 6 étapes pour les personnes demandant une transformation hormonale et chirurgicale.

La 1^{ère} effectue une évaluation psychiatrique afin de faire un diagnostic différentiel. Ce diagnostic va permettre de différencier la transidentité de maladies qui pourraient en épouser les contours. A l'issue de ce diagnostic, est délivré un certificat psychiatrique qui atteste des « souffrances » de l'identité de genre de la personne [55].

La 2nd concerne la confirmation collégiale d'éligibilité à la demande de traitement hormonal lors de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ainsi que les modalités de prise en charge. La phase d'évaluation du patient en demande de transition hormonale et chirurgicale dure entre 6 mois à 12 mois environ. Avant d'avoir accès au Traitement Hormono-Chirurgical (THC), les personnes transgenres doivent faire un « real-life test » ou expérience de vie réelle. Ils doivent progressivement vivre dans le rôle du genre désiré lors de leurs activités quotidiennes, sociales et professionnelles. Ils doivent également montrer leurs intégrations sociales dans ce rôle. Cette période est très contestée car, selon les associations, elle met les hommes et les femmes transgenres en situation de discrimination.

La 3^{ème} étape concerne l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante avec un accompagnement des transformations qui en découlent. Les examens cliniques et interrogatoires, réalisés par les endocrinologues, vont permettre de dépister d'éventuelles anomalies en lien avec la différenciation sexuelle, ce qui peut nécessiter une adaptation médicale ou une contre-indication à l'hormonothérapie. Le THC ne peut être prescrit seulement qu'après la validation collégiale d'une RCP.

L'étape suivante concerne la confirmation collégiale d'éligibilité à la demande d'un traitement chirurgical avec les modalités de prise en charge.

La 5^{ème} étape est le temps de la transformation chirurgicale. Dans le parcours de soins, la chirurgie de réassignation intervient habituellement 2 ans après le début du parcours de soins. Celle-ci n'est généralement pas menée avant que le patient n'ait vécu dans le rôle souhaité.

La dernière étape concerne le suivi post opératoire [15, 51, 54].

Nous mentionnerons l'existence « d'équipes privées ». Les personnes transgenres ont la possibilité de faire leur propre choix sur les équipes professionnelles de santé avec lesquelles elles souhaitent être suivies. Ces dernières vont permettre au patient de progresser à leur propre rythme tout en ayant la possibilité de changer de médecin, si cela s'avère nécessaire. À ce stade, il est impératif de faire la demande d'affection de longue durée dès le début car les praticiens ne sont pas tous affiliés au régime conventionnel contrairement aux équipes officielles [55].

Avec l'augmentation de l'utilisation d'internet et des réseaux sociaux, les personnes transgenres s'informent et communiquent sur les noms des praticiens avec le partage des avis et éventuellement des photos de leurs résultats. C'est un moyen pour eux de se créer un répertoire de contacts concernant les équipes privées.

3. L'affection de longue durée

Depuis le décret n°2010-125 du 8 février 2010, le transsexualisme fait partie de l'Affection de Longue Durée 31 (ALD 31) : les affections dites « hors-listes ». Ce texte a permis la suppression de l'admission au titre de ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée) [56]. Les femmes et les hommes transgenres ne sont plus remboursés pour cause de « maladie psychiatrique ». La « dé-psychiatisation » se met alors en place.

On retrouve dans les ALD 31, les pathologies sévères de formes évolutives et invalidantes qui ne sont pas inscrites dans les ALD 30⁵. Elles disposent d'un traitement prolongé, d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et d'une thérapeutique particulièrement coûteuse.

L'ALD permet d'être exonéré du ticket modérateur. En ce sens, il est possible de se faire rembourser l'intégralité du tarif conventionnel par l'assurance maladie. Le taux de remboursement est de 100% pour les soins médicaux en rapport avec une transition. Ceci dit, cette exonération correspond au tarif établi par la sécurité sociale

⁵ ALD 30 = Affection inscrite sur la liste, établie par un décret, pour les affections comportant un traitement prolongé et une thérapie coûteuse.

et ne concerne pas les 100% des frais réels. De ce fait, les dépassements d'honoraires sont à la charge du patient. Il existe une durée limite pour l'ALD, il est nécessaire d'effectuer une demande de renouvellement [57]. Cette demande doit être faite par le médecin traitant lorsqu'il établit le protocole de soins. Ce dernier doit inscrire, sur le protocole de soins, les motifs de la demande ainsi que les soins en rapport avec le changement de sexe. L'ALD peut également prendre en charge les transports pour se rendre sur le lieu d'intervention.

Si les personnes transgenres suivent un parcours dit « privé », elles font le choix de leur propre équipe médicale. Elles doivent alors faire des demandes d'accord préalable d'acceptation de remboursement auprès de la Sécurité Sociale. Pour les hommes et les femmes transgenres concernés par un parcours « officiel » de la SoFECT, l'équipe hospitalière fonctionne avec l'ALD [58].

4. L'accompagnement juridique

a) Le changement d'état civil

Sous le gouvernement du Président François Hollande, la loi n°2016-1547 article 56 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle, est votée. Elle définit la possibilité de modifier son état civil sans avoir subi des interventions chirurgicales génitales de stérilisation et ou de réassignation ainsi que de traitement hormonal féminisant et masculinisant. Cette loi est une réelle avancée pour les droits des personnes transgenres. Elle démedicalise la procédure en mettant fin à l'exigence de prouver un syndrome transsexuel et d'effectuer une transition incluant une ablation des organes génitaux, donc une stérilisation [59].

Nous assistons, ici, à la fin du recours obligatoire auprès d'un avocat pour effectuer cette demande [60].

Pour la mention du sexe, la demande doit être exécutée au Tribunal de Grande Instance. En temps normal, il n'est pas nécessaire de présenter des preuves de traitements médicaux ou chirurgicaux. Cette demande ne peut être faite que si la personne est majeure. La personne doit démontrer que le sexe indiqué sur l'état civil

actuel ne correspond pas à celui sous lequel elle se présente. La demande est formée par une requête remise ou adressée aux greffiers.

Cet écrit ne peut être rédigé uniquement que par la ou le requérant(e) ou par un avocat qu'il / qu'elle aura missionné(e). Des pièces justificatives sont demandées [61]. Par la suite, le juge se prononce ou bien organise une audience.

b) Le changement de prénom

Pour le changement de prénom, la demande se fait à la mairie du lieu de résidence ou de naissance, auprès de l'officier d'état civil. La transition physique n'est pas obligatoire. C'est l'article 60 du Code Civil qui permet ce changement. Cette demande se fait en apportant les documents officiels demandés [62].

c) La carte d'assurance maladie

Les démarches de modification du premier numéro de la sécurité sociale ainsi que du prénom se réalisent par le biais d'une demande écrite, de la présentation du jugement rendu mais aussi de l'acte de naissance modifié auprès la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Dans le cas d'une femme transgenre, le numéro 1 devient 2 et inversement [63].

5. La transition hormonale et chirurgicale

a) Les traitements hormonaux féminisant et masculinisant

En fonction du parcours choisi par les personnes transgenres, le traitement hormonal peut être long à mettre en place, voire même impossible. Elles peuvent aussi choisir de ne pas accéder au Traitement Hormonal Substitutif (THS) avec une ordonnance médicale. Pour pallier à ce refus, elles peuvent être amenées à acheter des hormones sur le marché clandestin. Ce procédé induit des mauvaises posologies, des « marques » d'hormones qui changent constamment [64].

La prescription du THS en parcours privé ne suscite pas forcément un avis du psychiatre. Le THS est adapté à chaque patient en tenant compte de divers facteurs.

Ce traitement est pris à vie. Les changements physiques se font rapidement au cours des deux premières années. Le traitement hormonal n'est pas sans conséquences pour leurs corps. Il est important d'avoir un suivi médical afin de pouvoir déceler les contre-indications aux THS, ou même d'adapter le traitement tout au long de la transition. Les hormones de genre viennent remplacer les hormones d'origine. Dans un premier temps, un bilan sanguin et hormonal est réalisé [4, 51, 65].

- Les hormones masculinisantes FtM : [4, 51, 65]

La plus connue est la testostérone. La testostérone aide à développer les caractères sexuels secondaires. Les effets les plus rapides sont repérés au niveau du développement de la pilosité et de la mue de la voix avec un épaissement des cordes vocales créant une tonalité rauque. Ces deux effets sont définitivement acquis. Nous notons également une hypertrophie du clitoris et une atrophie vaginale mais aussi une modification de la peau avec de l'acné, la répartition des graisses et une diminution du volume mammaire. La musculature se développe, la libido augmente.

Les effets indésirables les plus connus, concernent l'augmentation de la tension artérielle, de la température corporelle et du métabolisme.

La testostérone peut se prendre par :

- Injection intramusculaire, qui est la plus courante en France et la moins toxique pour le foie.
- Par voie orale : celle-ci est moins prescrite car la virilisation est moins importante.
- Par voie transdermique (sous forme de gel, de patch).

Certaines pharmacies refusent de délivrer des androgènes⁶ sans la présence d'ordonnance originale de la part d'un spécialiste en endocrinologie, en urologie ou en gynécologie. En effet, la prescription d'androgènes par un médecin généraliste peut être perçue à des fins de dopage.

- Les hormones féminisantes MtF : [4, 51, 65–67]

Les plus connus sont les œstrogènes auxquels peuvent être ajoutés des progestérones. Il est possible de prendre aussi des anti-androgènes⁷ tels que l'acétate de cyprotérone, qui ont des effets de « dévirilisation ». Ce traitement a des effets sur la diminution de la pilosité, néanmoins il est possible qu'il ne soit pas suffisant. De ce fait, il nécessite fréquemment un traitement complémentaire par séances de laser. Ces dernières ne sont pas forcément prises en charge par la sécurité sociale.

Le THS permet de développer et de maintenir les caractères sexuels secondaires, comme la peau plus fine, moins grasse et plus élastique. Les traits du visage sont légèrement plus adoucis. Une répartition des graisses, une légère diminution de la masse musculaire et une croissance de la poitrine sont repérables. L'augmentation du volume mammaire étant souvent jugée insuffisante selon les femmes transgenres, nécessite bien souvent la mise en place de prothèses mammaires. Nous notons une modification du timbre de la voix qui est généralement renforcée par des séances d'orthophonie.

Au niveau de l'organisme, la tension artérielle et les dépenses énergétiques diminuent. La taille du pénis et des testicules diminuent, les érections et la libido sont moindres. Il est possible d'avoir une hausse de l'émotivité. Les effets repérés sont moins spectaculaires que pour les FtM avec une prise de Testostérone.

Les principales complications du THS MtF sont les accidents thrombo-emboliques.

⁶ Hormone naturelle ou médicamenteuse, comme la testostérone, qui provoque de caractères sexuels masculins.

⁷ Permettent de réduire les effets des androgènes.

Il est possible de prendre les œstrogènes par :

- Voie transdermique (en patch ou en gel) afin d'éviter les risques de thrombose veineuse.
- Voie orale : chez les personnes plus jeunes et en bonne santé.
 - Les bloqueurs de puberté : [4, 65]

Ils permettent de « bloquer » la puberté en empêchant l'apparition des caractères sexuels secondaires comme la modification corporelle, la pilosité ou même la mue de la voix. Les bloqueurs ont une action réversible. Ceci dit, si la prise vient à être interrompue, les effets de la puberté reprennent là où ils avaient été stoppés.

Les traitements les plus fréquents sont des analogues de la GnRH⁸. C'est une hormone responsable de la sécrétion de l'Hormone Lutéinisante (LH)⁹ et de l'Hormone Folliculo-Stimulante (FSH)¹⁰.

Lorsque la GnRH est donnée à forte dose, alors, elle inhibe la sécrétion de LH et de FSH. Ce surdosage entraîne un arrêt de la stimulation des ovaires ou des testicules et par conséquent, l'arrêt de la production d'hormones sexuelles.

Ce traitement permet aux jeunes de ne pas « subir » la puberté. À partir de 16 ans, ils peuvent alors choisir quelle THS ils souhaitent prendre.

⁸ Gonadotropin-Releasing Hormone : neurohormone produite par les neurones dans l'hypothalamus.

⁹ LH a un rôle dans le cycle ovarien et il stimule les cellules de Leydig qui sont à l'origine de la sécrétion de Testostérone.

¹⁰ FSH intervient dans la formation des spermatozoïdes et dans la maturation des follicules ovariens.

b) *La chirurgie de réassignation sexuelle*

La chirurgie de réassignation sexuelle a pour but de mettre le morphotype en conformité avec l'identité sexuelle désirée. Cette intervention n'est pas obligatoire, certaines personnes transgenres la réalisent en complément de la prise d'hormones.

Deux types de chirurgie sont alors associés : la chirurgie reconstruction et la chirurgie ablative. Les opérations de réassignation ne sont pas sans danger. Des risques opératoires et post-opératoires existent [4].

Juridiquement, une opération de changement de sexe peut se faire à partir de 18 ans. Par contre, la mastectomie est possible à partir de 16/17 ans en fonction des chirurgiens.

En France, pour les hommes et les femmes transgenres suivis par une équipe officielle, la chirurgie de réassignation sexuelle est possible seulement après l'accord de l'équipe pluridisciplinaire. La durée significative avant d'avoir accès à la chirurgie génitale est estimée à 2 ans. Dans la mesure où le temps d'attente peut être plus ou moins long, certaines personnes transgenres décident de se faire opérer à l'étranger comme en Thaïlande ou au Canada.

Selon une étude de l'INSERM (2011), 66,4% de personnes transgenres ont effectué au moins une opération de chirurgie génitale à l'étranger et 23,7% ont déclaré des complications post-opératoires [8].

- Pour les FtM on retrouve : [4, 13, 68, 69]

***La mastectomie ou la torsoplastie** : cette chirurgie du torse consiste à retirer la partie du tissu mammaire avec l'excédent de peau, à repositionner les tétons et diminuer la taille des aréoles et la longueur des tétons.

***L'hystérectomie** consiste à enlever l'utérus, les ovaires, les trompes et le col de l'utérus.

***La phallopoïèse** fait souvent suite à l'hystérectomie pour la création d'un pénis. Généralement, c'est une greffe à partir d'un lambeau de peau que l'on prélève de l'avant-bras. La fabrication des testicules intervient après la phallopoïèse et peut être accompagnée d'une pose d'implants rigides dans le pénis ou d'implants gonflables.

***La métadioplastie** : c'est un type de phallopoïèse ne nécessitant pas le transfert d'un autre tissu du corps. Cette intervention consiste à créer une verge à partir du clitoris qui est hypertrophié par la prise de testostérone. Cet organe est libéré en sectionnant les tissus et les ligaments qui le retiennent au corps. Le scrotum est formé à partir des grandes lèvres. Des implants testiculaires peuvent être ajoutés en même temps.

- Pour les MtF : [4, 13, 51, 68, 69]

***L'orchidectomie** est un acte chirurgical qui consiste à une ablation des testicules ou à suturer le cordon spermatique.

***La pénectomie** est définie par l'ablation des corps caverneux et d'une partie des corps spongieux du pénis. Le reste du corps spongieux ainsi qu'une partie du gland sont préservés pour effectuer la clitoridoplastie.

