



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vécus transgenres et cooccurrence d'un trouble psychotique,
particularités phénoménologiques et spécificités de prises en
charge. Une revue de la littérature.**

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2023 à 13h

au Pôle Recherche.

par Alexandre PELE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Madame le Docteur Caroline BLOND

Monsieur le Docteur Lionel MATHIEU

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Avertissement :

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Sommaire :

1/INTRODUCTION : p1

A/ Définition, repères historiques et épidémiologiques des troubles psychotiques : p1

B/ Définition, repères historiques et nosographiques des transidentités : p8

- a. **Les monomanies.** p8
- b. **Les Perversions.** p9
- c. **Vers le concept de transsexualisme.** p10
- d. **La question du genre.** p11
- e. **Les classifications internationales dans la transidentité.** p11
- f. **Fréquence de la transidentité.** p14

C/ Recommandations concernant le parcours de transition : p14

- a. **Intérêts d'un parcours de transition.** p14
- b. **Facteurs de vulnérabilité aux troubles psychiatriques présents chez les personnes transgenres.** p16
- c. **Principes généraux d'accompagnement.** p16
- d. **Le parcours de transition :** p17
 - i/ Le repérage phénoménologique. p19
 - ii/ La transition hormonale. p20
 - iii/ La transition chirurgicale. p21
 - iv/ Accompagnement complémentaire dans les parcours de transition. p22
 - v/ Prise en charge et remboursement dans les parcours de transition. p22

D/ De l'intérêt de l'étude des parcours de transition et de la clinique des personnes souffrant d'un trouble psychotique. p22

2/ METHODE DE REVUE DE LITTERATURE : p24

A/ Mots-clefs. p24

B/ Diagramme de flux. p24

3/ RESULTATS : p26

A/ Données épidémiologiques des troubles psychotiques dans la population transgenre : p26

- a. **Données de prévalence de la cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre.** p26
- b. **Données d'incidence de la cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre.** p29
- c. **Données sur le risque d'un trouble psychotique chez les personnes transgenres.** P30
- d. **Epidémiologie des gestes auto-agressifs chez les personnes avec trouble psychotique et incongruence de genre :** p38
 - i/ Le risque suicidaire. p38
 - ii/ L'automutilation génitale. p38

B/ Présentation des Case Reports, données cliniques, thérapeutiques ou liées à la transition : p40

- a. **Case reports d'individus avec un trouble psychotique et des idées délirantes liées au genre.** p40
- b. **Case reports d'individus avec une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre.** p45
- c. **Case reports dont les données ne permettent pas de différencier des idées délirantes liées au genre d'une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre.** p54

C/ Données cliniques ou liées aux transitions chez les personnes avec un trouble psychotique : p60

- a. **Recommandations générales sur les parcours de transition dans la littérature.** p60
- b. **Identification de genre chez les individus avec un trouble psychotique.** p60
- c. **Santé sexuelle des individus avec une cooccurrence de trouble psychotique et vécu transgenre.** p61
- d. **Données sur le contenu productif lié au genre.** p62

4/ Discussion : p65

A/ Méthode de revue de littérature : p65

- a. **Moteur de recherche.** p65
- b. **Temporalité.** p65
- c. **Equation de recherche.** p65
- d. **Extraction des articles.** p66
- e. **Types d'études à envisager sur les parcours de transition chez les personnes avec un trouble psychotique.** p67

B/ Données épidémiologiques des troubles psychotiques dans la population transgenre : p68

- a. **Surreprésentation de la cooccurrence de trouble psychotique dans la population transgenre.** p68
- b. **Données sur le risque auto-agressif associé à la cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre** : p74
 - i/ Risque d'automutilation génitale associé à la cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre. p74
 - ii/ Suicidalité associée à la cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre. p75
- c. **Données manquantes sur le trouble délirant persistant dans la population transgenre.** p76

C/ Éléments cliniques orientant vers une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre ou un diagnostic différentiel : p76

- a. Contenu productif lié au genre. p76
- b. Évolution diachronique des idées concernant le genre. p77
- c. Adhésion au délire lié au genre. p78

D/ Impact et principes des accompagnements transaffirmatifs chez les individus présentant un trouble psychotique : p80

- a. Impact d'un accompagnement transaffirmatif chez les individus avec un trouble psychotique. p80
- b. Différences chronologiques sur les parcours de transition. p81
- c. Autodétermination et prise de décision des patients dans le parcours de transition. p83
- d. Pluridisciplinarité dans le parcours de transition. p84
- e. Transition sociale et administrative. p84
- f. Transition hormonale. p85
- g. Transition chirurgicale et sexualité. p87
- h. Accompagnements complémentaires dans les parcours de transition. p88
- i. Dimensions psychiatriques à explorer pour les personnes avec cooccurrence d'un trouble psychotique et un vécu transgenre. p89

E/ Pistes de recherche pour de futures études sur les parcours de transition chez les personnes avec un trouble psychotique : p89

- a. Mode de recrutement dans les études sur la population transgenre. p89
- b. Données à inclure dans les recherches ultérieures sur les personnes transgenres. p90
- c. Critères d'évaluations de l'efficacité d'un parcours de transition chez les patients psychotiques. P91

5/ Conclusion. p93

6/ Références bibliographiques. p97

7/ Annexes et tableaux. p105

Sigles et acronymes :

ALD : Affection de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CIM: Classification Internationale des Maladies

DNID: Diabète non insulino-dépendant

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECT: Electroconvulsivothérapie

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IM : Intra Musculaire

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IPS : Indian Psychiatric Society

LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Trans*, Queer et Intersexe et Asexuel·le ou Aromantique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PO : Per Os

UK : United Kingdom

USA : United States of America

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

1/ INTRODUCTION :

A/ Définition, repères historiques et épidémiologiques des troubles psychotiques :

Sur le plan étymologique, « psychose » vient du grec ancien *ψυχή*, *psyche*, « esprit, âme », et *-ωσις*, *-osis*, « anomalie ». La première description clinique d'un sujet présentant ce que les psychiatres nommeront plus tard la schizophrénie revient à J. Haslam¹, pharmacien Britannique, dans son ouvrage *Illustration of madness* (1806). Les années suivantes, les aliénistes firent à leur tour les descriptions de cette présentation clinique¹.

Parmi ceux-ci nous retrouvons Philippe Pinel en 1809 dans son « traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie », puis Bénédicte Morel en 1857 parle de déments précoces « frappés de stupidité dès leur jeune âge » mais n'évoque alors pas celle-ci en tant qu'entité nosographique.¹

Emil Kraepelin (1856-1926) définit pour la première fois la *Dementia praecox* en 1893, dans la 4e édition du *Petit Traité pour Etudiants et Médecins*. Il propose dans cet ouvrage un classement des maladies mentales selon des critères évolutifs. La démence précoce se caractérise par son évolution dans le sens d'un affaiblissement mental (*Verblödung*), se déclenchant à un âge précoce (c'est-à-dire en fin d'adolescence ou chez l'adulte jeune), auxquelles peuvent s'adjoindre des idées délirantes et des hallucinations. Kraepelin et certains de ses contemporains placent cette maladie au rang des atteintes neurodégénératives, par définition d'évolution toujours chronique et déficitaire.¹

Au début du XXème siècle, cette considération est d'ailleurs remise en cause.