***L'aidoiopoïèse**, vulgairement appelée la vaginoplastie, consiste à réaliser une orchidectomie et une pénectomie et à créer un néo-vagin. C'est une nouvelle cavité vaginale qui est tapissée par le retournement de la peau pénienne avec des associations de greffes de peau totale. Les parties extérieures du scrotum sont utilisées pour créer les grandes lèvres. Quant au clitoris, il est formé par la partie dorsale du gland, tout en préservant les nerfs impliqués dans la sensibilité érogène.

***La clitoridoplastie** est la création d'un néo-clitoris sensible.

***La mammoplastie** est envisagée lorsque le traitement hormonal n'est pas suffisant pour le développement mammaire. Par souci esthétique, les femmes transgenres ont recours aux implants mammaires par actes chirurgicaux.

***La réduction de la pomme d'Adam** et la modification de la voix sont effectuées par l'intermédiaire de techniques chirurgicales ou phoniatriques. L'effectif des personnes transgenres concernées par cet acte chirurgical demeure faible, acte qui consiste à un rapprochement cricothyroïdien qui est parfois associé à une chirurgie thyroéoplastique.

***La chirurgie de féminisation faciale**, modifie les traits masculins en les rendant plus proches en taille et en forme aux visages féminins. Différentes chirurgies sont possibles comme la rhinoplastie, l'augmentation labiale, la réduction des bosses frontales, la résection des angles mandibulaires.

c) *Entre retour à son genre initial et regrets*

Après une opération de réassignation, les regrets sont rares mais peuvent, malgré tout, être présents. Il en est de fait que les résultats chirurgicaux ne relèvent pas du domaine de la magie. C'est pour cela que les résultats ne doivent pas être fantasmés mais réfléchis [70].

III. Le modèle bio-psycho-social dans la prise en charge en masso-kinésithérapie

Engel (1977) dénonce le modèle biomédical qui ne prend pas en compte les dimensions psychologiques, sociales et comportementales lors de la prise en charge des personnes. C'est alors et depuis 4 décennies que le modèle bio-psycho-social s'installe dans nos prises en charge [71].

Effectivement, lors de la phase de transition, des douleurs physiques et psychologiques sont présentes. Ces dernières sont également en relation avec une prévalence plus élevée de dépression par rapport à la population cisgenre. La dépression reste un facteur psychologique généralement associé à des douleurs chroniques [72, 73].

L'accompagnement en masso-kinésithérapie intervient alors, dans un schéma bio-psycho-social. Ce schéma va nous permettre de comprendre les différents facteurs qui influencent l'état de santé des personnes transgenres [74].

Nous devons donc prendre en compte les aspects somatiques, le contexte social et tenir compte des expériences antérieures des hommes et des femmes transgenres lors d'une prise en charge en masso-kinésithérapie.

1. Le rapport biologique chez les hommes et les femmes transgenres

« Dites-moi, d'où tenez-vous que vous êtes un garçon ? Ben, c'est dans mon cerveau c'est dans mes gestes, c'est moi, c'est, c'est... je le sais, quoi (...) Je voudrais bien être, enfin, ce que je suis, quoi parce que ça pèse, c'est trop lourd, j'en ai marre, je ne peux plus rester comme ça ... » Anonyme cité par Frignet (2000) [75].

a) *Le corps réel*

Le corps réel est le corps tel qu'il existe, dépendant de l'hérédité et modulé par le temps et les agressions du milieu. La transition va changer de façon fondamentale le corps réel. Le regard sur celui-ci permet une prise de conscience face à la perturbation de l'image corporelle. Lorsque le corps réel se modifie il existe une certaine durée avant que l'image corporelle change, créant alors des perturbations [19, 76].

b) *Vers un corps en transition*

Depuis la fin des années 1980, nous entendons des témoignages dans les médias comme : « Je suis un homme enfermé dans un corps de femme » ou le contraire, « Je suis né(e) dans le mauvais corps », « C'est une erreur de la nature » [19, 77].

Cependant, il s'agit des normes et des catégories sociales qui nous définissent comme « femme » ou « homme ». Les premières pressions sont subies lors de l'enfance avec des expressions comme « Tu es une fille manquée », « Tu es un

garçon manqué », donnant alors une obligation de rentrer dans une normalité en oubliant ce corps qui ne leur correspond pas [77].

Lors de l'adolescence, les personnes transgenres parlent d'une trahison de leur corps lors de l'apparition des caractères sexuels secondaires, comme l'apparition de la poitrine, les premières menstruations, l'apparition de la pilosité ou encore des premières érections. Elles comprennent alors que leur corps ne sera donc pas en adéquation avec leur genre désiré. Effectivement, le rapport au corps demeure complexe chez les hommes et les femmes transgenres [15].

Certain(e)s parlent d'un éloignement du corps, d'un corps ne transmettant pas le bon message et même d'un dégoût envers lui. Ce dégoût est si important que certains mutilent leur corps. En mutilant leur corps, les personnes transgenres espèrent faire disparaître leur mal-être qui est omniprésent. Elles souhaitent faire disparaître les parties de leurs corps qu'elles ne supportent plus comme la poitrine, les testicules, le pénis.

Le désir de vivre dans un autre genre et corps devient alors vital. Il ne s'agit plus d'un simple choix, pour nombre d'entre eux, il s'agit de faire une transition hormono-chirurgicale ou de mourir [8, 78].

Les hommes et les femmes transgenres ont alors recours à des interventions médicales afin d'avoir un corps en adéquation au genre souhaité [73].

c) *Vers une métamorphose du corps*

Du préfixe « *méta* » venant de l'ancien grec et signifiant « au-delà, après », « la succession », « le changement », « la transformation ». Et « *morphose* » venant également de l'ancien grec « *mórphôsis* » signifiant « la mise en forme », l'action de prendre et de donner forme.

L'origine du terme « métamorphose » apparaît en 1530, signifiant « le changement de forme, de nature ou de structure si importante que l'être n'est plus reconnaissable »[10–12].

L'état de mal-être implique chez la plupart des personnes transgenres, une métamorphose. Cette métamorphose s'effectue sur du long terme afin d'avoir une adéquation entre ce que la personne ressent intérieurement et extérieurement [20].

Lors de cette métamorphose, le corps des personnes transgenres change de forme. Cette métamorphose passe la plupart du temps par une phase d'hormonothérapie féminisante ou masculinisante, l'hormone étant une substance chimique permettant le changement morphologique en créant un remodelage corporel [20, 75, 79, 80].

Durant la phase d'hormonothérapie, il est possible que des passages de dépersonnalisation du corps apparaissent. L'accompagnement est alors d'autant plus important. Assurément, il permet une restructuration consciente pour diminuer les perturbations identitaires qui se traduisent par des douleurs somatiques.

Le changement morphologique musculaire est important surtout lors de la prise de testostérone pour les hommes transgenres. La composition corporelle se modifie afin d'être la plus proche de celle des hommes cisgenres. La masse musculaire, le tonus musculaire augmentent fortement et la masse grasseuse diminue contrairement aux femmes transgenres [81, 82].

Suite à cette métamorphose hormonale, le corps des personnes transgenres est en perpétuel mouvement. L'impact de ces changements, ainsi que la présence d'anxiété ou de stress, va induire des douleurs qui sont généralement localisées au niveau du dos, en association avec une modification de la posture [20].

Certaines personnes transgenres peuvent être amenées à utiliser, également, des orthèses pour remodeler leur corps : comme les prothèses péniennes (packy), des binders (bandage du torse) pour dissimuler la poitrine pour les FtM et des prothèses fausses poitrines pour les MtF [77].

d) *La transformation du corps*

De son préfixe « *trans* », emprunté au latin et signifiant « par-delà, au-delà de » et du suffixe « formation » tiré du latin « *formatio* » signifiant « l'action de former, la manière dont quelque chose se forme ou d'être formé ».

Le terme « transformation » venant alors du bas latin « *transformatio* » exprime « l'action de transformer » comme la transformation des matières premières, par exemple [10–12].

De nos jours, avec les avancées scientifiques et médicales, nous pouvons déterminer le sexe d'un embryon. De plus, les médecins peuvent également bouleverser l'apparence physique et sexuelle des personnes transgenres grâce à des techniques de chirurgie.

Certaines personnes transgenres ne prendront que des hormones pour moduler leur corps et d'autres souhaiteront transformer leur corps par des actes chirurgicaux [8].

Les actes de réassignation chirurgicale sont souvent compliqués, laissent des douleurs physiques et psychologiques et peuvent engendrer des complications secondaires. La transformation et l'ablation de certains organes ne sont pas anodines pour le corps des personnes transgenres. Cela consiste à transformer et à créer de nouveaux organes tout en laissant des cicatrices sur le corps des personnes transgenres [20].

Suite à ces opérations de réassignation comme l'orchidectomie, la pénectomie, la vaginoplastie chez les MtF et la mastectomie et la phallopoïèse chez les FtM, les personnes transgenres disent se sentir « libres ».

Il est primordial que les personnes transgenres acquièrent une bonne perception dans les nouvelles sensations et dans la représentation de l'image de leur corps. De même, il reste important d'accompagner les personnes transgenres pour le suivi des cicatrices d'ablation et de réassignation (néo-vagin, chirurgie fasciale) [79, 83].

En effet, la vaginoplastie entraîne de nombreux changements dans l'anatomie du plancher pelvien. Les MK interviennent, alors, dans une approche éducative en préopératoire afin d'identifier les parties qui pourraient gêner une récupération en post-opératoire. En post-opératoire, ils renseignent sur la fonction mais aussi sur l'anatomie du plancher pelvien et procurent des conseils sur la dilatation du néo-vagin. En effet, cette dilatation veut que la femme transgenre se familiarise mais aussi qu'elle comprenne cette nouvelle région anatomique. Ils vont également réduire les muscles qui sont jugés trop actifs au niveau du plancher pelvien [84].

Les possibilités d'avoir des anomalies du plancher pelvien est une part relativement importante en préopératoire pour les femmes transgenres. En effet, la plupart du temps elles évitent les toilettes publiques par crainte de discrimination. Aussi, l'incidence des abus de violences sexuelles est plus élevée pour les femmes transgenres que pour les femmes cisgenres, ceci représente un risque alors non négligeable [84].

La question du corps transformé touche la partie sociale mais aussi psychique.

2. Le contexte psychologique

« Il faut passer d'un regard qui dévisage à un regard qui envisage »

Jean Cocteau

a) Le corps idéal

Il s'agit d'une image mentale du corps, qui est rêvée. Ce corps idéal est influencé par les normes socioculturelles. Lors de la transition, ce corps idéal peut être en altération avec le corps réel, ce qui peut affecter l'équilibre physique et mental de la personne transgenre [76].

b) *Le schéma corporel*

Selon Lacan (1966) et Gallagher (2005), le schéma corporel est présent avant l'image du corps en raison de la capacité d'imitation que possède l'enfant [85]. Néanmoins, le schéma corporel reste encore, de nos jours, confondu avec l'image du corps.

Le schéma corporel est constitué d'informations plus ou moins conscientes du corps, par sa position dans l'espace ainsi que par la posture des différents segments corporels. En effet, ces informations résultent des entrées :

- Sensorielles extéroceptives (visuelles, auditives et tactiles)
- Proprioceptives (kinesthésiques et cinesthésiques)
- Intéroceptives (en provenance du système cardiaque, digestif, respiratoire et endocrinien)

Le déséquilibre entre les genres d'assignation et le vécu conduisent les personnes transgenres à avoir plus de difficultés à comprendre leurs propres perceptions intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives [85].

En effet, durant l'enfance, les femmes et les hommes transgenres modulent leur comportement de façon consciente et/ou inconsciente afin de s'éloigner de leur schéma corporel pour s'orienter vers une image de leur corps qui va correspondre aux attentes de la société. Par conséquent, leur compréhension face à leurs sensations intéroceptives et proprioceptives peut en être perturbée [85, 86].

Lors de la transition hormonale, il existe une perte de contact, de repère avec l'ancien schéma corporel sur lequel la personne transgenre s'est construite. Un écart est présent, notamment, lors des entrées sensorielles ressenties durant la locomotion et les sensations des changements du corps, lorsque la densité musculaire se modifie soit en s'épaississant avec la prise de testostérone ou en s'adoucissant avec les œstrogènes.

L'accompagnement lors de la modification de ce schéma corporel va faire que les sensations du corps, qui ne leur appartenaient pas, diminuent. La fluidité et la

coordination dans les mouvements changent, devenant en adéquation avec le genre ressenti. La personne devient alors plus « présente » à l'intérieur de son propre corps. On parlera de sensation intéroceptive dans le schéma corporel [87].

La modification des sensations extéroceptives comme la surface du corps, la modification de la peau, la répartition des graisses, influencent le genre. Ces modifications ne leur semblent pas en lien avec leur ancien schéma corporel mais s'adaptent afin de faciliter la réappropriation de leur corps, du nouveau schéma qui intègre les modifications de façon progressive. En effet, les personnes transgenres ont souvent du mal à s'approprier ces nouvelles sensations qui impactent l'image de leur corps lors de la transition [88, 89].

c) *L'image corporelle*

La « *psyché* » n'est pas forcément le reflet de la conformité physique mais semble se révéler non pas à une apparente confusion identitaire mais à une aspiration à vouloir devenir ce qu'ils veulent être.

Selon Cash et Pruzinsky (2002), cette perception est façonnée par la perception physique, par l'auto-observation et le regard des autres, par les expressions tactiles mais aussi par les représentations inconscientes qu'a la personne transgenre dans son cerveau [90]. Cette perception est en litige avec les caractéristiques physiques typiques de son genre de naissance. Ce passage peut provoquer des angoisses en lien avec leurs organes génitaux d'origine [79, 87–89].

Effectivement, les personnes transgenres développent une image du corps à partir d'un miroir projetant une incongruence de genre, en contraste avec le schéma corporel et le sentiment interne de la personne transgenre [91].

Selon Schilder (1950), l'image corporelle est la perception et la représentation inconsciente que nous faisons de notre corps comme un objet physique chargé d'affects [92]. Effectivement, le modèle postural du corps des personnes transgenres sera la base des attitudes émotionnelles envers le corps.

Lorsque cette représentation est perçue comme incongrue au genre de réassignation, alors, une mauvaise image du corps se dégage et s'aggravera lors de la puberté avec l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Il est du rôle du thérapeute de remplacer l'image négative qu'a la personne transgenre et de présenter au patient un miroir transformé positif tout au long de la phase de transition.

Au début de leur transitions, les personnes transgenres ont besoin d'être reconnues socialement. Elles ont besoin de crédibilité, d'être perçues comme femme pour les MtF et homme pour les FtM.

Les interventions homono-chirurgicales permettent à leurs corps d'être en adéquation avec les perceptions que les personnes ont dans leur cerveau. Ces perceptions physiques du corps sont en perpétuel mouvement lors de la transition. Cependant, il n'est pas obligatoire d'avoir recours à une chirurgie de réassignation pour se sentir femme ou homme, le travail sur l'image de soi a son importance et permet de réinvestir les structures cognitives [91].

3. La place des hommes et des femmes transgenres dans la société

a) *Pour être accepté(e) dans la société il faut être acceptable*

Malgré le fait que la transidentité soit de plus en plus abordée, le fait de ne pas se sentir en adéquation avec le genre assigné à la naissance a un réel impact social. Effectivement, les personnes transgenres vivent avec la peur du regard des autres, du regard de la société et l'angoisse d'être constamment jugées. Les personnes transgenres sont souvent rejetées du contexte familial. Les parents traduisent un sentiment de honte face à l'idée que leurs enfants puissent changer de sexe [93].

L'aspiration à se conformer à l'assignation sociale de genre provoque des dépressions, des tentatives de suicides et même des suicides.

Selon l'étude de l'HES/MAG¹¹ (2009), 34% de jeunes transgenres entre 16 et 26 ans ont déclaré avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours et 69% l'ont déjà envisagé. Nonobstant, 98% ont déclaré un mieux-être lorsque le parcours de transition de genre est commencé [94].

La partie la plus difficile à braver pour les personnes transgenres est la partie sociale. Effectivement, la métamorphose du corps ne se fait que progressivement. Par conséquent, les gestes et les interventions, les plus anodins comme prendre le bus, marcher dans la rue, présenter sa carte vitale, subir un contrôle d'identité, deviennent difficiles notamment lorsqu'il faut décliner leur identité. C'est à ce moment-là, qu'ils subissent le plus de violences et de discriminations [1].

b) Les discriminations

Différentes enquêtes ont montré une maltraitance et une stigmatisation dues aux conceptions normatives de la société, qu'elles soient sociales, médiatiques, médicales, institutionnelles. On parlera ici de « transphobie ». La transphobie est une discrimination faite sur les personnes transgenres [95, 96].

La loi française reconnaît, alors, les discriminations fondées sur l'identité sexuelle comme motif de discrimination depuis juillet 2012 [62].

À la suite d'une enquête d'Alessandrin et Espineira (2014), 85% des personnes transgenres disent avoir été victimes de transphobie aux cours de leur vie. Ils ont également analysé une transphobie plus importante chez les MtF avec plus de regards insistants sur le corps des femmes transgenres en transition [97].

Cette discrimination est également présente dans les parcours de soins. Plus de 40% de personnes transgenres sont limitées dans l'accès à des parcours de soins de peur d'actes ou de propos discriminants dont ils sont l'objet. 65% ont déjà eu le sentiment d'avoir été discriminées au cours de leurs entretiens avec n'importe quel professionnel de santé [98].

¹¹ HES : Homosexualité Et Socialisme (association).

MAG : Mouvement d'Affiliation des jeunes Gais, Lesbiennes, Bi et Trans (association).

Les conséquences des discriminations subies par les personnes transgenres les amènent à renoncer aux soins proposés qui leur sont pourtant nécessaires. Ils retardent, le plus possible, les consultations médicales bien souvent par anxiété et angoisse de devoir dévoiler certaines parties de leur corps.

Selon l'article L.1110-3 du Code de la santé publique (janvier 2018) : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins » [99].

Le rôle des professionnels de santé est, ici, primordial afin de favoriser l'accueil des personnes transgenres avec toute la bienveillance et le respect de leur genre. Effectivement, à mauvais escient, le mégenrage¹², peut s'avérer blessant pour la personne qui souhaite être socialement intégrée dans le genre qui est le bon pour elle [8].

IV. Matériel et méthode

1. La recherche d'articles et de références d'ouvrages

Cette recherche a débuté en février 2019 grâce à des équations simples et générales sur les moteurs de recherches comme « PubMed », « Cochrane » « Pépite », « Mendeley », « Lillocat » et « Kinédoc ».

2. Mots clés

Cette étude a été réalisée à l'aide de mots clés suivants : transsexualism (transsexualisme), transsexual (transsexuel), transgender (transgenre), gender (genre), transition (transition).

¹² Mégenrer : Le fait d'utiliser le mauvais pronom ou les mauvais accords en parlant d'une personne transgenre, par ignorance, oubli voir par méchanceté.

Nous avons, ensuite, croisé les mots clés avec gender dysphoria (dysphorie de genre), history and etyology (histoire et étiologie des transgenres), reassignment surgery (chirurgie de réattribution sexuelle), body schema and body image (le schéma corporel et l'image corporelle) physiotherapy treatment (traitement en kinésithérapie).

La traduction des termes français en anglais a été effectuée à l'aide du site MeSH et HeTOP. Cet outil nous a permis d'avoir une plus large recherche sur les sites anglophones.

3. La sélection des articles

Nous avons sélectionné nos articles suivant leurs pertinences par rapport à notre thématique. Nous avons renforcé notre recherche bibliographique grâce aux articles originaux.

En premier temps, nous avons lu le résumé afin de savoir si l'article était bien en corrélation avec notre étude, ce qui avait pour visée de nous apporter des connaissances supplémentaires ainsi qu'une aide dans la compréhension de notre sujet. L'article est alors entièrement lu. Nous n'avons pas limité la période de recherche car nous savions que nous n'aurions pas beaucoup de résultats si nous nous fixions une période bien définie.

4. Mémoire de réflexion

Ce travail étant principalement un mémoire de réflexion, il n'a pas été aisé d'acquérir des données de la littérature à haut niveau de preuve. Il est vrai que le manque de données sur la transidentité nous a permis de retrouver seulement que deux articles mettant en relation les personnes transgenres et la masso-kinésithérapie. Ce sujet est donc uniquement empirique, il se fonde sur le questionnement que nous avons pu avoir lors d'une prise en charge durant la transition d'une personne transgenre. Afin de justifier nos questionnements et nos analyses de la littérature actuelle, nous avons réalisé un questionnaire destiné aux personnes transgenres que nous avons mis en relation avec deux entretiens de professionnels de santé.

5. Questionnaire pour les personnes transgenres

a) *Quel outil et quelle population ?*

Force est de constater que les travaux sur ce sujet sont quasiment inexistants en masso-kinésithérapie et que la méconnaissance de cette population est omniprésente. Il nous est apparu intéressant de réaliser un questionnaire qualitatif que nous allions proposer aux personnes transgenres. Notre souci était de pouvoir bien évaluer leur ressenti sur leur prise en charge en masso-kinésithérapie durant leur période de transition. Nous souhaitons pouvoir cibler, au travers de leurs réponses, les éventuels bénéfices pour ceux qui avaient eu une prescription.

La population d'étude devait répondre aux critères d'inclusion : « être une personne transgenre et avoir eu des prescriptions en masso-kinésithérapie lors de la transition ».

b) *L'élaboration du questionnaire*

Tout d'abord, nous avons réalisé notre questionnaire sur « Word » en sachant que plusieurs versions ont été nécessaires afin d'obtenir cette version finale. Nous avons eu rendez-vous avec le Délégué à la protection des données le 18 novembre 2019 afin de s'assurer que notre questionnaire respectait bien les principes de la loi Jardé (*Annexe 2*). Celui-ci a alors été retranscrit sur une plateforme en ligne « Lime Survey » sur les conseils du Délégué à la protection des données.

Cette recherche qualitative comporte 23 questions, avec différents types de réponses possibles (*Annexe 3*).

Nous retrouvons :

- Des questions fermées concernant l'identité de la personne et les enjeux de la prise en charge lors de la transition.
- Des questions semi-ouvertes qui permettent aux répondants d'utiliser leurs propres mots en relation avec leurs émotions et leurs points de vue.

- Des échelles numériques unidirectionnelles sont également présentes avec des graduations allant de 0 à 10. Le 0 signifiant qu'il n'apportait rien aux personnes transgenres et 10 qu'il s'agissait d'une aide maximale.

c) La diffusion de notre questionnaire

Nous avons décidé de diffuser notre questionnaire sous format numérique via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Tweeter). Nous avons pris contact avec différentes associations et groupes fermés pour les personnes transgenres. Nous leur avons exposé le but de cette étude et, nous leur avons demandé leur accord de pouvoir transmettre ce lien.

Nous avons aussi transmis notre lien via des forums concernant les personnes transgenres comme « Reddit, Forum FtM et i.trans.net » afin d'élargir notre panel de recherche sur une population bien définie.

Notre questionnaire a été mis en ligne le 22 novembre 2019 et clôturé le 13 février 2020 lorsque nous avons eu 30 réponses, soit sur un intervalle de 3 mois et 14 jours. Suite à la clôture de notre questionnaire, le lien s'est automatiquement supprimé.

d) Traitement des données

L'évaluation sur le ressenti de la population transgenre dans le cadre de la masso-kinésithérapie lors de la transition est une étude épidémiologique descriptive et observationnelle. L'ensemble des données obtenues a été analysé dans un tableur « Excel ». Nous avons mis les données sous forme de pourcentage. Pour les variables quantitatives, nous avons calculé la médiane, du fait que la médiane est insensible aux valeurs extrêmes, contrairement à la moyenne.

6. Entretiens

a) Le choix des personnes interrogées

Nous avons contacté le Conseil de l'Ordre afin de connaître les masseurs-kinésithérapeutes susceptibles de prendre en charge des personnes transgenres. Malheureusement, nous avons eu un retour défavorable à notre demande. Par la suite, nous avons contacté une MK que nous connaissons. Nous savions également qu'elle avait de l'expérience dans la prise en charge des personnes transgenres lors de leur transition.

Nous avons également contacté des équipes de la SoFECT et des thérapeutes répertoriés sur BDDTrans par les hommes et les femmes transgenres [51, 100].

Nous avons eu un retour positif de la part d'une MK et d'un Chirurgien chef de clinique exerçant en chirurgie plastique et reconstructive au Centre Hospitalier Universitaire de Lille. Nous n'avons eu, pour nos autres sollicitations de thérapeutes, que des retours négatifs ou des absences de retour.

L'âge de la MK se situe entre 55 et 60 ans, pour le chirurgien entre 30 et 35 ans.

b) Type d'entretien

L'objectif premier de l'entretien était d'établir une observation qualitative entre les données sur le terrain et les informations que nous avons recueillies précédemment.

Nous avons réalisé deux entretiens semi-directifs. Nous avons préparé, en amont, les questions que nous avons classées dans un ordre et par thème logique que nous avons défini. Ces deux entretiens ont été proposés sur une base de 20 questions pour l'entretien 1 (E1) de la MK et sur 23 questions pour l'entretien 2 (E2) du chirurgien plastique [101].

c) *Conditions des entretiens*

Les entretiens ont été programmés le 19 novembre 2019 pour E1 et le 20 novembre 2019 pour E2, avec un créneau de 30 minutes (+/- 5 minutes) pour chacun des deux.

E1 a été réalisé à domicile dans un endroit calme permettant à la thérapeute MK de se livrer dans des conditions optimales libérant facilement la parole. Cette dernière a accepté d'être enregistrée sur un dictaphone. Nous avons retransmis de façon la plus fiable possible et dans le respect le plus total de ses dires, cet entretien (*Annexe 4*).

E2 a été réalisé dans le service de chirurgie plastique dans une salle calme. Il a également accepté d'être enregistré sur notre dictaphone. Nous l'avons par la suite retranscrit (*Annexe 5*).

Lors de nos entretiens, nous n'avons rien rédigé et ce, par souci d'être suffisamment disponible et à l'écoute lors de cette entrevue.

d) *Thèmes abordés*

Lors de ces deux entretiens, nous avons repris les thématiques que nous avons abordées dans le cadre de notre recherche, à savoir les différents termes afin d'avoir une bonne compréhension du sujet, les différents parcours et étapes de transition ainsi que l'approche bio-psycho-sociale dans une prise en charge des personnes transgenres.

V. Résultats

1. Questionnaire

Dans cette étude, nous avons recensé 30 réponses. Notre critère d'inclusion était d'avoir des prescriptions en masso-kinésithérapie lors de la transition et d'être une personne transgenre. Sur les 30 personnes (n=30), 15 personnes ont eu des prescriptions et 15 personnes n'en ont pas eu.

Nous avons alors exclu les réponses des 15 personnes n'ayant pas eu de prescription en masso-kinésithérapie de notre analyse statistique en nous intéressant seulement aux 15 personnes (n=15), ce qui représente 50% de nos résultats sur les 30 participations de base.

Sur les 15 réponses (n=15) nous avons analysé les résultats en fonction des femmes transgenres (n=8) et des hommes transgenres (n=7). Nous noterons les résultats, dans le cas où le pourcentage a révélé un impact, en différenciant les réponses des hommes et des femmes transgenres.

Dans cette étude, 53% des personnes étaient des femmes transgenres soit 8 personnes sur 15, 47% des hommes transgenres, soit 7 personnes sur 15 (*Annexe 6*). 73% des participants concernent une tranche d'âge compris entre 15 et 35 ans (*Annexe 7*).

Cette étude a été développée sur tout le territoire français sans mettre en avant une région plus qu'une autre. Nous notons que 93% sont des citadins (14 personnes sur 15) et que 7 % vivent dans un monde plus rural (1 personne sur 15) (*Annexe 8*).

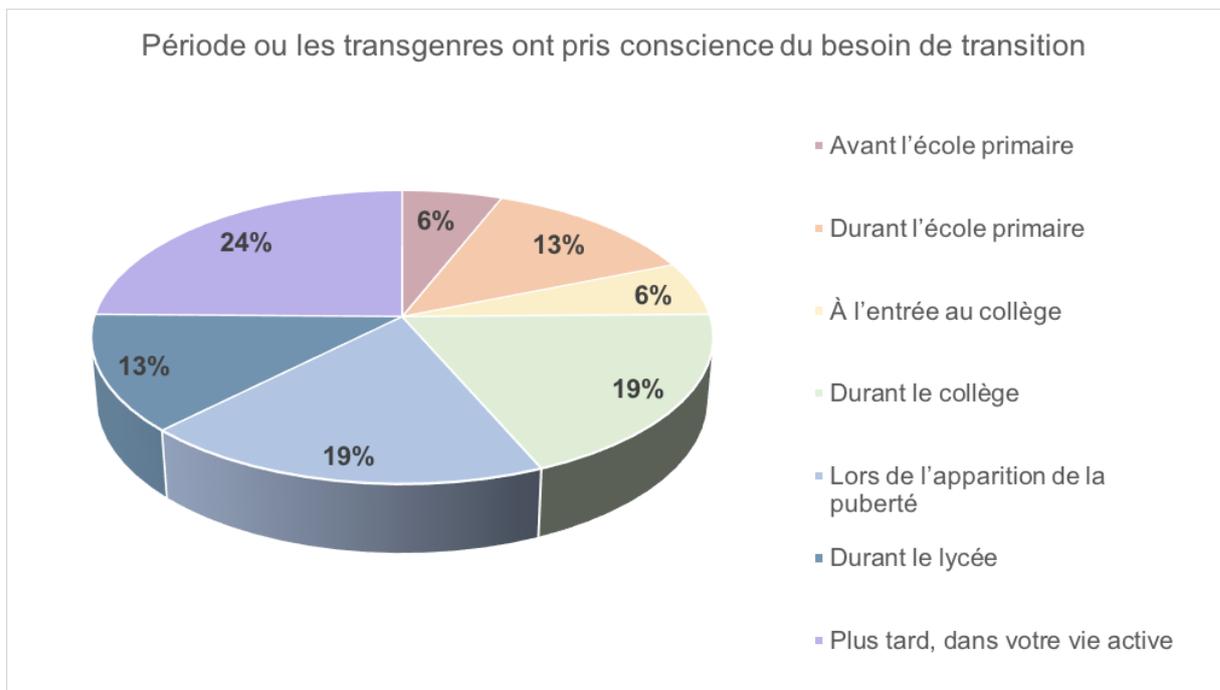


Figure 1 : Diagramme représentant la période où les personnes transgenres ont pris conscience du besoin de faire une transition, *réalisé par nos soins*.