En opposition à Kraepelin, Eugen Bleuler s'attache plus particulièrement à une définition psychopathologique de cette entité clinique, dans la lignée du courant psychodynamique de l'époque. C'est à Bleuler que l'on doit la première occurrence

du mot schizophrénie dans son ouvrage *Dementia Praecox ou le groupe des schizophrénies*, publié en 1911. Elle s'exprimait sous la forme d'un syndrome déficitaire, de dissociation et d'un syndrome de production délirante.

Le terme schizophrénie est un néologisme formé à partir du grec *skizein* qui signifie fendre, et *phrên*, esprit, faculté de perception et de jugement. Pour Bleuler, le mécanisme pathogène fondamental est une scission (*Spaltung*) du psychisme.

Les descriptions cliniques de Bleuler sont proches de la triade diagnostique encore employée aujourd'hui, à savoir le syndrome positif (délire/hallucinations), négatif (repli autistique) et désorganisationnel (dissociation).^{1; 3} La présence du syndrome positif permet de définir un trouble psychotique, que l'on qualifiera plus précisément, en fonction de la présence ou non du syndrome négatif ou désorganisationnel, ainsi que par le thème du délire.

La dichotomie psychose/névrose définissant la structure psychique des individus est retrouvée en psychanalyse et tend à disparaître dans certaines classifications contemporaines. En effet, celles-ci ont tendance à abandonner les termes trop marqués par une théorie compréhensive. La nosographie contemporaine se veut plus neutre, plus descriptive qu'explicative afin de pouvoir intégrer plus aisément de nouvelles données, notamment biologiques.²

Différents sous-types de la maladie furent initialement décrits, mais l'expression clinique de la schizophrénie n'étant pas stable dans le temps chez un patient donné, ces dernières n'ont pas, de ce fait, été maintenues dans le DSM-5.^{3; 5}

Les frontières de la schizophrénie avec d'autres troubles psychiatriques et d'autres pathologies somatiques à expression psychiatrique sont imprécises.

En 2009, Jim Van Os et son équipe⁴ développent la notion de continuum psychotique, expliquant que les troubles psychotiques sont présents dans une version atténuée dans une grande partie de la population générale (cf **figure 1.1**).

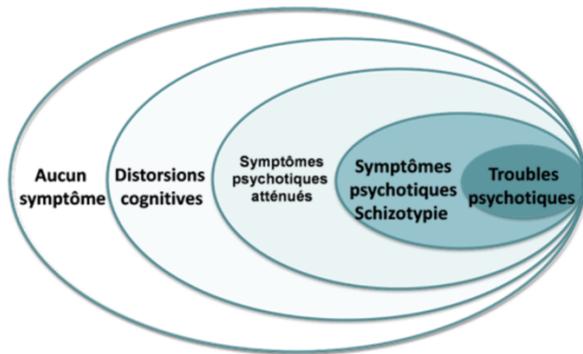


Figure 1.1 Le continuum psychotique d'après J. Van Os 2009

Dans le DSM-5⁵, un chapitre concerne le spectre schizophrénique et les troubles délirants associés (**tableau 1.1**). La notion de continuum est à différencier de celle de spectre de par la gradation symptomatique qu'elle sous-entend sans nécessairement qu'elle s'accompagne d'une altération de fonctionnement global, signant un trouble psychiatrique. Le spectre de la schizophrénie comprend quant à lui la schizophrénie, mais également des troubles psychiatriques constitués, apparentés à la schizophrénie.

Tableau 1.1 Spectre schizophrénique et autres troubles délirants. (Krebs, M-O ; CPNLF. Signes précoces de schizophrénie (Pathologies) (French Edition)

Trouble de la personnalité schizotypique
Trouble délirant
Trouble psychotique Bref
Trouble schizophréniforme
Schizophrénie
Trouble schizo-affectif
Trouble psychotique induit par une substance
Trouble psychotique associé à une autre condition médicale
Trouble catatonique associée à une condition psychiatrique (spécification)
Trouble catatonique associé à une autre condition médicale
Trouble catatonique non spécifié
Autres troubles du spectre schizophrénique ou autres troubles psychotiques
Troubles non spécifiés du spectre schizophrénique et autres troubles psychotiques non spécifiés

Concernant l'épidémiologie des troubles psychotiques, le tableau 1.2 regroupe les prévalences respectives des principaux troubles psychotiques dans la population générale à partir du DSM-5⁵.

Tableau 1.2 : Chiffres de prévalence des troubles psychotiques dans la population générale d'après le DSM-5

Tableau 1.2	Prévalence	Sex ratio
Trouble délirant persistant	0,2% (Pärälä et al, 2007)	
Trouble psychotique bref	9% (Susser et al 1995)	2F/1H
Trouble schizophréniforme	Similaire schizophrénie (Naz et al, 2003)	
Schizophrénie	0,3 à 0,7 % (Mc Grath et al ; 2008)	1/1
Trouble schizo-affectif	0,3% (Pärälä et al, 2007)	

Pour la revue de littérature, nous avons pris comme base les 3 diagnostics de troubles psychotiques chroniques non organiques, à savoir la schizophrénie, le trouble délirant persistant et le trouble schizo-affectif. Leurs caractéristiques, telles que décrites dans le DSM-5⁵ sont résumées dans le **tableau 1.3**.

Tableau 1.3 : critères diagnostiques des 3 principaux troubles psychotiques chroniques d'après le DSM 5.

Tableau 1.3	Critère A	Critère B	Critère C	Critère D	Critère E	Spécification
Schizophrénie	<p>A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Idées délirantes. 2. Hallucinations. 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents). 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique. 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle). 	<p>B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).</p>	<p>C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).</p>	<p>D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.</p>	<p>E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.</p>	<p>F. S'il existe, spécifier le type :</p> <p>295.70 (F25.0) Type bipolaire : Ce sous-type est retenu lorsqu'un épisode maniaque fait partie du tableau clinique. Des épisodes dépressifs caractérisés peuvent aussi être observés.</p> <p>295.70 (F25.1) Type dépressif : Ce sous-type est retenu lorsque seuls des épisodes dépressifs caractérisés font partie du tableau clinique. Des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins</p>

						en cas de traitement efficace).
Trouble délirant persistant	A. Présence d'une (ou de plusieurs) idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus.	B. Le critère A de la schizophrénie n'a jamais été rempli. N.B. : Si des hallucinations sont présentes, elles ne sont pas prééminentes et elles sont en rapport avec le thème du délire (p. ex. la sensation d'être infesté par des insectes associée à des idées délirantes d'infestation).	C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.	D. Si des épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés sont survenus concomitamment, ils ont été de durée brève comparativement à la durée globale de la période délirante.	E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle ou un trouble obsessionnel-compulsif.	Spécifier le type : - Erotomaniaque. - Mégalomaniaque. - De jalousie. - De persécution. - Somatique. - Mixte. Spécifier le contenu, l'évolution du trouble (aigu, chronique, un ou plusieurs épisodes), la sévérité actuelle.
Trouble schizo-affectif	A. Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque) et le critère A de schizophrénie. N.B. : En cas d'épisode dépressif caractérisé, le critère A1 (humeur dépressive) doit être présent.	B. Idées délirantes ou hallucinations pendant au moins 2 semaines sur toute la durée de la maladie, en dehors d'un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque).	C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique caractérisé sont présents pendant la majeure partie de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.	D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.		Spécifier le type : 295.70 (F25.0) Type bipolaire : Ce sous-type est retenu lorsqu'un épisode maniaque fait partie du tableau clinique. Des épisodes dépressifs caractérisés peuvent aussi être observés. 295.70 (F25.1) Type dépressif : Ce sous-type est retenu lorsque seuls des épisodes dépressifs caractérisés font partie du tableau clinique.