Nous pouvons relever que 24% des personnes transgenres ont ressenti le besoin de faire leur transition à partir du moment où elles sont entrées dans la vie active. 38% des personnes ont ressenti ce besoin durant les années de collège et lors de l'apparition de la puberté (*fig 1*).

En distinguant les femmes et les hommes transgenres, nous soulignons le fait que 62,5% des femmes transgenres disent avoir eu **du mal à trouver un MK** contre 71,4% des hommes transgenres qui reconnaissent n'avoir eu aucun souci pour trouver un MK (*Annexe 9*).

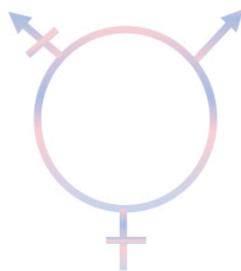


Figure 2 : Pictogramme transgenre, *réalisé par nos soins*.

La grande majorité des personnes transgenres ont indiqué que la présence d'un pictogramme (*fig 2*), sur les cartes des praticiens, pouvait être un bon indicateur face à la recherche de ces derniers (67%) soit 10 personnes sur 15 (*Annexe 10*).

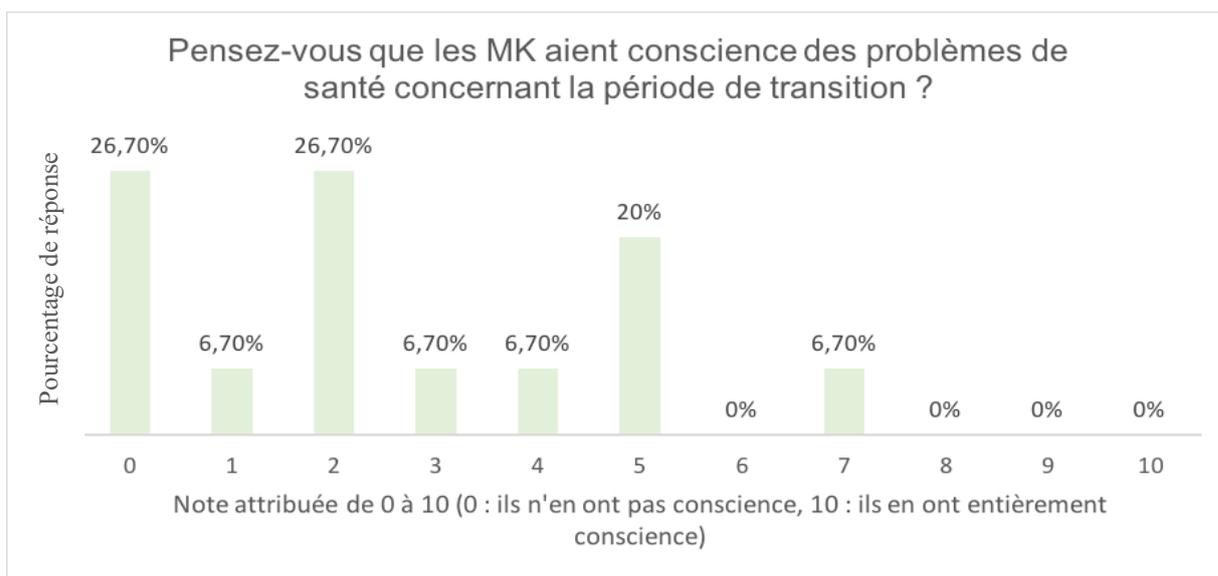


Figure 3 : Point de vue des personnes transgenres sur la conscience des masseurs-kinésithérapeutes, *réalisé par nos soins*.

Ci-avant (*fig 3*), nous présentons une échelle de 0 à 10 (0 étant : ils n'en ont pas conscience et 10 ils en ont fortement conscience). 93% des personnes transgenres pensent que les MK ont une **conscience des problèmes de santé lors de la transition**, compris entre 0 et 5 ce qui représente 14 personnes sur 15.

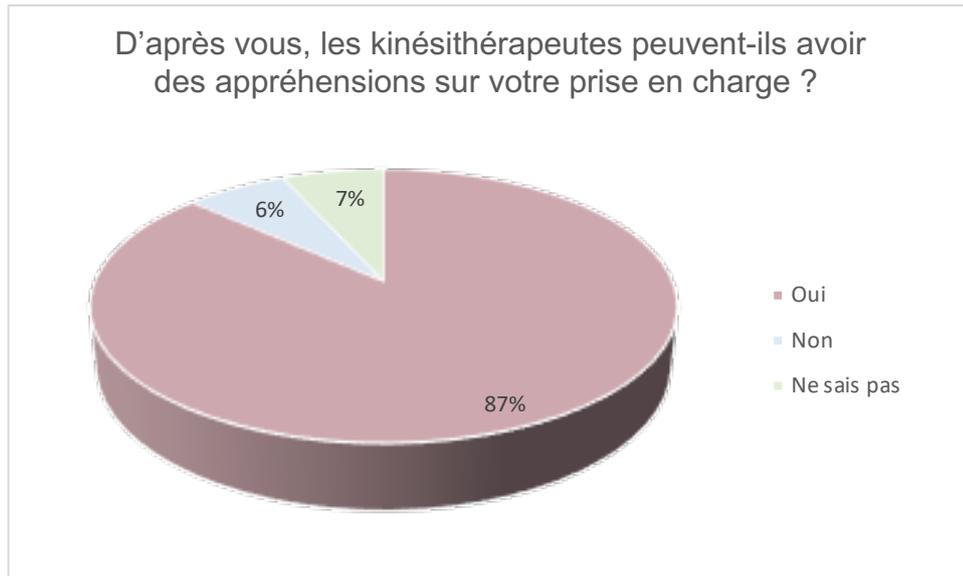


Figure 4 : Le pourcentage des appréhensions des MK selon les personnes transgenres, *réalisé par nos soins*.

87% des personnes transgenres pensent que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent avoir **des appréhensions face à une demande de cette prise en charge** (fig 4). À la question à choix multiples, 73% pensent que cela est en lien avec un manque de connaissances de cet accompagnement, 40% avec un manque d'ouverture d'esprit et 33% pensent qu'il s'agit d'une raison autre (Annexe 11).

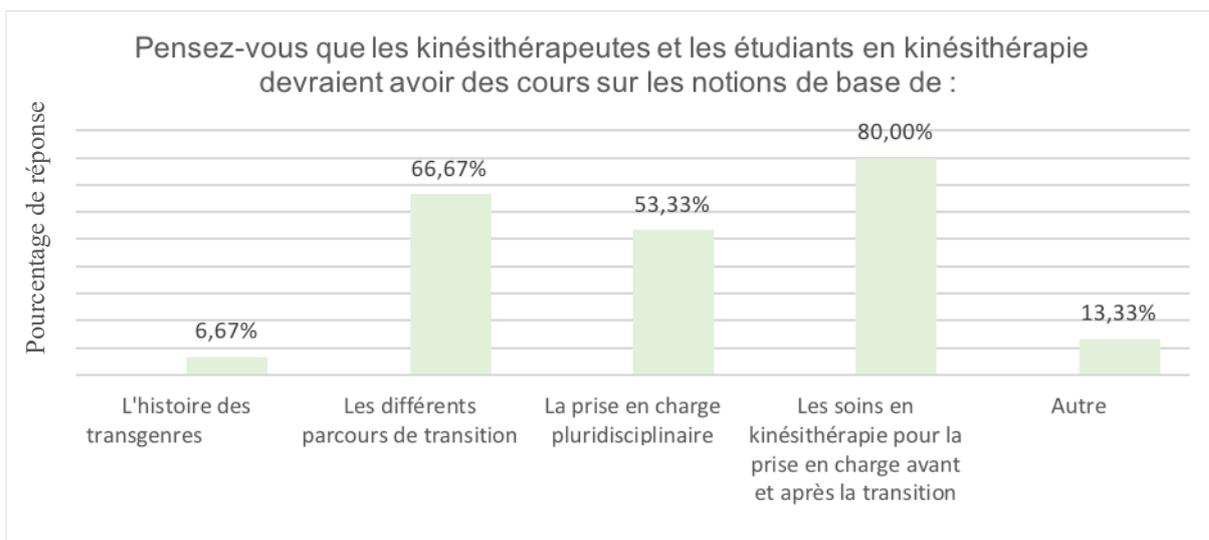


Figure 5 : Les notions de bases nécessaires pour les masseurs-kinésithérapeutes et les étudiants, *réalisé par nos soins*.

Nous relatons ci-dessus que 80% des personnes transgenres pensent que les étudiants et les diplômés en masso-kinésithérapie devraient avoir des notions de base sur les soins qu'ils peuvent apporter avant et après la transition. 67% considèrent que les étudiants et praticiens devraient avoir des notions de base sur les différents parcours de transition possibles (fig 5).

En ce qui **concerne les problèmes de discrimination** par rapport au corps et au genre, 50% des femmes transgenres disent avoir eu des problèmes de discrimination alors que 71% des hommes transgenres affirment ne pas en avoir eu par rapport à leur corps et à leur genre (Annexe 12).

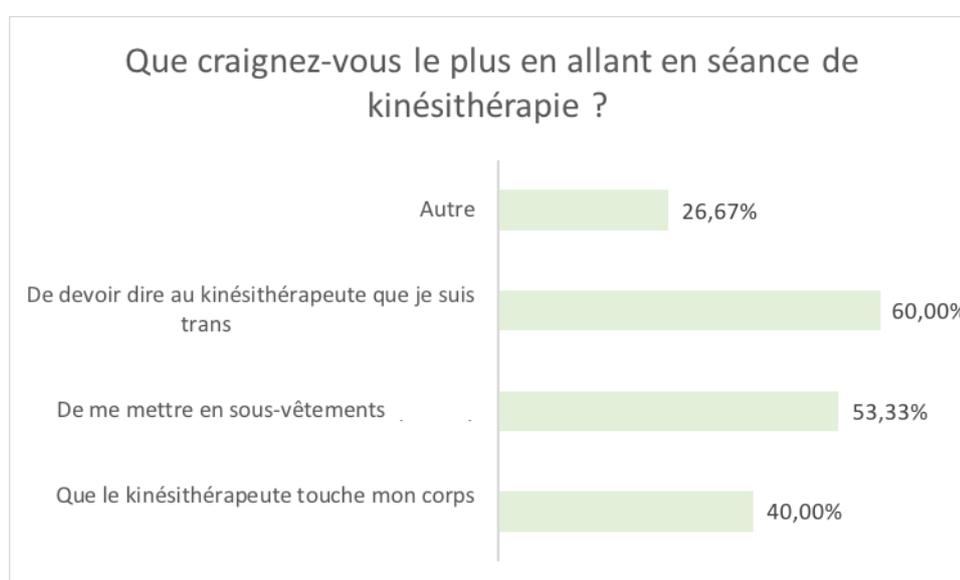


Figure 6 : Les appréhensions des personnes transgenres lors des séances de masso-kinésithérapie, *réalisé par nos soins*.

Lors des séances, 60% ont des craintes de révéler aux thérapeutes qu'ils sont des personnes transgenres. 53% ont des appréhensions de devoir se mettre en sous-vêtements, 40% appréhendent que le MK touche leur corps et 27% ont d'autres appréhensions (fig 6).

De plus, 73% des personnes transgenres ont déjà eu **peur de mettre mal à l'aise le kinésithérapeute** (Annexe 13).

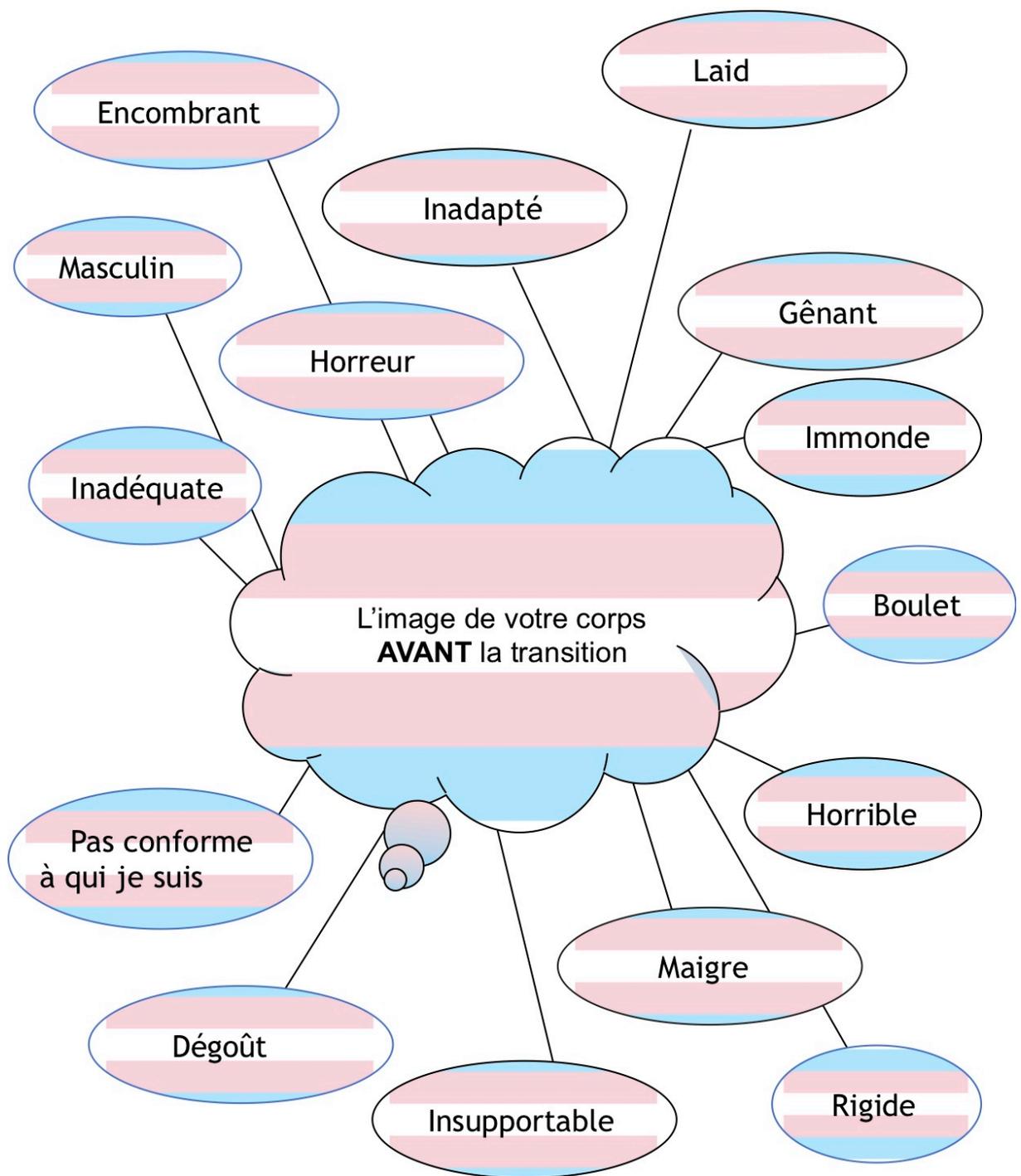


Figure 7 : Nuage de mots concernant l'image du corps avant la transition, *réalisé par nos soins.*

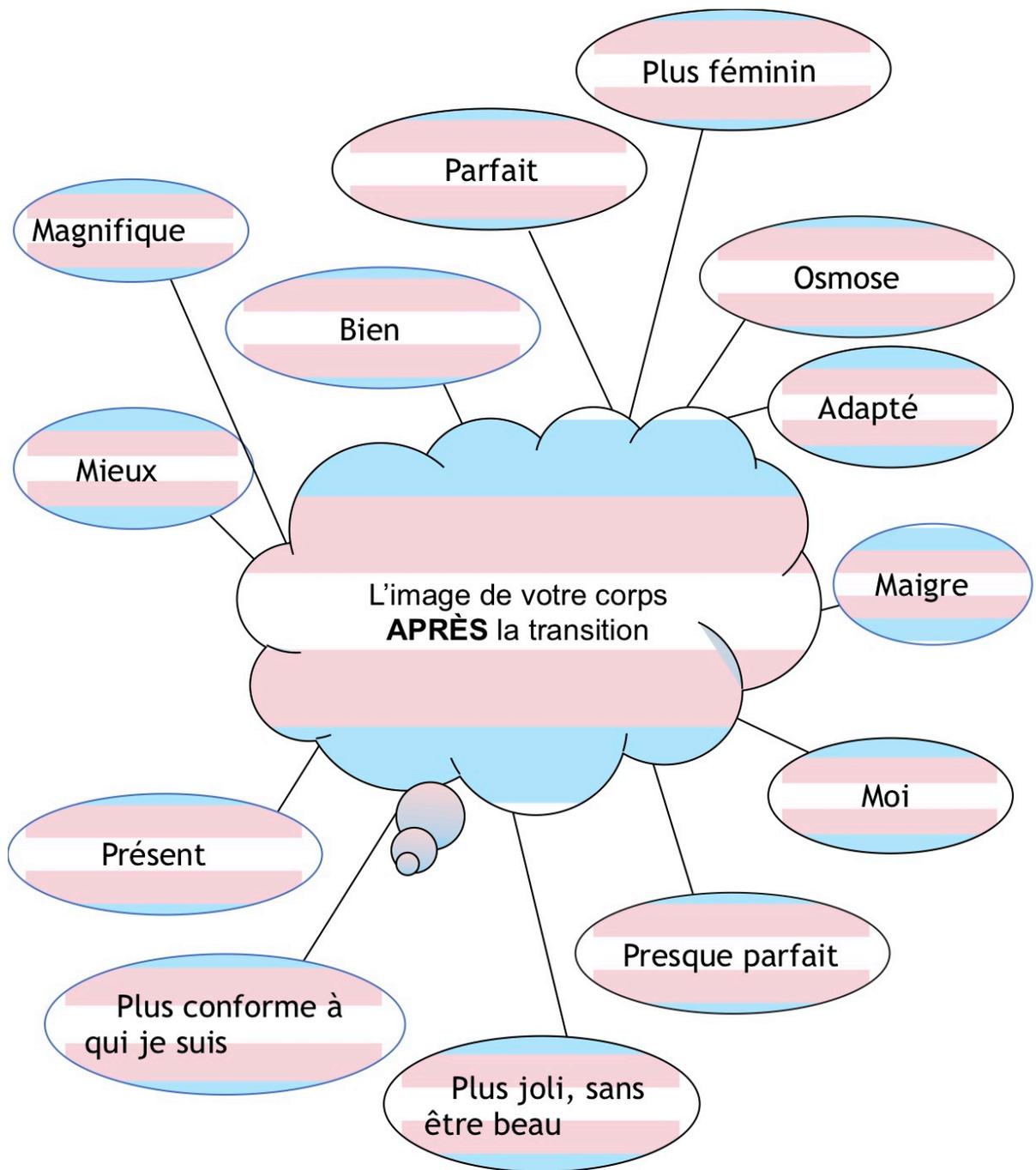


Figure 8 : Nuage de mots concernant l'image du corps après la transition, *réalisé par nos soins.*

À la question, la kinésithérapie est-elle importante lors de l'évolution de votre corps, 60 % des personnes transgenres ont répondu « oui » contre 40% qui ont répondu « non » (*Annexe 14*). De plus, lorsque nous leur avons demandé si la proximité physique du MK avec leur corps leur avait déjà posé problème lors d'une séance, 63% des femmes transgenres ont dit « oui » alors que 71% des hommes transgenres ont répondu par la négativité (*Annexe 15*).

Par la suite, en nous appuyant sur des échelles numériques de 0 à 10 (0 étant aucune aide et 10 une aide optimale), nous les avons questionnées afin de savoir si les différentes techniques, ci-dessous, les avaient aidées.

La relaxation et le massage : nous observons que 62,5% des femmes transgenres ont répondu entre 5 et 8 alors que 57,1% des hommes transgenres ont répondu 0. La médiane pour les femmes transgenres est de 6,5 et pour les hommes transgenres elle est à 0 (*Annexe16*).

Le travail respiratoire : 50% des femmes transgenres ont répondu entre 6 et 10 alors que 100% des hommes transgenres ont répondu entre 0 et 5. La médiane pour les femmes transgenres est de 5 et pour les hommes transgenres elle est à 0 (*Annexe 17*).

La prise de conscience du schéma corporel : les femmes transgenres ont répondu à 50% entre 7 et 10 alors que 71,4% des hommes transgenres ont répondu entre 0 et 4. La médiane pour les femmes transgenres est de 8 et pour les hommes transgenres elle est à 3 (*Annexe 18*).

Les stéréotypes de gestes de marche et de genre : 75% des femmes transgenres ont répondu entre 5 et 10. Alors que 71,4% des hommes transgenres ont répondu 0. La médiane pour les femmes transgenres est de 5,5 et pour les hommes transgenres elle est à 0 (*Annexe 19*).

Les étirements : 87,5% des femmes transgenres ont répondu entre 7 et 10, quant aux hommes transgenres, ils ont répondu à 57,2% entre 6 et 10. La médiane pour les femmes transgenres est de 8,5 et pour les hommes transgenres elle est à 6 (*Annexe 20*).

Les cicatrices : 50% des femmes transgenres ont répondu entre 8 et 9 et 71,4% des hommes transgenres ont répondu entre 7 et 10. La médiane pour les femmes transgenres est de 6,5 tandis que pour les hommes transgenres elle est à 9 (*Annexe 21*).

Le renforcement musculaire et le travail du tonus : 75% des femmes transgenres ont répondu entre 7 et 10 et 57,2% des hommes transgenres ont répondu entre 0 et 3. La médiane pour les femmes transgenres est de 7,5 et pour les hommes transgenres elle est à 3 (*Annexe 22*).

La rééducation urogénitale : 50% des femmes transgenres ont répondu entre 7 et 10 alors que 86% des hommes transgenres ont répondu 0. La médiane pour les femmes transgenres est de 6 et pour les hommes transgenres elle est à 0 (*Annexe 23*).

À la question : la masso-kinésithérapie a-t-elle été utile dans la perception de l'image de votre corps, 100% des femmes transgenres ont répondu « oui » tandis que 57% des hommes transgenres ont répondu « oui » (*Annexe 24*).

Pour clore, nous leur avons demandé si la masso-kinésithérapie les avait aidés sur le plan physique, psychologique et social :

Sur le plan physique : 100% des femmes transgenres ont répondu entre 6 et 10, pour les hommes 71,4% ont répondu entre 7 et 10. La médiane pour les femmes transgenres est de 8 et pour les hommes transgenres elle est à 7 (*Annexe 25*).

Sur le plan psychologique : 75% des femmes transgenres ont répondu entre 5 et 10 pour les hommes transgenres, 57,1% ont répondu 0. La médiane pour les femmes transgenres est de 6,5 et pour les hommes transgenres elle est à 0 (*Annexe 26*).

Sur le plan social : 75% des femmes transgenres ont répondu entre 5 et 10 contrairement aux hommes transgenres qui à 71,4% ont répondu 0. La médiane pour les femmes transgenres est de 5,5 et pour les hommes transgenres elle est à 0 (*Annexe 27*).

2. Entretien E1 de la masseuse-kinésithérapeute

Lors de l'entretien, la MK a présenté des difficultés à nous donner une signification d'un patient transgenre hormis le terme « métamorphose », qu'elle a pu mentionner. Du point de vue géographique, elle n'a pas pu nous renseigner sur l'existence d'autres MK ayant pris en charge des personnes transgenres.

N'ayant pas de formation spécifique, elle s'est formée en fréquentant le « Collectif Santé Trans », ce qui lui a permis d'avoir des réflexions sur le sujet.

Pour elle, une formation serait « tout à fait intéressante » pour les étudiants en masso-kinésithérapie. En effet, les MK ne « sont pas très au fait face à aux problèmes de santé qui sont propres aux transgenres », du fait qu'il s'agisse d'une « problématique émergente » mais aussi du fait, « qu'on n'en parle pas beaucoup ». Par conséquent, les kinésithérapeutes peuvent avoir des appréhensions pour des raisons religieuses, morales voire sociales mais aussi par le manque d'informations sur le sujet, ce qui induit forcément des méconnaissances.

« L'ouverture d'esprit, l'empathie » sont des qualités essentielles à avoir. Ceci dit, l'envie d'être interrogé(e)s et « bouleversé(e)s dans nos fondements culturels et psychologiques » ne doit pas en être exclue. Pour parler de la relation de confiance, elle est extrêmement importante car les personnes transgenres disent subir des « violences psycho-sociales ».

Travaillant plusieurs axes, elle nous parle de l'accompagnement chirurgical au niveau des cicatrices et des douleurs mais aussi, de la « réappropriation de certaines fonctions » notamment articulaires. Elle aborde la rééducation périnéale lors de la vaginoplastie, en amenant la patiente vers « la découverte, l'appropriation d'une région qui est profondément transformée et bouleversée ». Il faut savoir que ces patientes ont du mal à investir ces nouvelles zones seules. De son point de vue, les anciennes sensations et les nouvelles « se mélangent ». De manière globale, « le toucher, la contraction, les discussions autour de cette zone » vont permettre « d'explorer de nouvelles sensations ». Ce discours est confirmé par ses patientes.

Un autre axe est abordé. Il s'agit de l'accompagnement pour la compréhension des stéréotypes de genres corporels comme « bouger, se tenir ».

Lors de cette approche, la dimension purement physique n'est pas l'unique enjeu car il existe un contexte de « transformation et de réappropriation », le contexte psychologique rentre aussi en jeu.

D'une manière générale, son approche n'est pas différente de celle des patients cis, elle reste tout de même « un peu plus vigilante à savoir si ça dérange qu'on les touche ».

D'un point de vue chronologique, il n'y a pas de périodes plus difficiles pour les personnes transgenres, selon elle, car il y a des variations en fonction de l'histoire et du vécu de chacun.

Elle confirme qu'une prise en charge pluridisciplinaire est importante : « tous les professionnels qui approchent les personnes transidentitaires ont un éclairage à donner ». De même que les « orthophonistes, les danseurs, les relaxologues, les psychomotriciens » peuvent avoir une place dans la prise de conscience de l'évolution du schéma corporel et de l'image de leur corps.

Elle précise avoir déjà eu des situations compliquées, notamment, avant la vaginoplastie, relatant le cas d'une patiente qui témoignait d'une gêne par rapport au fait de se mettre en sous-vêtements mais aussi, de la peur de se déshabiller et de devoir « montrer son corps tel qu'il est ». Les situations, où les patients étaient mal à l'aise du fait du mégenrage fait de façon involontaire, sont également dans ses propos.

Au niveau du toucher, elle exprime le fait de ne pas pouvoir approcher toutes les zones à cause des douleurs que ressentent les patients, mais pour elle, il s'agit de douleurs en lien avec « la peur de toucher certaines zones ». Dans sa façon de toucher, elle stipule avoir « des caractéristiques qui sont, pour elle, féminines et masculines des corps » qui lui amènent à toucher d'une certaine façon la personne.

Pour finir, elle exprime qu'effectivement, les personnes transgenres appréhendent et « subissent » une discrimination par rapport à la métamorphose corporelle et par rapport à leur genre.

3. Entretien E2 du chirurgien plastique

Les termes principaux ressortant de cet entretien concernent la significativité d'un patient transgenre sont : « dysphorie de genre », « ressentir profondément », « appartenir au corps et au sexe opposé » « attribué », « biologique », « naissance », « continuum de genre », « un mixte des deux » « pas forcément stable », « possible évolution au cours du temps » « plus ou moins rapide ».

Pour lui, le mot qui caractérise le plus cette prise en charge est : « complexe ». Il précise avoir un Diplôme Universitaire sur la prise en charge du transsexualisme avec la SoFECT à Paris.

Avoir des notions de base mais aussi entendre parler du sujet sont deux points primordiaux en son sens. En effet, à l'heure actuelle, dans le cursus de médecine, il s'agit d'un thème « anecdotique ». Seules les personnes qui s'y intéressent, en entendent parler. « C'est vraiment une grosse lacune ». Le manque de connaissances provoque, de fait, le manque de données nécessaires pour favoriser la compréhension du sujet.

Même si la transidentité a toujours été présente, la demande de prise en charge a augmenté de façon exponentielle en corrélation avec l'utilisation d'internet, la création de centre comme celui de Lille, datant de 2 ans. Avec la mise en place de ces centres, la pluridisciplinarité est présente entre « l'endocrinologue, le psychologue ou psychiatre, et le chirurgien » ce qui permet de statuer sur l'éligibilité d'une prise en charge.

Fort de son expérience, il constate que 2/3 des personnes transgenres font leur transition après avoir été « en couple, mariés, avec des enfants », après avoir fait leur vie avec leur sexe biologique. Pour les autres, il s'agit de faire leur transition au « moment de l'apparition des caractères sexuels secondaires », « souvent c'est à la sortie de l'adolescence ».

La règle première en chirurgie plastique est de ne jamais opérer un patient après une seule consultation. Le premier contact est toujours assez difficile car les praticiens expliquent un « parcours masculinisant ou féminisant à une personne qui ont encore

leur identité masculine ou féminine » d'autant plus, qu'il s'agit « d'actes chirurgicaux radicaux et définitifs ».

Selon lui, il faut être « compréhensif et empathique » lors du premier contact avec le patient, mais en aucun cas être « sympathique et souffrir avec lui de cette situation ».

Dans cette prise en charge, « il y a un cadre légal » pouvant varier selon les centres. À Lille, « la chirurgie, ce n'est pas avant 18 ans ». Cependant, l'hormonothérapie n'est pas obligatoire pour avoir accès à celle-ci et les 2 ans d'attente ne sont pas imposés. L'hormonothérapie, pour bloquer les caractères sexuels secondaires « peut-être faite à 16 ans en France », pour les cross-sex hormones¹³ « c'est à partir de 18 ans ».

Il précise que la prise en charge est à 100% assurée par la sécurité sociale, ce qui reste unique pour notre pays.