B/ Définition, repères historiques et nosographiques des transidentités :

La question transidentitaire se retrouve par-delà les âges et les cultures.⁶

En occident, Jacques Breton en 1985, a décrit 3 périodes distinctes à la transidentité sur le plan nosographique⁷ :

- Les monomanies.
- La perversion sexuelle.
- Le transsexualisme.

a. Les monomanies :

Ce concept est lui développé à l'époque des aliénistes par Philippe Pinel et Jean-Etienne Esquirol mais c'est de ce dernier que viendra la première description d'une personne que l'on qualifierait aujourd'hui de transgenre.

Esquirol met en lumière en 1838, dans son ouvrage *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*⁸, le cas d'un homme de 26 ans, qui se sent être une femme, celui-ci s'habillant et se comportant comme une femme, il « *se persuada qu'il était une femme et voulait en convaincre tout le monde* ». Ce cas relève, selon l'auteur, de l'aliénation mentale, ce qu'on appellera plus tard psychose. Esquirol parle alors d'« *inversion génitale* », qu'il considère comme une monomanie. Les monomanies diffèrent des autres formes de délire par le caractère partiel, d'où leur appellation de folie « raisonnante » ou « lucide ».

Nous voyons donc ici que le vécu transgenre a, dans un premier temps, été confondu avec un trouble psychotique.

b. Les Perversions :

Se détournant du champ des monomanies, plusieurs psychiatres, à commencer par Richard Von Krafft Ebing dans son ouvrage *Psychopathiasexualis*⁹ en 1886 (réédité en 1923), tendent à basculer la question vers le champ de la perversion sexuelle.

Von Krafft Ebing développe le concept de dégénérescence, dans la lignée de la théorie du français Morel (*traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, publié en 1857*), par lequel il théorise un « abâtardissement » progressif des générations. Ainsi, Von Kraft Ebing considère ce qu'il nomme « inversion sexuelle » comme « cet étrange sentiment sexuel comme un stigmate de dégénérescence fonctionnelle et comme un phénomène partiel d'un état névro-psycho-pathologique ayant pour cause, dans la plupart des cas, l'hérédité.

Magnus Hirschfeld, médecin sexologue allemand, publie en 1923 deux cas dans *Die intersexuelle Konstitution*, dont celui d'une « femme qui se sent homme ».⁶

Le sexologue allemand utilise en 1923 le terme de « *seelischer transsexualismus* », traduit par transsexualisme de l'âme ou transsexualisme psychique à propos des intersexués (dont les caractères sexuels ne permettent pas de déterminer le sexe).

Hirschfeld, considère 4 formes d'intersexualité, rassemblées en 2 grandes catégories

:

- Les manifestations organiques : l'hermaphrodisme et l'androgynisme ou le gynandrisme.
- Les manifestations psychiques : le travestisme et l'homosexualité.

Par ailleurs, Hirschfeld utilisa le terme de transvestisme qui désigne essentiellement le travestissement fétichiste, aussi appelé éonisme.

On voit donc que la transidentité, d'abord confondue avec la psychose, l'a été ensuite avec le champ de la sexualité

c. Vers le concept de transsexualisme :

David Oliver Cauldwell sexologue américain, reprend la dénomination utilisée par Hirschfeld de « *transsexualisme* » qu'il rattache à un vécu transidentitaire, en 1949 dans son essai *Psychopathia transsexualis*¹⁰.

Il y décrit notamment le cas d'une jeune fille qui éprouvait le « *désir obsessionnel d'être un garçon* », distinguant le sexe biologique du sexe psychologique.

Le transsexualisme est toujours considéré comme pathologique et rattaché aux perversions sexuelles.

Il faut attendre 1953 et le Dr Harry Benjamin, endocrinologue et sexologue américain d'origine allemande, pour que la transidentité bascule du champ de la psychose ou de la perversion à celui de trouble de l'identité. Benjamin publie *Transvestism and transsexualism*¹¹ en 1953 où il définit le transsexualisme comme « *la croyance chez un sujet biologiquement normal d'appartenir à l'autre sexe, avec un désir intense et obsédant de changer sa conformation anatomique sexuelle selon l'image que le sujet s'est faite de lui-même avec demandes d'intervention chirurgicale et endocrinienne* ». Benjamin différencie le transsexualisme et le travestisme, de même que l'homosexualité. Il souligne la différence entre le genre et l'orientation sexuelle.

Le vécu transgenre est ainsi lié à un trouble de l'identité et n'est dès lors plus confondu avec un trouble psychotique, ni même avec la perversion sexuelle.

d. La question du genre :

John Money, psychologue, propose en 1955 de distinguer le sexe et le genre évoquant notamment que “les forces psychologiques peuvent l’emporter sur les forces biologiques”. Money considère ainsi “le sexe [comme] se rapportant au biologique, le genre au social ou psychosocial”.⁶

L’auteure et philosophe américaine Judith Butler va même plus loin et publie en 1990 *Gender trouble*¹² dans lequel elle propose la théorie de la performativité de genre :

« L’idée que le genre est performatif a été conçue pour montrer que ce que nous voyons dans le genre comme une essence intérieure est fabriquée à travers une série ininterrompue d’actes, que cette essence est posée en tant que telle dans et par la stylisation genrée du corps ». Judith Butler n’oppose ainsi plus le sexe au genre sur un plan de clivage naturel ou culturel et tente de montrer que « le sexe *ne résulte pas moins d’une construction que le genre* »

Ces concepts viennent compléter le champ médical sur les considérations liées au sexe, à l’identité et l’orientation sexuelle.

e. Les classifications internationales dans la transidentité :

Si les concepts évoluent, les termes désignant la transidentité tendent à changer à mesure des rééditions des classifications internationales.

Concernant le Manuel diagnostique des troubles mentaux DSM de l’association américaine de psychiatrie (APA), le terme de transsexualisme fait son entrée dans le DSM-III en 1980 dans la catégorie des « troubles psychosexuels » avant que cette catégorie ne disparaisse lors de la révision du DSM en 1987.

C’est en 2000, dans le DSM-IV, qu’apparaît le terme de dysphorie de genre, marquant la considération non plus du sexe mais du genre.

Les critères diagnostiques incluent la notion de souffrance cliniquement significative, que regrettent associations et usagers du fait du caractère pathologisant et donc stigmatisant à l'égard du vécu transidentitaire.

La dysphorie de genre est toujours présente dans le DSM-5⁵ publié en 2013 aux États-Unis.