Dans son quotidien, il prend notamment plus en charge les mastectomies pour les FtM car selon lui, « c'est compréhensible, qu'une femme biologique veuille retirer sa poitrine qu'on voit peut-être plus socialement que ce qu'elle a au niveau du périnée ». Il met en avant que le fait d'être chirurgien n'induit en aucun cas d'avoir des compétences de magicien, dans le sens où des cicatrices restent inévitables lors des chirurgies.

Les résultats peuvent être « esthétiques et fonctionnels », mais des risques et des limites demeurent. Il reste, tout de même, plus de limites dans la phallopoïèse où la sensibilité juste au toucher, n'est pas évidente. Il affirme qu'il est « clairement impossible de revenir dans l'autre sens comme avant », ce cas ne lui étant jamais arrivé. Il explique le fait que les chirurgies ne sont pas sans risque. Effectivement, il y a des risques « anesthésiques, chirurgicaux, avec des saignements, des infections, des désunions et des retards de cicatrisation ».

¹³ Hormones du sexe opposé.

Pour la prescription en masso-kinésithérapie, il exprime le fait d'en avoir déjà prescrit mais cela n'a pas été systématique. L'objectif premier selon lui lors de cette prescription, est l'optimisation de la cicatrisation. Il se positionne sur l'apport positif de cette prise en charge.

Il termine cet entretien, en affirmant qu'il existe un suivi en post-opératoire notamment dans les premières semaines, pour la cicatrisation.

VI. Discussion

Le manque de revues, d'ouvrages liés à cette thématique est particulièrement flagrant. De ce fait, nous n'avons pu, essentiellement nous baser sur des résultats issus de fonctions médicales, paramédicales, sociologiques et juridiques. Nous avons pu également nous appuyer sur le questionnaire que nous avons établi et proposé aux personnes transgenres. À cela, se rajoutent les entretiens que nous avons menés avec la collaboration d'un chirurgien et d'une MK. À l'issue des évènements recueillis par ces diverses démarches, nous avons pu engager une réflexion personnelle autour de cette thématique.

1. À la recherche de la masso-kinésithérapie dans les textes officiels

Notre étude s'interroge sur la place de la masso-kinésithérapie lors de la phase de transition des personnes transgenres.

Nous constatons, que dans son rapport portant sur « la prise en charge du transsexualisme » en 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une prise en charge multidisciplinaire afin que l'apport soit optimal pour les personnes transgenres qui en bénéficient.

Au regard de la grande diversité des parcours de transition, nous relatons le fait que les soins spécifiques à la masso-kinésithérapie sont absents des recommandations. Nous avons contacté la HAS afin de mieux comprendre cette situation. Leur réponse stipule que : « Ce volet n'a pas été abordé dans le rapport portant sur la prise en

charge du transsexualisme que la HAS a produit en 2010 ». Ils nous ont, alors, suggéré de poser notre questionnement aux sociétés savantes de la spécialité, soit, le « Collège de la Masso-Kinésithérapie » ainsi que la « SoFECT ». Au moment où nous rédigeons cette étude, nous n'avons reçu aucune réponse qu'elle soit positive ou négative, de la part de ces deux organismes.

2. L'appréhension des professionnels

Nous relatons que beaucoup d'appréhensions existent (87% d'après les personnes transgenres). Ces dernières sont bien souvent liées à l'ignorance ou au manque de connaissances de la personne transgenre et de son évolution.

3. Le manque de formation

Dans notre formation initiale, l'attention particulière aux soins des personnes : « lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres »¹⁴ est actuellement absente des programmes d'enseignement en masso-kinésithérapie.

En ce qui concerne la répartition des Unités d'Enseignement (UE), des notions de base peuvent être susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'UE 23 nommée « Interventions spécifiques en masso-kinésithérapie » (*Annexe 28*).

Nous constatons que, comme nous le confirment les entretiens et le questionnaire établis, que des sensibilisations sur cette prise en charge et l'évocation fréquente du sujet pourraient diminuer les appréhensions des praticiens tout en leur permettant de mieux appréhender et définir le sujet. Selon les personnes transgenres (93%), les masseurs-kinésithérapeutes n'auraient pas, ou très peu conscience des problèmes de santé lors de la transition. Ce manquement est également en rapport avec les appréhensions qui peuvent être vécues par les thérapeutes comme les personnes transgenres.

¹⁴ LGBT.

Depuis décembre 2019, une formation gratuite en ligne est ouverte, elle dure 3 heures. Celle-ci est construite par divers acteurs Canadiens ainsi que par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement du Québec. Cette formation a pour but d'informer tout professionnel et de les orienter sur les mesures à mettre en place pour faciliter la compréhension et l'accompagnement des personnes transgenres. À l'issue de cette formation, une attestation de participation est délivrée si nous obtenons une note minimale de 70% à l'épreuve finale (*Annexe 29*) [102].

4. Les appréhensions des hommes et des femmes transgenres

Il s'avère que les appréhensions ne sont pas seulement présentes chez les thérapeutes mais existent aussi chez les personnes transgenres. Effectivement, lors des premières séances, l'appréhension principale est d'affirmer et d'assumer leur transidentité à 60%. À ce stade, elle est liée au fait de ne pas pouvoir anticiper la réaction des thérapeutes. Dès lors, la peur d'être marginalisées et de recevoir une réaction négative envahit les personnes transgenres. Nous pouvons penser à une réaction de cause à effet entre cette appréhension et le fait que 73% des personnes transgenres ont déjà eu peur de mettre mal à l'aise leur MK.

Un indicateur trans friendly (sous forme de pictogramme) pourrait alors permettre aux personnes transgenres de s'orienter vers des MK ouverts et bienveillants dans cette prise en charge, comme nous l'affirment 10 personnes transgenres sur 15 (*fig 2*).

Le fait de devoir se mettre en sous-vêtement (à 53%), entraîne également un sentiment de vulnérabilité que le MK doit gérer au mieux. Il est donc impératif de la part des MK et, cela pour n'importe quelle partie du corps, de respecter l'individu en lui expliquant le déroulement de la séance, en respectant le fait qu'il/ elle désire se déshabiller en toute intimité, tout en lui proposant des solutions dans le cas où la personne ne souhaite pas montrer « son corps tel qu'il est » comme nous l'affirme E1.

D'autant plus, que pour 63% des femmes transgenres, la proximité physique avec leur corps leur avait déjà posé problème lors d'une séance en masso-kinésithérapie. Nous nous demandons si ces appréhensions, peuvent être en relation avec le fait

que plus de femmes transgenres aient du mal à trouver un MK contrairement aux hommes.

5. La relation soignant / soigné

Spécifique à cette prise en charge, le terme qui est ressorti des deux entretiens est « l'empathie ». Ce mot vient du grec ancien par son préfixe « en » du grec « εν » signifiant « à l'intérieur » et « pathos » du grec « παθος » signifiant « ce que l'on éprouve ». Il s'agit de la capacité à comprendre les émotions et les sentiments d'autrui. Il semblerait, selon les entretiens, que l'empathie soit essentielle dans la qualité d'une relation de soin. La « complexité » de cette prise en charge, comme le stipule E2, impose une relation de confiance, qui demeure primordiale [10–12, 103].

Selon Crosland (2019), le fait d'avoir une relation de confiance va induire une meilleure implication de la part du patient et de ce fait, il sera plus détendu [104].

Effectivement, les premiers instants sont déterminants dans la mise en place de la confiance. Afin de diminuer les appréhensions, la mise en place d'un climat rassurant est inévitable. Les qualités humaines telles que l'écoute, l'empathie, le respect de l'identité des personnes transgenres et la remise en question de nos fondements culturels sont essentiels afin de développer et d'optimiser ce climat de confiance et de lever les appréhensions et les discriminations existantes [104].

6. La discrimination en masso-kinésithérapie

Au sujet de la discrimination par rapport au genre et au corps, on remarque qu'elle existe dans les cabinets de masso-kinésithérapie. Cependant, le degré d'évaluation reste dépendant de chacun et, dans cette étude, les discriminations sont plus présentes chez les femmes transgenres (50% contre 28,57% chez les hommes transgenres).

La discrimination que nous retrouvons le plus souvent est le mégenrage. Il est important pour les personnes transgenres que les MK utilisent le bon genre même si celui-ci diffère du genre qui est suggéré sur la carte vitale. L'association Chrysalide recommande de demander à la personne transgenre, son identité de genre dans

l'éventualité que nous ne sachions pas comment genrer une personne. De plus, les membres de l'association recommandent de proscrire les questions du type « Je ne voudrais pas paraître indiscret(e) mais ... », plutôt d'opter sur les questions du type : « Je voudrais comprendre... pourriez-vous m'expliquer ? ». La considération de la personne est mise en avant et peut être la condition de la mise en place de la relation de confiance qui est un des points de base d'un bon déroulement de prise en charge [8].

7. La place de la masso-kinésithérapie lors de la transition

À travers cette étude, nous avons constaté des « métamorphoses » et des « transformations » physiques mais aussi psychologiques des personnes transgenres. Nous allons, ci-dessous, relater l'utilité de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge des hommes et des femmes transgenres lors de leur phase de transition hormono-chirurgicale.

a) *L'accompagnement chirurgical par le massage cicatriciel*

À la suite des opérations chirurgicales, les conséquences peuvent être liées à la perte de mobilité. Cette perte de mobilité s'explique par les adhérences souvent présentes lors de la cicatrisation limitant alors les glissements naturels de la peau [105].

Le massage des cicatrices va permettre d'améliorer la souplesse, l'inflammation, la douleur tout en diminuant l'anxiété des patients. Grâce à ces techniques de massage, telles que les effleurages, les pressions glissées, le pétrissage millimétrique de Morice, ces bienfaits sont indispensables à la gestion de la cicatrisation tout en sachant que, la durée de cicatrisation doit être respectée avant toute intervention.

Pour prendre un exemple, à la suite d'une torsoplastie qui suppose une peau incisée, le fait d'optimiser celle-ci par ces techniques conduira à une meilleure récupération du tissu tout en diminuant les séquelles fonctionnelles mais aussi esthétiques. Les chirurgies de féminisation faciale ou le drainage lymphatique manuel peuvent être utilisés afin de diminuer les œdèmes. Le massage cicatriciel

permet d'autant plus de réduire le temps de récupération du patient tout en augmentant son confort grâce à ces différentes techniques. Effectivement, comme le montrent les résultats des pourcentages et des médianes (9 pour les hommes transgenres et 6,5 pour les femmes transgenres), la masso-kinésithérapie apporte une aide par le biais du massage cicatriciel [106].

b) Vers un « nouveau » schéma corporel

Le schéma corporel des personnes transgenres est en mouvement lors de la phase de transition. La prise en charge en masso-kinésithérapie va permettre de faire le lien entre les sensations internes qui se modifient et les sensations externes. Effectivement pour les femmes transgenres, la masso-kinésithérapie les a aidées avec une médiane à 8. A contrario, il est surprenant de noter que, pour les hommes transgenres, elle les a moins aidés dans la prise de conscience de leur schéma corporel avec une médiane de 3 [85, 89].

La rééducation et l'éducation périnéale : suite à la vaginoplastie, l'accompagnement va permettre aux femmes transgenres de se réapproprier plus facilement cette anatomie qui ne leur est pas familière. Comme nous l'explique E2, « il y a sans doute d'anciennes sensations qui sont toujours présentes, qui viennent se mélanger ». C'est par du toucher, des explorations de la sensibilité mais aussi en les informant sur la fonction et l'anatomie du plancher pelvien que le MK va permettre aux femmes transgenres de se réapproprier cette nouvelle zone. En effet, cette technique aide les femmes transgenres qui ont une médiane à 6 alors que pour les hommes transgenres (médiane à 0) elle les a peu aidés voire pas du tout [84].

La mobilisation articulaire : elle permet de redonner du mouvement aux articulations tout en leur faisant prendre conscience des différentes zones du corps et des changements de formes, de densités dûs aux traitements hormonaux [107].

La relaxation : dans cette transition, il paraît important d'amener le patient à découvrir et à redécouvrir ses sensations corporelles. Cette activité accompagne à la prise de conscience du changement de l'état tonique de leur corps, ce corps qui est un tout. La pratique de la relaxation peut les amener à ressentir les limites de leur enveloppe corporelle et d'en prendre conscience. De plus, elle permet d'avoir une

meilleure intégration des aspects physiques et psychologiques qui se produisent, à travers leurs corps, lors de la transition. Effectivement, pour les femmes transgenres, la relaxation permet de les aider alors que pour les hommes transgenres celle-ci est moins utile (médiane à 0) [108, 109].

Les étirements et le travail proprioceptif : les étirements permettent d'avoir une prise de conscience de la posture ainsi qu'une perception des sensations. De ce fait, ils vont permettre de renforcer le schéma corporel. Effectivement, les mouvements et les changements de postures sont en association avec les modifications du système musculo-squelettique et du système neurovégétatif. La majorité des personnes transgenres, ont affirmé que cette technique avait été bénéfique avec des médianes au-dessus de 5.

c) *Vers une image corporelle plus positive*

Les personnes transgenres ont affirmé que la masso-kinésithérapie les avaient aidées dans la perception de leur corps. Ceci dit, nous observons une différence de témoignages entre les hommes et les femmes transgenres. En effet, pour les femmes transgenres cette aide apparaît plus importante (100%) que pour les hommes transgenres (57%). Nous avons demandé aux personnes transgenres de qualifier et de définir en quelques mots leur corps, sur l'avant et l'après transition (*fig 7*) (*fig 8*). Au vu des termes et adjectifs employés, nous constatons que sur ces deux phases de changement, ce corps de départ mal vécu et qualifié de façon négative évolue vers une image positive liée à l'acceptation et au sentiment de mieux être [86].

Le MK va alors accompagner les personnes transgenres dans une restructuration de l'image corporelle permettant de diminuer les décompensations identitaires qui peuvent avoir lieu durant la phase d'hormonothérapie par exemple. Effectivement, il existe une histoire de l'image du corps. Celle-ci intègre les potentielles traces qui ont affecté les hommes et les femmes transgenres lors de leur cheminement (comme les discriminations, les cicatrices qui rappellent une ancienne plaie témoignant du passé. De ce fait, en travaillant sur les sensations et les émotions, les MK vont accompagner les personnes transgenres dans ce remaniement de l'image du corps.

La régulation du tonus musculaire : sachant que le tonus et les émotions sont étroitement liés, le fait d'agir sur le tonus peut modifier l'état émotionnel de la personne transgenre. Cet état est en relation avec l'image qu'elle a de son corps avant pendant et après la phase de transition. Comme le décrit Wallon, « les émotions ont aussi une formation d'origine posturale et elles ont, pour étoffe, le tonus musculaire ». Cependant, cette hypothèse reste à être éclaircie car pour les hommes transgenres, la masso-kinésithérapie les a peu aidés avec une médiane de 3, contrairement aux femmes transgenres où nous pouvons noter une aide plus bénéfique avec une médiane de 7,5.

Le massage : le massage va permettre d'apaiser les personnes et de stimuler la sécrétion d'ocytocines. En massant la personne, le MK rentre dans leur sphère privée. Le toucher de la peau va informer le MK sur l'histoire du patient. Le toucher va permettre au corps de révéler son histoire. C'est donc par des techniques lentes, profondes, englobantes et en comprimant les parties molles sous-jacentes que les perceptions sensorielles du corps des personnes transgenres s'améliorent. La majorité des femmes transgenres ont affirmé que cette technique les a aidées. Nous pouvons associer aux techniques de massage, un travail respiratoire afin d'accentuer les effets du massage qui là aussi, ont eu un apport positif pour les femmes transgenres (médiane à 5), alors que pour les hommes transgenres, cette technique ne les a peu voire pas aidés du tout (médiane à 0) [110].

Le toucher : comme l'écrit Paul Valéry : « Ce qu'il y a de plus profond en l'Homme, c'est la peau ». À travers le toucher, nous posons nos mains sur la peau de la personne, cette peau qui est l'interface entre le profond et le superficiel nous amenant à la chair et donc à ce qu'il y a de plus profond en eux. C'est donc grâce au toucher que le MK va transmettre une image positive au corps des personnes transgenres, grâce au langage infra-verbal. Le toucher peut également compenser les mots quand la personne ne peut plus exprimer ses maux [111, 112].

Nous concluons, par le fait que 60% des personnes transgenres ont répondu favorablement sur le fait que la masso-kinésithérapie ait eu un apport bénéfique dans l'évolution de leur corps lors de la transition. Pour les femmes et les hommes transgenres, elle présente un apport important sur le plan physique (médiane de 8 pour les femmes transgenres et de 7 pour les hommes transgenres).

C'est seulement pour les femmes transgenres que la masso-kinésithérapie a été essentiellement utile tant sur le plan psychologique que social. Comme le relate E1, la prise en charge ne peut pas être basée uniquement sur le physique car il s'agit d'une transformation et d'une réappropriation du corps. On ne peut, en aucun cas, exclure les conséquences sur l'aspect social et psychologique de la personne. Pour cela, il s'avère qu'une prise en charge pluridisciplinaire est importante afin que chaque praticien puisse accompagner au mieux les personnes transgenres tout en leur donnant un éclairage en fonction de ses compétences.

8. Les biais et les limites de cette étude

a) Les données de la littérature

L'origine de ce travail est basée sur une réflexion que nous avons pu avoir lors d'un stage. Il n'a pas été facile de recueillir des données de la littérature avec un haut niveau de preuves. Ce sujet étant en évolution dans notre société, les premières données concernent principalement l'aspect juridique et les principaux thérapeutes en lien avec la transition tels que les médecins généralistes, les chirurgiens, les endocrinologues et les psychiatres / psychologues. C'est donc pour cela, qu'à ce jour, la littérature en masso-kinésithérapie est extrêmement pauvre voire inexistante et exclusivement empirique, se basant sur les expériences des rééducateurs.

b) Questionnaire

Le nombre important de biais, ainsi dans la taille de notre échantillon (n=15), le choix de la diffusion de notre questionnaire, ne nous permettent pas d'avoir un haut niveau de significativité. Les critères d'exclusion de notre étude, à savoir l'absence de prescription de masso-kinésithérapie lors de la transition et le fait de ne pas être une personne transgenre, auraient dû amener la personne vers la page de clôture du questionnaire. Une durée plus longue sur la mise en ligne du questionnaire aurait pu nous permettre, aussi, d'avoir un échantillon plus important de la population afin d'avoir des résultats plus significatifs.

La diffusion de notre questionnaire sur internet provoque un certain nombre de biais. Tout d'abord, la présence de personnes non transgenres ayant accès au lien, mais aussi le fait de diffuser celui-ci sur internet restreint les personnes n'ayant pas internet ou n'adhérant pas aux groupes privés de la communauté transgenre.

Les questions n'ont pas fait l'objet d'un pré-test auprès des personnes transgenres malgré le fait d'être revues par plusieurs personnes. De ce fait, certaines questions mal formulées ou mal interprétées ont occasionné des biais d'interprétation. Il aurait alors été nécessaire et certainement plus efficace d'effectuer des pré-tests avec des personnes transgenres afin de réduire les biais méthodologiques dans la réalisation de celui-ci. De même, le fait de nous accorder plus de temps pour faire ce questionnaire nous aurait permis d'éviter ces biais, tels que le fait de ne pas demander quel parcours les personnes transgenres suivaient et pour quelle(s) raison(s) elles avaient eu des prescriptions. De plus, dans ce questionnaire, toutes les techniques n'ont pas pu être détaillées, et certaines ont été analysées ensemble créant des biais méthodologiques. Toutes ces modifications nous auraient permis d'obtenir des résultats de plus grande qualité avec d'avantage d'informations.

c) Entretiens

Lors de nos deux entretiens, différents biais sont repérables. Nous citerons, en premier temps, le nombre de personnes sélectionnées, mais aussi le fait d'avoir eu seulement deux professionnels de santé. Nous avons sélectionné, pour mener cet entretien, une MK que nous connaissions et, nous savions qu'elle prenait en charge des personnes transgenres lors de la transition. Afin de remédier à ce biais d'auto-sélection, nous aurions dû réaliser le même entretien avec des MK « lambda » afin de confirmer le manque de connaissances générales sur cette prise en charge. Des biais émotionnels, comme l'expression sur notre visage (étonnement, joie), ont pu orienter la réponse des deux personnes. Cela les incite également à développer d'avantage la question ou au contraire à restreindre leurs réponses.

Nous avons également rencontré quelques difficultés à reformuler la question de manière assez neutre lorsque celle-ci n'était pas comprise (question 1 de E1).

Avec du recul, nous nous rendons compte que nous aurions peut-être dû laisser plus de silence, ne serait-ce pour permettre aux personnes de prendre plus de temps pour affiner leurs réponses, mais aussi de prendre plus de temps avant de passer à la question suivante. Cette stratégie aurait pu permettre à la personne d'apporter des éléments supplémentaires.

VII. Conclusion

Aborder le thème de la transidentité est un sujet passionnant, d'autant plus qu'il nous a amenés à bousculer et interroger tout ce qui concerne nos fondamentaux et nos convictions. Nous avons réalisé que, pour les personnes transgenres qui vivent cette situation de près, la période de transition s'avère difficile pour eux tant sur le plan physique, psychologique que social.

La thématique de cette étude était de savoir : « *En quoi la masso-kinésithérapie peut être utile lors de la transition des personnes transgenres ?* ». Dans l'optique d'apporter des réponses, notre réflexion s'est appuyée sur quelques éléments de littérature, sur un questionnaire dédié aux personnes transgenres et sur deux témoignages effectués lors d'entretiens auprès de professionnels tels une MK et un chirurgien plastique.

En premier lieu, à travers nos recherches, il nous a été très enrichissant de découvrir « l'univers » complexe de la transidentité.

En second lieu, nous avons acquis la connaissance relative à la prise en charge des personnes transgenres dans la société française.

Dans un troisième lieu, nous avons observé les bienfaits de la masso-kinésithérapie lors de la phase de transition. En effet, ces bénéfices se traduisent par le massage des cicatrices mais aussi par l'accompagnement de la prise de conscience du nouveau schéma corporel et de la nouvelle image du corps. Différentes techniques comme la rééducation et l'éducation périnéale, la relaxation ainsi que les étirements ont un rôle dans l'appropriation du nouveau schéma corporel. Pour ce qui concerne la nouvelle image du corps, la masso-kinésithérapie s'appuie sur des techniques

comme la régulation du tonus musculaire, le massage mais aussi à travers le toucher.

Grâce à ces données, nous avons été amenés à nous positionner sur la conviction que la prescription de séances en masso-kinésithérapie ne pourrait avoir qu'un effet positif sur les personnes transgenres lors de la transition hormono-chirurgicale.

Nous sommes assez surpris de constater que ces apports bénéfiques, ces effets positifs n'apparaissent que très peu dans la littérature. À notre sens, il aurait été judicieux de pouvoir développer d'autres études auprès d'un nombre plus important de personnes transgenres ainsi que des praticiens. Élargir le panel de réponses au questionnaire nous aurait d'autant plus confortés ou non dans nos positionnements.

Nos démarches ne nous ont pas permis d'interroger beaucoup de personnes et nous avons pu aussi constater que le nombre de prescriptions en masso-kinésithérapie demeurerait minime, bien souvent expliqué par la méconnaissance de cet acte pour bon nombre de professionnels de santé. Par ce manque de connaissances, des appréhensions de la part des MK demeurent à ce jour selon les personnes transgenres.

Nous nous sommes également interrogés à savoir si : « La masso-kinésithérapie apporte une autre dimension que purement physique dans cette métamorphose corporelle ? ». À l'étude des résultats, il s'avère que la pratique de la masso-kinésithérapie s'appuie non seulement sur le modèle linéaire bio-médical mais aussi sur les dimensions psychologiques et sociales lors de la transition.

Nous ne sommes pas sans savoir que « la société » reste assez hermétique et réfractaire à la différence. Les personnes transgenres n'en sont pas exclues puisqu'elles sont sujettes à diverses discriminations tels que le mégenrage et leur classification dite de « hors normes ».

Nous nous posons encore la question essentielle : « Pourquoi cette notion de changements d'identité de genre, liée bien souvent à un mal être, ne rentre-t-elle pas dans les mœurs, les acceptations de la société ? ».

VIII. Bibliographie

- [1] Mateu J, Reynier M, Vialla F. Les assises du corps transformé : Regards croisés sur le genre. Bordeaux: LEH Édition; 2010. 365p.
- [2] Chartered society of physiotherapy. Physiotherapy Treatment of transgender patients [en ligne]. Londres : Chartered society of physiotherapy ; 2015 [consulté le 26/10/19]. Disponible : <https://www.csp.org.uk/publications/physiotherapy-treatment-transgende>.
- [3] Flores AR, Herman JL, Gates GJ, et al. How Many Adults Identify As Transgender in the United States ? The Williams Institute. 2016;2(1):1-13.
- [4] Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [en ligne]. Saint Denis : HAS ; 2009 [consulté le 14/09/19]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/sit.
- [5] Lalvée B. Genre et psychanalyse. La différence des sexes en question. Figures de la Psychanalyse. 2018;35(1):241-5.
- [6] Messaadi N. Réflexion sur la création du dossier médical d'une personne transsexuelle. Travail à partir de l'expérience de la Maison Dispersée de Lille [en ligne]. Rouen : journée recherche inter région ; 2015 [consulté le 10/01/19]. Disponible : <https://docplayer.fr/29225963-Reflexion-sur-la-creation-du-dossier-medical-d-une-personne-transsexuelle-travail-a-partir-de-l-experience-de-la-maison-dispersee-de-lille.html>.
- [7] Desbonnet F. La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité en médecine générale : recherche issue de la pratique de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins. 94 f. Thèse d'exercice : Médecine : Lille : 2016.
- [8] Chrysalide. L 'accueil médical des personnes transidentitaires [en ligne]. Lyon : Chrysalide ; 2012 [consulté le 19/07/19]. Disponible : <https://www.chrysalide-asso.fr/nos-documents/>.

- [9] Steinberg S. L'anthropologue, les médecins et l'expérience transgenre. *Clio* 2013;37:163-76.
- [10] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne]. Paris: CNRTL;2012 [consulté le 28/10/19]. Disponible : <http://www.cnrtl.fr/definition/>.
- [11] Rey A. Dictionnaire historique de la langue française. Paris: Le Robert; 2012. 4500 p.
- [12] Dictionnaire de l'Académie Française [en ligne]. Paris: France-Expansion; [consulté le 16/08/19]. Disponible : <https://www.dictionnaire-academie.fr>.
- [13] Espineira K, Alessandrin A, Thomas M-Y. La transyclopédie : tout savoir sur les transidentités. Paris: Des ailes sur un tracteur; 2012.320 p.
- [14] Bertini M-J. Un mode original d'appropriation des Cultural Studies : les études de genre appliquées aux sciences de l'information et de la communication. Concepts, théories, méthodes et enjeux. *Etudes culturelles* 2006;24:1-10.
- [15] Alessandrin A. Sociologie des transidentités. Paris: le Cavalier bleu éditions; 2018. 136 p.
- [16] Green R. Robert Stoller's Sex and Gender: 40 years on. *Archives of Sexual Behavior*.2010;39:1457-65.
- [17] Trans student educational resources. Infographics [en ligne]. États-Unis : TSER; 2011 [consulté le 21/01/20]. Disponible : <https://www.transstudent.org/graphics>.
- [18] Lopès P, Poudat F-X. Manuel de sexologie. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007. 432 p.
- [19] Macé É. Ce que les normes de genre font aux corps / Ce que les corps trans font aux normes de genre. *Sociologie*. 2010;1(4):497-515.

- [20] Sironi F. Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres. Paris: Odile Jacob; 2011. 271 p.
- [21] Michela MM. Dictionnaire du corps. Paris: Presses universitaires de France; 2007. 1072 p.
- [22] TRANSGRRRLS. Message d'une femme trans sans œstros [en ligne].TRANSGRRRLS ; 2018 [consulté le 5/02/20]. Disponible : <https://transgrrrls.wordpress.com/2018/10/15/message-dune-meuf-trans-sans-oestros/>.
- [23] Mossuz-Lavau J. Dictionnaire des sexualités. Paris: R. Laffont; 2014. 1024 p.
- [24] Chaumet P-O. Le transgenre : une histoire de tous les temps. Bordeaux: LEH Edition; 2015. 153 p.
- [25] Pellegrin N. Le genre et l'habit. Figures du travestissement féminin sous l'Ancien Régime. Clio. Histoire, femmes et sociétés.1999;10(2):21-53.
- [26] Cauldwell D-O. Psychopathia transsexualis. Sexology. 1949;16:274-80.
- [27] De Bavière Palatine C-E, Amiel O, Pierre G. Lettres de Madame duchesse d'Orléans née Princesse Palatine 1672-1722. Paris: Mercure de France; 1981. 498 p.
- [28] BARD C. Le « DB58 » aux Archives de la Préfecture de Police.Clio. Femmes, Genre, Histoire. 1999;10:1-9.
- [29] Harry B. Travestism and transsexualism. International Journal of sexology. 1953;7(1):12-4.
- [30] Andrew L. Gender identity and the politics of etiology. Endeavour. 2016;40(3):148-51.

- [31] Meyerowitz J. Transforming Sex: Christine Jorgensen in the Postwar U.S. *OAH Magazine of History*. 2006;20(2):16-20.
- [32] Stoller R. *Recherches sur l'identité sexuelle : à partir du transsexualisme*. Paris: Gallimard; 1978. 408 p.
- [33] Marchand J-B, Pelladeau E, Pommier F. Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame. *L'Évolution Psychiatrique*. 2015;80(2):331-48.
- [34] Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, et al. *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
- [35] ONU Info. L'OMS supprime le « trouble de l'identité de genre » de sa liste de maladies, une victoire pour les transgenres [en ligne]. New York : ONU infos ; 2019 [consulté le 9 /09/19]. Disponible : <https://news.un.org/fr/story/2019/05/1044591>.
- [36] Pull CB. DSM-5 et CIM-11. *Annales Medico-Psychologiques*. 2014;172(8):677-80.
- [37] Korpaisarn S, Safer JD. Etiology of Gender Identity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2019;48(2):1-7.
- [38] Butty A-V, Bianchi-Demicheli F. Le point sur les étiologies biologiques de la transsexualité. *Revue médicale suisse*. 2016;12:534-39.
- [39] Mohammadi MR, Khaleghi A. Transsexualism: A different viewpoint to brain changes. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2018;16(2):136-43.
- [40] Luders E, Toga AW. Sex differences in brain anatomy. *Progress in Brain Research*. 2010;186:3-12.