Les critères diagnostiques évoluent, il est désormais question de genre plutôt que de sexe, et la notion de genre alternatif émerge. Nous nous éloignons d'une approche binaire catégorielle du genre pour aller vers une approche dimensionnelle et non binaire qui ne considère plus des catégories mais tend à évaluer la part de traits associée aux stéréotypes de genre masculins et féminins.

Du côté de la Classification Internationale de Maladies de l'OMS (CIM), le transsexualisme fait son entrée en 1977 dans la CIM-9 aux côtés du transvestisme bivalent, des troubles de l'identité sexuelle dans l'enfance et des troubles de l'identité sexuelle, sans précision. Lors de la publication de la CIM-10 en 2000 en France, le diagnostic retenu est celui de « transsexualisme », classé dans les « troubles de l'identité sexuelle », eux-mêmes inclus dans les « troubles mentaux et du comportement ».

La CIM-11¹³ présentée en 2019 et appliquée à partir du 1^{er} janvier 2022 marque un tournant dans la considération de la transidentité. Le terme de transsexualisme disparaît au profit de celui d'incongruence de genre. Ce diagnostic ne fait dès lors plus partie des troubles mentaux mais sont rangés dans la catégorie des troubles liés à la santé sexuelle.

Les caractéristiques des deux derniers diagnostics actuellement utilisés sont résumées dans le **tableau 1.4**.

Tableau 1.4 : Diagnostics associés à la transidentité et critères diagnostiques d'après le DSM-5 et la CIM-11.

Tableau 1.4			
Dysphorie de genre (DSM-5)	<p>A. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins deux des items suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues). 2. Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues). 3. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe. 4. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné). 5. Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné). 6. Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné). 	<p>B. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p>	<p>Spécifier si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec trouble du développement sexuel (p. ex. un trouble adrénogénital congénital tel que : 255.2 [E25.0] hyperplasie congénitale des surrénales ou 259.50 [E34.50] syndrome d'insensibilité aux androgènes). - Post-transition ou non.
Incongruence de genre de l'adulte (CIM-11)	<p>L'incongruence de genre de l'adolescent et de l'adulte se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de "transition", afin de vivre et d'être accepté comme une personne du genre ressenti, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services sanitaires visant à faire correspondre le corps de la personne, autant que souhaité et dans la mesure du possible, au genre ressenti. Le diagnostic ne peut être posé avant l'apparition de la puberté. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.</p>		

Telle que nous l'avons abordée auparavant, cette considération met l'accent sur la dépathologisation, la dépsychiatisation de la transidentité. La transidentité n'est donc plus un fait pathologique mais un fait social.

Nous passons dès lors du champ de la pathologie à celui de variations de la norme.

f. Fréquence de la transidentité :

Une étude épidémiologique récente retrouve une prévalence de la dysphorie de genre dans la population générale comprise entre 0,5 et 1,3% (**KJ Zucker**, 2017)¹⁴. Une autre étude retrouve 0,5% de personnes transgenres dans la population américaine voire jusqu'à 1,4% pour les 13-17 ans (**Herman et al.** 2022)¹⁵.

Le **DSM-5** évoque une prévalence de la dysphorie de genre de 0,005 à 0,014 % pour les adultes nés de sexe masculin et de 0,002 à 0,003 % pour les personnes nées femmes avant 2013 dans des populations cliniques et non en population générale.

C/ Recommandations concernant le parcours de transition :

a. Intérêts d'un parcours de transition :

Un parcours de transition correspond à la trajectoire de transition (trajectoire de vie de la personne qui tend à se reconnaître et à être reconnue dans son genre ressenti) rencontrant un parcours de soins.

Avant d'aborder les principes de prise en charge d'un parcours de transition, interrogeons-nous sur l'intérêt d'un accompagnement des personnes transgenres.

Le ministère de la santé en appui d'un rapport de l'IGAS²⁵ (H. Picard ; S. Jutant ; 2022) souligne que « l'enjeu d'un accompagnement et d'une prise en charge sont une diminution de l'errance des personnes, de la stigmatisation, de l'automédication, une préservation de la fertilité, une meilleure santé globale. Ces enjeux passent par une sensibilisation et une formation des professionnels, une homogénéisation des

pratiques et une meilleure organisation des soins tout en permettant la diversité des parcours de transition. »

Testa et al.^{19; 20} proposent en 2015 d'appliquer à la population transgenre une hypothèse psychosociale établie par le psychiatre américain Ilan Meyer en 2003 sur le stress des minorités sociales.

Ce modèle cherche à expliquer le vécu et la souffrance des individus de catégories sociales minoritaires, dont la position dans la société les expose à un stress et une stigmatisation. Ainsi, les facteurs externes de stress peuvent renforcer les stéréotypes et engendrer leur internalisation par les personnes.

Ces facteurs de stress, pouvant être des commentaires, de la violence verbale ou physique, participent à la stigmatisation de ces minorités et favorisent l'internalisation chez l'individu du fait que sa différence n'est pas reconnue ou acceptée dans la société.

Les personnes ainsi concernées peuvent dès lors se prémunir des facteurs de stress en réprimant leur identité auprès des autres (non-divulgarion) ce qui aura pour effet de renforcer cette image négative chez ces individus. Dans le cas de la population transgenre, on peut donc parler de transphobie internalisée.

Ce stress répété, vécu comme des micro-traumatismes, engendre une altération de l'affirmation de soi chez des sujets dès lors plus vulnérables et plus à même de déclarer un trouble psychiatrique.

Le modèle de Testa peut donner des éléments de compréhension d'un point de vue épidémiologique concernant les troubles psychiatriques et le risque suicidaire surreprésentés chez les personnes transgenres. Des études ont montré par exemple que les risques relatifs d'un trouble dépressif ou anxieux sont multipliés respectivement par 4 (**Wicomb**¹⁷, 2018) et par 3 (**Bouman**¹⁸ 2017) dans cette

population. L'Observatoire National du suicide (novembre 2014) évoque un risque suicidaire accentué chez les minorités sexuelles adolescentes et jeunes adultes. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES (2014) présente un risque relatif de suicide multiplié par 10 chez les adolescents transgenres. Une autre étude (**Adams**¹⁶, 2017) exposant la suicidalité chez les adolescents transgenres évoque 29% de tentative de suicide sur vie entière, ainsi qu'une surmortalité par suicide multipliée par 19.

b. Facteurs de vulnérabilité aux troubles psychiques présents chez les personnes transgenres :

Sont identifiés 3 facteurs de potentielle souffrance chez les adolescents transgenres, ces derniers étant interdépendants (**F. Medjkane**²¹, 2022). Parmi ceux-là, on retrouve :

- Les difficultés de relation aux pairs et aux parents.
- La présence de cooccurrences pédopsychiatriques.
- L'incongruence de genre.

c. Principes généraux d'accompagnement :

Prenons pour base les facteurs de vulnérabilité précédemment cités :

Concernant les difficultés de relation aux pairs et aux parents, il pourra se révéler utile d'employer le support associatif de même que la pair-aidance afin de favoriser l'acceptation et le soutien de l'entourage. Sur le plan de la scolarité, dans une décision du 28 septembre 2022, le Conseil d'État a validé une circulaire du ministère de l'Éducation Nationale²² soutenant les demandes de transition sociale de l'enfant/adolescent appuyées par les parents. Il est question, avec l'accord des détenteurs de l'autorité parentale de pouvoir porter un prénom d'usage, utiliser le

genre souhaité ainsi qu'une présentation vestimentaire plus conforme à son vécu de genre et de garantir les aménagements nécessaires en termes de toilettes/vestiaires/internats.

La présence de cooccurrences (pédo)psychiatriques justifiera l'accès à une prise en charge thérapeutique (pédo)psychiatrique.

Enfin, l'incongruence de genre pourra elle être soutenue par l'accompagnement dans un parcours de transition.

d. Le parcours de transition :

Les parcours de transition se déclinent en transition sociale, administrative, et médicale. La transition sociale est le fait de vivre dans son environnement dans un genre social autre que son genre de naissance. La transition administrative porte sur la modification du prénom et/ou la mention de sexe à l'état civil. La transition médicale concerne l'ensemble des soins médicaux liés à la transition de genre. (*Rapport IGAS H. Picard ; S. Jutant* ²⁵; 2022)

En France, les principes de prises en charge reposent sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS²³ datant de 2009, en cours de réactualisation²⁴ et avec une proposition initialement prévue pour septembre 2023, sur une saisine du ministère des Solidarités et de la Santé du 23 avril 2021. Cette saisine prévoyait également un rapport de l'IGAS²⁵ (*H Picard ; S Jutant 2022*) avec pour but de dresser un état des lieux de la santé des personnes transgenres et repérer les bonnes pratiques afin d'éclairer l'HAS dans ces recommandations.

La référence internationale concernant les parcours de transition est la 8ème version (septembre 2022) des recommandations de la WPATH²⁶ (World Professional Association for Transgender Health). Y est promu l'abandon d'un parcours linéaire

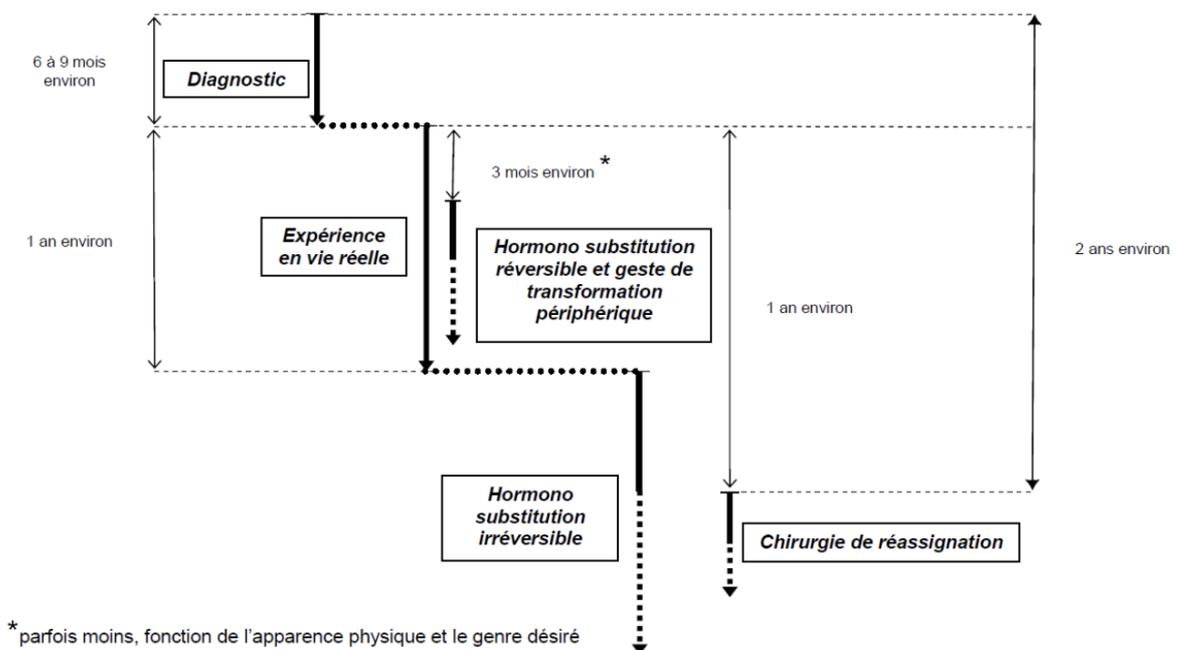
« en couloir » au profit d'un parcours « en étoile », plus flexible et centré autour de la personne et de ses souhaits.^{21, 26}

D'un point de vue psychothérapique, la WPATH propose d'accompagner les personnes par la psychothérapie de transition sociale transaffirmative en cas de conflit identitaire ou à la demande des parents, de l'enfant ou de la personne.

Le but est ici double, recherchant à la fois l'acceptation et l'affirmation de genre.

Auparavant, les recommandations HAS de 2009 prévoiaient un modèle de parcours linéaire (cf figure 1.2), dont l'évaluation psychiatrique constituait le point de départ. Celle-ci comprenait la « validation » du vécu transidentitaire du patient et la mise en lumière éventuelle de cooccurrences psychiatriques. Le parcours en étoile ne nécessite pas de validation et celui-ci peut se faire sans injonction d'ordre ou de chronologie entre les différents types d'accompagnement.

Figure 1.2 : Présentation schématique de la proposition HAS de 2009.



NB : Ce parcours de soins est à adapter au cas par cas.

Parmi les modalités de transition médicale, on retrouve :

i/ Le repérage phénoménologique :

Telle que décrite dans les recommandations HAS²³ de 2009 (**annexe 1** et **tableau 1.5**), la première étape de la prise en charge des patients consistait à diagnostiquer et évaluer le trouble de l'identité sexuelle, selon les critères spécifiés dans une des deux nomenclatures officielles (CIM-10 ; DSM-IV). Le diagnostic et l'évaluation devaient être effectués par des professionnels qualifiés au sein de l'équipe de référence. Dans tous les cas, plusieurs entretiens d'évaluation, étalés sur quelques mois en fonction de la situation clinique afin de réunir données psychiatriques, cliniques et psychométriques, étaient nécessaires. Ce bilan pouvait s'appuyer sur l'interprétation de tests réalisés par des psychologues pour évaluer les modalités de fonctionnement psychique chez les patients. La présence d'une psychopathologie peut constituer un facteur de mauvais pronostic quant aux effets du traitement. Il était alors préconisé de rechercher systématiquement ce qui était considéré comme une « comorbidité » psychiatrique (avant la sortie de la transidentité du champ des troubles psychiatriques) lors du bilan psychologique et de la traiter si nécessaire.

De cette évaluation initiale découlait une expérience de vie réelle avec transition sociale, période pendant laquelle la personne transgenre doit vivre à temps plein dans son rôle de genre, avant d'avoir le droit d'accéder à une aide hormonale, chirurgicale et juridique.

D'après le rapport de l'IGAS²⁵ de 2022, les pratiques actuelles seraient en rupture par rapport à ces propositions de la HAS 2009 pour ce qui a trait à l'initialisation des parcours, d'une part, la validation psychiatrique de la transidentité et d'autre part, l'expérience en vie réelle comme condition d'accès au soutien hormonal et chirurgical.