- [41] Rametti G, Carrillo B, Gómez-Gil E, et al. White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45(2):199-204.
- [42] Luders E, Sánchez FJ, Tosun D, et al. Increased Cortical Thickness in Male-to-Female Transsexualism. *Journal of Behavioral and Brain Science*. 2012;2(3):357-62.
- [43] Garcia-Falgueras A, Swaab DF. A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain*. 2008;131(12):3132-46.
- [44] Zubiaurre-Elorza L, Junque C, Gómez-Gil E, et al. Cortical thickness in untreated transsexuals. *Cerebral cortex*. 2013;23(12):2855-62.
- [45] Luders E, Sánchez FJ, Gaser C, et al. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage*. 2009;46(4):904-7.
- [46] Savic I, Arver S. Sex dimorphism of the brain in male-to-female transsexuals. *Cerebral Cortex*. 2011;21(11):2525-33.
- [47] Shihui H, Yina M. A Culture-Behavior-Brain Loop Model of Human Development. *Trends in Cognitive Sciences*. 2015;19(11):666-76.
- [48] Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(11):1134-41.
- [49] Green R. Family cooccurrence of "gender dysphoria": Ten sibling or parent-child pairs. *Archives of Sexual Behavior*. 2000;29(5):499-507.
- [50] Dessens AB, Cohen-Kettenis PT, Mellenbergh GJ, et al. Prenatal exposure to anticonvulsants and psychosexual development. *Archives of Sexual Behavior*. 1999;28(1):31-44.

- [51] SoFECT. Charte de la SoFECT, programme des soins [en ligne]. Paris : SoFECT ; 2015 [consulté le 19/11/19]. Disponible : <https://www.sofect.fr/presentation/charte.html>.
- [52] Le Parisien. Environ 15 000 personnes transgenres et transsexuelles en France [en ligne]. Paris : Le Parisien ; 2016 [consulté le 20/10/19]. Disponible : <http://www.leparisien.fr/archives/environ-15-000-personnes-en-france-25-01-2016-5481517.php>.
- [53] Giami A, Beaubatie E. Gender Identification and Sex Reassignment Surgery in the Trans Population: A Survey Study in France. Archives of Sexual Behavior. 2014;43(8):1491-1501.
- [54] SoFECT. Propositions de la SoFECT "pour l'amélioration de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [en ligne]. Paris : SoFECT ; 2010 [consulté le 21/11/19]. Disponible : <https://www.acthe.fr/upload/1446297790-propositionsdelasofect.pdf>.
- [55] Acthé. Faire une transition - un parcours trans [en ligne]. Paris : Acthé ; 2017 [consulté le 19/11/19]. Disponible : <https://www.acthe.fr/fiches-pratiques/153-faire-une-transition-un-parcours-trans.html>.
- [56] Légifrance, service public de la diffusion du droit par internet. Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D [en ligne]. Paris : Légifrance ; 2016 [consulté le 5/12/19]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021801916&categorieLien=id>.
- [57] Ameli. Les affections de longue durée [en ligne]. Paris : ameli ; 2019 [consulté le 5/12/19]. Disponible : <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>.

- [58] ADHEOS. Parcours alternatifs. Transition à la carte [en ligne]. Saintes : ADHEOS [consulté le 3/12/19]. Disponible : <http://www.adheos.org/parcours-alternatifs-trans>.
- [59] Légifrance, service public de la diffusion du droit par internet. Cour de Cassation, Assemblée plénière, du 11 décembre 1992, 91-11.900, Publié au bulletin [en ligne]. Paris : Légifrance ; 2016 [consulté le 5/12/19]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007030251>.
- [60] Légifrance, service public de la diffusion du droit par internet. LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle [en ligne]. Paris : Légifrance ; 2016 [consulté le 5/12/19]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033418805&categorieLien=id>.
- [61] Service-public. Changement de sexe [en ligne]. Paris : Le site officiel de l'administration française ; 2019 [consulté le 5/12/19]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34826>.
- [62] Légifrance, service public de la diffusion du droit par internet. Article 60 modifié par LOI n°2016-1547 du 18 novembre 2016-art56 [en ligne]. Paris : Légifrance ; 2016 [consulté le 5/12/19]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000033418904&cidTexte=JORFTEXT000033418805&categorieLien=id>.
- [63] Ameli. Le forum pour les assurés [en ligne]. Paris : Améli [consulté le 23/02/20]. Disponible : <https://forum-assures.ameli.fr/questions/1838172-numero-carte-vitale-personne-transgenre>.
- [64] Action Santé Travesti(e)s et Transsexuel(le)s du Québec. Traitement hormonal substitutif [en ligne]. Québec : Santé Trans Health [consulté le 5/12/19]. Disponible : <http://santetranshealth.org/jemengage/guide-contents/cross-gender-hrt/>.

- [65] OTrans. Hormones et parcours trans [en ligne]. Paris : OTrans ; 2017 [consulté le 5/12/19]. Disponible : <https://outrans.org/ressources/hormones-et-parcours-trans/>.
- [66] Meyer W, Walter O. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders, Sixth Version. *Journal of Psychology & Human Sexuality*. 2002;13(1):1-30.
- [67] Fernández B. Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. 2002;6-31.
- [68] Bauquis O, Decrouy V, Guerid S. La chirurgie de réassignation sexuelle, de l'ignorance au préjugé. *Forum Med Suisse*. 2014;14(49):919-23.
- [69] Bauquis O, Pralong F, Stiefel F. La chirurgie de réassignation sexuelle dans le cadre des troubles de l'identité de genre. *Forum Med Suisse*. 2011;11(4):58-64.
- [70] Karpel L, Cordier B. Une demande de retour au sexe de naissance après une chirurgie de réassignation sexuelle. *Sexologies*. 2013;22(2):81-9.
- [71] Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 2017;31(8):995–1004.
- [72] Ian E, Mark J. La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). *Kinésithérapie, la Revue*. 2007;7(71):40-9.
- [73] Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, et al. Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International*. 2018;(4):1-10.
- [74] Rousseau L, Bacelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. *Kinesither Rev*. 2017;17(186):33-43.

- [75] Castel P-H. La métamorphose impensable : essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle. Paris: Gallimard; 2003. 551 p.
- [76] Mahmoud S-A. Corps réel corps imaginaire: une épistémologie du somatique. 4e éd. Paris: Dunod; 2010. 288 p.
- [77] Espineira K. Les corps trans : disciplinés, militants, esthétiques, subversifs. *Revue des sciences sociales*. 2018;59:84-95.
- [78] Majid DSA, Burke SM, Manzouri A, et al. Neural Systems for Own-body Processing Align with Gender Identity Rather Than Birth-assigned Sex. *Cerebral Cortex*. 2019:1-13.
- [79] Mofradidoost R, Abolghasemi A. Body Image Concern and Gender Identities between Transgender and Cisgender Persons from Iran. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2019;46(3):260-8.
- [80] Hoenes J. Images et formations de corps d'hommes trans. *Cahiers du genre*. 2008;2(45):43-57.
- [81] Velho I, Figuera TM, Ziegelmann PK, et al. Effects of testosterone therapy on BMI, blood pressure, and laboratory profile of transgender men: a systematic review. *Andrology*. 2017;5(5):1-8.
- [82] Klein D, Paradise S, Goodwin E. Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *American Family Physician*. 2018;98(11):645-53.
- [83] Alessandrin A, Gallarda T, Bouchard J-P. Transidentités et changement de sexe : le point de vue du sociologue, le rôle du psychiatre. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2019;177(8):1-8.
- [84] Jiang DD, Gallagher S, Burchill L, et al. Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*. 2019;133(5):1003-11.

- [85] Morin C. Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : neurologie et psychanalyse. Toulouse: Érès; 2013. 214 p.
- [86] Kraemer B, Delsignore A, Schnyder U, et al. Body image and transsexualism. *Psychopathology*. 2007;41(2):96-100.
- [87] Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D, et al. Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Journal of Sexual Medicine*. 2017;14(5):1-10.
- [88] Langer SJ. Our Body Project: From Mourning to Creating the Transgender Body. *International Journal of Transgenderism*. 2014;15(2):66-75.
- [89] Langer SJ. Trans Bodies and the Failure of Mirrors. *Studies in Gender and Sexuality*. 2016;17(4):306-16.
- [90] Cash TF. Body image: Past, present, and future. *Body image*. 2004;1:1-5.
- [91] Dubois D. Le "mauvais corps", entre médecine, psychologie et normativité. Essai de problématisation sociologique du transsexualisme. 109 f. Mémoire : Sociologie : Montréal : 2008.
- [92] Jeannerod M. De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*. 2010;2(3):185-94.
- [93] Audebeau C. En tant que transgenre, pour être accepté, il faut être acceptable [en ligne]. Paris : Huffpost ; 2019 [consulté le 30/01/20]. Disponible : https://www.huffingtonpost.fr/entry/en-tant-que-transgenre-pour-etre-accepte-il-faut-etre-acceptable_fr_5cab44cde4b0dca033049db0.
- [94] Barbe Y. Enquête HES-Le MAG sur les jeunes trans': Des premiers résultats pour combattre l'ignorance et le rejet [en ligne]. Montreuil : Komitid ; 2009 [consulté le 10/03/20]. Disponible : <https://www.komitid.fr/2009/04/20/enquete-hes-le-mag-sur-les-jeune>.

- [95] Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*. 2006;51(3):53-69.
- [96] Xavier JM, Bobbin M, Singer B, et al. A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism*. 2005;8(3):37-41.
- [97] Alessandrin A. La transphobie en France : entre insuffisance du droit et multiplication des expériences discriminantes. *Cahiers du Genre*. 2016;1(60):1-12.
- [98] Grant JM, Mottet L a, Tanis J, et al. A Report of the National Transgender Discrimination Survey [en ligne]. Washington : Injustice at Every Turn ; 2011 [consulté le 25/02/20]. Disponible : https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf.
- [99] Légifrance, service public de la diffusion du droit par l'internet. Article L1110-4 Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2 [en ligne]. Paris : Légifrance ; 2018 [consulté le 29/02/20]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036515027&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180119>.
- [100] Bddtrans. Praticien-ne-s [en ligne]. Bddtrans : [consulté le 19/08/19]. Disponible : <https://bddtrans.fr/generalistes/>.
- [101] Demoncy A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la revue*. 2016;16(180):32-37.
- [102] Trans•diversité. Comprendre et respecter la transdiversité grâce à l'éducation [en ligne]. Montréal : Université de Montréal ; 2019 [consulté le 15/03/20]. Disponible : <https://catalogue.edulib.org/fr/cours/UMontreal-DSG101/>.

- [103] François V. Regards croisés sur le genre. Bordeaux: Les Études hospitalières, 2009.
- [104] Crosland C. Le sentiment de confiance dans la relation de soin en masso-kinésithérapie. 116 f. Mémoire de fin d'étude : Masso-kinésithérapie : Lille : 2019.
- [105] Frasson N, Valange-Comhaire M, Almeras I, et al. Cicatrice et massage. Revue Francophone de Cicatrisation. 2018;2(3):44-6.
- [106] Bertin G. Le kinéplasticien après la chirurgie esthétique du visage et du sein. Kinésithér Scient. 2006;471:19-36.
- [107] Lescher A. Entre Romain et Romane, approche psychomotrice de la quête d'identité du sujet transsexuel. 73 f. Mémoire de fin d'étude : Psychomotricité : Bordeaux : 2014.
- [108] Brajon E. Relaxation et schéma corporel : expérience de formation. Kinésithér Scient. 2006;471:37-45.
- [109] Guiose M. Relaxations thérapeutiques. 2e éd. Paris: Heures De France; 2007. 107 p.
- [110] Bernard D. Le massage global relaxant améliore-t-il l'image corporelle ? Kinésithér Scient. 2006;471:13-8.
- [111] Courjou E. Le toucher : sens de l'humanité. Kinésithér Scient. 2006;471:9-12.
- [112] Savatofski J. Le toucher massage. 3e éd. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2016. 160 p.

IX. Glossaire

- ALD : Affection de Longue Durée
- BSTc : Bed nucleus of the Stria Terminalis central subdivision : subdivision centrale du noyau du lit de la strie terminale
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
- FtM : Female-to-Male : Homme transgenre
- INAH3 : Noyau Interstitiel de l'Hypothalamus Antérieur 3
- MK : Masseur-Kinésithérapeute
- MtF : Male-to-Female : Femme transgenre
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- SoFECT : Société Française de Prise en Charge de la Transidentité
- THC : Traitement Hormono-Chirurgical
- THS : Traitement Hormonal Substitutif
- UE : Unités d'Enseignement

Résumé :

Introduction - Actuellement, même si la transidentité reste encore tabou, les figures trans sont au cœur des polémiques sur la question du genre. Ils ont une relation complexe avec l'image de leur corps ainsi qu'avec leur schéma corporel. Lors de la transition, des modifications corporelles et psychologiques ont lieu. Le but de cette étude est de savoir : « *En quoi la masso-kinésithérapie peut être utile lors de la transition des personnes transgenres ?* ». **Matériel et méthode** - Des concepts et des mots clés ont été définis. Une réflexion via la littérature a été faite. Un questionnaire portant sur le ressenti de la population transgenre dans le cadre de la masso-kinésithérapie, a été réalisé. Deux entretiens semi-directifs avec une masseuse-kinésithérapeute et un chirurgien plastique ont été effectués.

Résultats et discussion - Nous nous sommes appuyés sur l'analyse du questionnaire et sur deux entretiens. L'échantillon des personnes transgenres interrogées présente le fait que certaines techniques en masso-kinésithérapie leur sont utiles, tout en insistant sur la grande méconnaissance de nombreux praticiens à ce sujet. Cette méconnaissance, entraîne des appréhensions de la part des personnes transgenres mais aussi des MK.

Conclusion - La masso-kinésithérapie joue un rôle lors de la phase de transition chez les personnes transgenres. Elle est importante lors du massage cicatriciel mais aussi dans l'accompagnement lors de la prise de conscience du nouveau schéma corporel et de la nouvelle image du corps.

Mots clés - Transgenre, transition, incongruence de genre, schéma corporel, image du corps et masseur-kinésithérapeute.

Abstract :

Introduction - Despite trans-identity remaining a "taboo" subject, transgender individuals remain at the heart of the controversial question of gender. They have a complex relationship with both their body schema and body image. During the transition process, a number of physical and psychological changes take place. This study aims to explore the question: "What role can massage, and physiotherapy play in aiding throughout the transitioning process of transgender people?". **Material and Method** - Concepts and key words have been defined and the relevant literature studied. A questionnaire centered around the transgender community's feelings towards massage and physiotherapy, was carried out. Two semi-directive interviews were conducted with a physiotherapist and a plastic surgeon. **Results and Discussion** - The study focuses on an analysis of the questionnaire and the two interviews. The sample of transgender participants expressed that while physiotherapy techniques were useful, there was a lack of understanding of the subject among a large number of practitioners which fosters certain apprehensions for transgender people and physiotherapists alike.

Conclusion - Physiotherapy play an important role in the transgender transition phrase. It is important to take into consideration their new sense of body schema and body image with regards to both the cicatricial massaging practice and the support offered.

Key Words - Transgender, transition, gender dysphoria/gender incongruence, body schema, body image and physiotherapy.