La question du diagnostic est remplacée par celle d'un repérage phénoménologique permettant d'orienter vers un professionnel de santé mentale si cela est nécessaire.

Ce même rapport suggère qu'un accompagnement de la personne par un psychiatre ou un psychologue serait utile durant le parcours, pour prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps et les impacts de la transition sur la vie personnelle. Cet accompagnement serait d'autant plus utile que la prévalence des troubles psychiques est plus élevée chez les personnes transgenres qu'en population générale, avec notamment une suicidalité plus forte.

ii/ La transition hormonale :

Le tableau 1.5 expose les étapes de transition hormonale telles que préconisées dans les recommandations HAS de 2009.

Les traitements hormonaux sont généralement prescrits hors-AMM. Il est important de noter qu'un faible nombre de médecins accepte de les prescrire majorant le risque d'une automédication (H. Picard ; S. Jutant²⁵ ; 2022). Ces traitements sont administrés à long terme et peuvent induire des effets secondaires, d'autant plus en cas d'automédication.

Tableau 1.5 : Transition hormonale d'après les recommandations HAS de 2009.

Parcours de féminisation :	
Avant orchidectomie :	<ul style="list-style-type: none"> • Etape de dévirilisation : anti-androgènes. • Etape de féminisation : anti-androgènes puis oestrogènes.
Après orchidectomie :	Doses oestrogènes réduites, suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la féminisation. Anti-androgènes interrompus généralement.
Parcours de masculinisation :	
Avant ovariectomie :	<ul style="list-style-type: none"> • Etape de déféminisation : progestatifs de synthèse. • Etape de virilisation : testostérone.
Après ovariectomie	Dose de testostérone suffisantes pour préserver le capital osseux.

D'après le rapport de l'IGAS²⁵ (**H. Picard ; S. Jutant 2022**), le parcours de transition des mineurs peut comporter l'utilisation des traitements bloqueurs de puberté (analogues de l'hormone entraînant la libération de gonadotrophines (GnRH)) qui visent à suspendre le développement des caractères sexuels secondaires (poitrine, voix, pilosité) relevant du genre auquel le mineur ne s'identifie pas. Ces effets sont réversibles.

Les traitements hormonaux permettent de développer des caractéristiques physiques secondaires en harmonie avec l'identité de genre du jeune. Ils sont le plus souvent prescrits autour de 15 ans, à l'âge d'entrée au lycée. Dans ce cas, il s'agit de traitements dont l'impact est en partie irréversible (pilosité, voix ...) et agissant sur la fertilité. Cela nécessite la proposition à chaque adolescent et adulte d'une préservation de la fertilité telle que recommandée dans la loi bioéthique²⁷ (Amendement n°1785, article 22, alinéa 2) et la charte des CECOS de France.

iii/ La transition chirurgicale :

La chirurgie pelvienne d'affirmation de genre n'est pas pratiquée avant 18 ans, compte tenu de son caractère irréversible.

Dans les parcours de féminisation, la chirurgie d'affirmation de genre recouvre des interventions de chirurgie pelvienne (orchidectomie avec pénectomie, création d'un néo-vagin par vaginoplastie) et des interventions de chirurgie mammaire (plasties d'augmentation mammaire).

Dans les parcours de masculinisation, la chirurgie d'affirmation de genre recouvre des interventions sur les organes génitaux (hystérectomie, ovariectomie, colpectomie, création d'organes génito-urinaires masculins (phalloplastie, métaïdoïoplastie) et des interventions de chirurgie mammaire (mastectomies).²⁶

iv/ Accompagnements complémentaires dans les parcours de transition :

D'autres types de prise en charge sont possibles comme en orthophonie pour le travail de féminisation de voix par exemple, ou la dépilation laser par exemple.²⁶

Un accès à la préservation des gamètes est désormais permis pour tous (majeurs et mineurs) par la loi de bioéthique du 2 août 2021.²⁷

v/ Prise en charge et remboursement d'un parcours de transition :

Selon la CNAM, 8 952 personnes sont titulaires d'une ALD pour « transidentité » en 2020 (dont 294 âgées de 17 ans et moins). Les mineurs représentent 3,3 % des titulaires d'une ALD et près de 70 % des bénéficiaires ont entre 18 et 35 ans.²⁵

D/ De l'intérêt de l'étude des parcours de transition et de la clinique des personnes souffrant d'un trouble psychotique :

De par son histoire, bien qu'elle soit aujourd'hui une entité bien distincte de la psychose et de par l'intérêt sociétal relativement récent pour la transidentité, il existe peu de données dans la littérature concernant la cooccurrence d'une incongruence de genre et de troubles psychotiques.

Pour résumer, dans l'attente de recommandations nationales, la 8ème version des recommandations de la WPATH est prise pour référence actuellement en France. Il est ainsi question d'un parcours flexible dit "en étoile", opposé au modèle plus rigide "en couloir" des recommandations HAS de 2009.

La refonte des recommandations HAS ne fait pas état de projet concernant les personnes présentant une cooccurrence d'incongruence de genre et d'un trouble psychotique. Les recommandations de la WPATH se positionnent et expriment qu'il est possible de proposer un accompagnement chez les personnes avec une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre.

Mais alors, de quelle manière devons-nous aborder les parcours de transition chez les personnes avec un trouble psychotique ? L'intérêt de ce travail sera d'étudier dans la littérature la cooccurrence des troubles psychotiques et d'une incongruence de genre et les parcours de transition proposés. Pour ce faire, il semble pertinent de répondre à plusieurs problématiques :

- Quelle est la fréquence des troubles psychotiques dans la population transgenre ?
- Pouvons-nous identifier des particularités sur le plan clinique susceptibles d'orienter les cliniciens vers une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre ou vers des idées délirantes liées au genre ?
- Que dit la littérature actuelle sur les parcours de transition chez les personnes avec un trouble psychotique ? Existe-t-il des données sur l'impact des accompagnements transaffirmatifs sur un trouble psychotique ?

2) METHODE DE REVUE DE LITTERATURE :

A) Mots clefs :

Pour ce travail de revue, la méthode PRISMA (S. Mateo²⁸ ; 2020) a été appliquée à partir du moteur de recherche bibliographique Pubmed, sans considérer de borne temporelle et avec pour base l'équation de recherche suivante :

((**persistent delusional**) OR (**schizophrenia**) OR (**psychosis**) OR (**schizoaffective**)) AND ((**gender dysphoria**) OR (**transgender persons**) OR (**transsexual**) OR (**gender identity**) OR (**gender incongruence**)) NOT ((**bipolar**) OR (**autism**) OR (**personality disorder**))

B) Diagramme de flux :

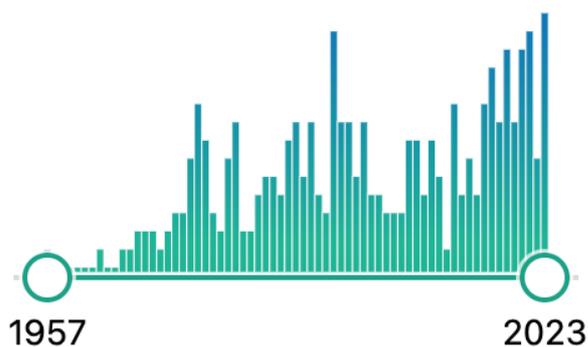


Figure 2.1 : diagramme d'étendue chronologique des 305 articles de la revue de littérature d'après Pubmed. Dernière barre : 14 articles en 2023

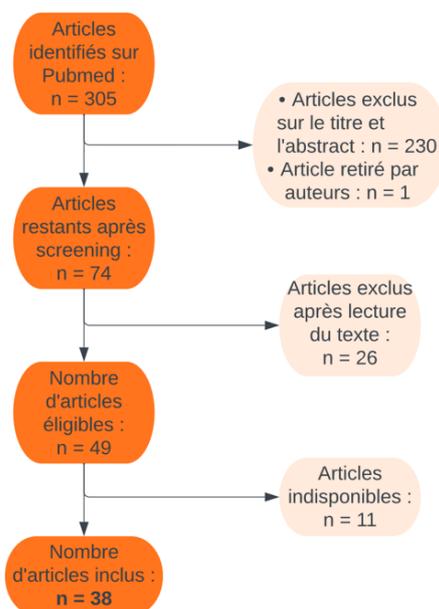


Figure 2.2 : diagramme de flux de la revue de littérature

Nous retrouvons dès lors un total de 305 articles de 1957 à 2023, que nous avons intégrés au logiciel de gestion de références Zotero. Un article a d'emblée été exclu car la publication a été rétractée. Le reste des articles a été inclus s'ils évoquaient "les prises en charges transaffirmatives chez les personnes avec un trouble psychotique" ou "les personnes avec un trouble psychotique exprimant un vécu transgenre". 11 articles n'ont pas pu être récupérés depuis les moteurs de recherche, les services du Centre Hospitalier Universitaire de Lille et la Bibliothèque Universitaire Santé de Lille.

Parmi ces articles, nous retrouvons :

- 21 Case Reports.
- 8 revues narratives de littératures (dont 1 sous forme d'éditorial, 1 sous forme de lettre adressée à l'éditeur).
- 3 revues de littérature (2 narratives, 1 systématique) accompagnées de Case Reports.
- 6 études :
 - 2 études de cohorte rétrospectives.
 - 2 études qualitatives phénoménologiques.
 - 1 étude de cas comparative.
 - 1 étude descriptive d'incidence.

3/ RESULTATS :

A/ Prévalence et données épidémiologiques des troubles psychotiques dans la population transgenre :

a) Données de prévalence de la cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre :

Il est difficile d'évaluer la prévalence des troubles psychotiques dans la population transgenre.

Les différents résultats présentés ci-dessous ont été regroupés dans le **tableau 3.1** d'après les tableaux des revues de littératures suivantes (**J. Stusiński ; M. Lew-Starowicz²⁹ ; 2018**) (**S.M. Barr et al.³⁰ 2021**) auxquels ont été rajoutées des données d'autres articles.

Hanna et al. ³¹ (2019) font l'examen de 254 millions de dossiers de sortie d'hospitalisation (toutes spécialités confondues) aux Etats-Unis issus de la base de données « National Inpatient Sample ». Les auteurs retrouvent une prévalence de 14,7% et 4,3% de trouble psychotique chez les personnes transgenres et cisgenres respectivement. En ciblant plus précisément la prévalence de la schizophrénie chez les personnes, les chiffres de prévalence sont de 14,2% pour les personnes transgenres versus 2,8% pour les cisgenres. Les auteurs ne précisant pas le diagnostic associé concernant les 0,5% de troubles psychotiques restants.

Wanta et al. ³² (2019) ont observé 53,5 millions de dossiers de santé électroniques de personnes en demande de soins dans la base de données Explorys inc. sur la population américaine. La prévalence retrouvée concernant la schizophrénie est de 2,5% et 0,37% respectivement chez les personnes transgenres et chez les personnes

cisgenres. Concernant le trouble schizo-affectif, la prévalence y est de 2,2% chez les personnes trans et 0,16% chez les personnes cisgenres.

Dragon et al. ³³ (2017) examinent 39 millions de demandes de paiement à l'acte issues des données sur les maladies chroniques dans la population américaine (Medicare CMS chronic Conditions data warehouse). Nous retrouvons une prévalence de trouble schizophrénique de 22,1 % pour les bénéficiaires Medicare transgenres souffrant de maladies chroniques (MBCC) et de 2,3 % pour les bénéficiaires cisgenres de Medicare souffrant de maladies chroniques (MBCC). Pour les bénéficiaires MBCC avec une invalidité, la prévalence de trouble schizophrénique est de 28,2 % pour les personnes transgenres et 9,6 % pour les personnes cisgenres. Concernant la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, la prévalence est de 26,7 % pour les transgenres bénéficiaires de Medicare (MD) avec des conditions potentiellement invalidantes et de 5,6 % pour les cisgenres MD avec des conditions potentiellement invalidantes. La prévalence est 36,3 % et de 13,0 % respectivement pour les transgenres MD et cisgenres MD avec un statut d'invalidité.

Okabe et al. ³⁴ (2008) étudient 603 patients d'une clinique prenant en charge la dysphorie de genre au Centre Hospitalo-Universitaire d'Okayama au Japon. Les auteurs précisent que 5 cas de trouble schizophrénique ont été secondairement exclus dans l'étude.

Spanos et al. ³⁵ (2021) dans une étude rétrospective de 589 personnes recherchant des soins d'affirmation de genre dans un centre de santé polyvalent en Australie, retrouvent une prévalence de la schizophrénie chez les personnes trans de 2,4 % et 0,7% pour le trouble schizo-affectif.

Hoshiai et al. ³⁶ (2010) dans un échantillon japonais de 579 patients avec une dysphorie de genre dans la Clinique de l'identité de genre du Centre Hospitalo-Universitaire d'Okayama retrouvent 2 patients avec un trouble schizophrénique.

Cole et al. ³⁷ (1997) ont étudié 435 patients s'étant présentés dans une clinique accompagnant les problématiques d'identité de genre aux Etats-Unis. Les auteurs rapportent des personnes transgenres autodéterminées ("auto-diagnostic de dysphorie de genre"). On retrouve 4 individus avec un trouble schizophrénique dans cet échantillon.

Gómez-Gil et al. ³⁸ (2009) étudient 230 patients de l'Hospital Clínic (Barcelone, Espagne) présents pour une chirurgie pelvienne d'affirmation de genre. Un trouble psychotique sans précision aurait été présent chez 6 patients (2,6% dont 3 parmi les hommes transgenres et 3 parmi les femmes transgenres).

Judge et al. ³⁹ (2014) étudient 218 patients avec dysphorie de genre (159 femmes transgenres, et 59 hommes transgenres) issus d'une clinique spécialisée dans les parcours de transition en Irlande. La prévalence de la schizophrénie est de 8 cas (5%) pour les patientes en voie féminisation. Aucune cooccurrence de dysphorie de genre et de schizophrénie n'a été retrouvée chez les patients en voie de masculinisation.

Burns et al. ⁴⁰ (1990) dans un échantillon de 106 patients d'une clinique de dysphorie de genre à Londres retrouvent 2 patients avec un diagnostic de schizophrénie.

De Vries et al. ⁴¹ (2011) n'ont retrouvé aucun cas de trouble du spectre de la schizophrénie parmi 105 adolescents avec dysphorie de genre adressés à la clinique d'identité de genre de la VU University Medical Center à Amsterdam.

Meybodi et al. ⁴² (2014) n'ont retrouvé aucun cas de trouble du spectre de la schizophrénie parmi 83 patients avec dysphorie de genre de l'institut psychiatrique de Téhéran.

Levine ⁴³ (1980) retrouve une prévalence de 8% de trouble schizophrénique parmi 51 patients en demande de chirurgie pelvienne d'affirmation de genre de la Case Western Reserve University Gender Identity Clinic (Cleveland, Etats-Unis).

Hepp et al. ⁴⁴ (2005) étudient un échantillon de 31 patients traités pour dysphorie de genre au département de Psychiatrie de l'Hôpital Universitaire de Zurich. Les auteurs ne retrouvent pas de diagnostic de trouble schizophrénique. 1 patient a été diagnostiqué d'un trouble schizophréniforme et 1 autre de trouble psychotique non-spécifié.

b) Données d'incidence de la cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre :

L'incidence de la dysphorie de genre aux États-Unis est passée de 15172 à 121882 de 2017 à 2022 dans la tranche d'âge des 6 à 17 ans (**J.M. Thoman ; L.E DeLisi ; 2023** ⁴⁵, d'après Reuters).

On ne retrouve pas d'article traitant de donnée d'incidence de trouble psychotique chez les personnes transgenres.

c) Données sur le risque de trouble psychotique chez les personnes transgenres :

Hanna et al. ³¹ (2019) dans une analyse multivariée d'un échantillon représentatif de la population américaine tirée de la National Inpatient Sample retrouve une surreprésentation des troubles psychiques chez les personnes transgenres par rapport aux cisgenres, dont la psychose (OR = 2.46; CI, 2.36-2.56 ; P < 0.001 ; n = 254 437 363).

Becerra et al. ⁴⁷ (2018) étudient les dossiers médicaux de 3 sites du consortium de soin américain "Kaiser Permanente". Les dossiers identifiés d'enfants/adolescents ayant une identité transgenre datent d'entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2014. Identifiés : 588 femmes trans + 745 hommes trans. Ces dossiers ont été comparés à 10 témoins cisgenres masculins et 10 femmes par cas. Chaque personne a été comparée en fonction de son âge, de son ethnicité et du site de recrutement. L'échantillon total est de 21 000 personnes.

Ainsi, l'association estimée de trouble psychotique chez les jeunes femmes transgenres par un odd ratio est de 4,5%, soit 19,5 fois plus élevée que les jeunes hommes de référence cisgenres, 12,2 fois plus élevée que les jeunes femmes de référence cisgenres. L'association estimée de trouble psychotique chez les jeunes hommes transgenres par un odd ratio est 4,9% soit 12,2 fois plus élevée que les jeunes hommes cisgenres de référence, 14,4 fois plus élevée que les jeunes femmes cisgenres de référence. L'association estimée de trouble schizophrénique chez les jeunes femmes transgenres par un odd ratio est de 1,2 %, soit 49,7 fois plus élevée que les jeunes hommes cisgenres de référence, 24,9 fois plus élevée que les jeunes femmes cisgenres de référence. L'association estimée de trouble schizophrénique

chez les jeunes hommes transgenres par un odd ratio est de 2,0% soit 21,7 fois plus élevée que les jeunes hommes cisgenres de référence, 32,6 fois plus élevée que les jeunes femmes cisgenres de référence.

F. Termorshuizen *et al.* ⁴⁸ (2023) étudient une cohorte rétrospective de la population hollandaise de 2011 à 2019 recrutée à partir du registre Diagnosis Treatment Combinations (DTCs) de la Dutch Healthcare Authority (Nza).

L'échantillon comprenait 5564 personnes transgenres et 27820 contrôles, sélectionnés parmi 3 voies de recrutement. La voie 1, à partir du registre de données de dispensation de traitement hormonal sexuel (les sujets de 45 ans ou plus au moment de la première dose ont été placés dans une catégorie "incertain" pour éviter l'inclusion de certaines pathologies). Les patients issus de la voie 2 étaient recrutés à partir du registre d'assurance de soins en santé mentale incluant des personnes avec un diagnostic de dysphorie de genre ou de trouble de l'identité de genre. La voie 3 de recrutement comprenait les patients remplissant les critères de la voie 1 et 2.

Les Incidence Risque Ratio (IRR) de trouble psychotique pour les personnes transgenres étaient pour la voie 1 de 2,00, ((95% IC 1,52-2,63) N = 3859), pour la voie 2 de 22,15 ((95% IC 13,91-35,28) N = 694) et pour la voie 3 de 5,17 ((95% IC 3,57-7,49) N = 1011)).

Tableau 3.1 : Données épidémiologiques de la littérature sur la cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre.

Auteur et année de l'étude	Echantillon de population étudiée	Age	Base de recrutement	Prévalence/incidence/risque relatif d'un trouble psychotique
Hanna <i>et al.</i> (2019)	Examen de 254 millions de dossiers de sortie d'hospitalisation.	18-65 ans. Moyenne d'âge cisgenre : 57,2 ans. Moyenne d'âge transgenre : 40,3 ans	Base de données de la National Inpatient Sample.	Psychose chez les personnes trans : 14,7% Psychose chez les personnes cis : 4,3% Schizophrénie chez les personnes trans : 14,2% Schizophrénie chez les personnes cis : 2,8% OR = 2.46; CI, 2.36-2.56; P < 0.001 analyse multivariée des troubles psychotique des personnes transgenres vs cisgenres.
Wanta <i>et al.</i> (2019)	Examen de 53,5 millions de dossiers de santé électroniques de personnes en demande de soins.	35 - 49 ans pour tous les groupes.	Base de données Explorys inc.	Schizophrénie chez les personnes trans : 2,5 %. Schizophrénie chez les personnes cisgenres : 0,37 % Schizo-affective chez les personnes trans : 2,2 % Schizo-affective chez les personnes cisgenres : 0,16 %

<p>Dragon <i>et al.</i> (2017)</p>	<p>Examen de 39 millions de demandes de paiement à l'acte pour Medicare.</p>	<p>18-85 ans. Moyenne d'âge cisgenre : 70,9 ans. Moyenne d'âge transgenre : 53,1 ans.</p>	<p>CMS chronic Conditions data warehouse</p>	<p>Schizophrénie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 22,1 % pour les bénéficiaires trans Medicare souffrant de maladies chroniques (MBCC). - 2,3 % pour les bénéficiaires cisgenres de Medicare souffrant de maladies chroniques (MBCC). - 28,2 % pour les trans MBCC ayant droit uniquement en cas d'invalidité. - 9,6 % pour les personnes cisgenres MBCC ayant droit uniquement en cas d'invalidité <p>Schizophrénie et autres troubles psychotiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 26,7 % pour les trans bénéficiaires de Medicare (MD) avec des conditions potentiellement invalidantes. - 5,6 % pour les cisgenres MB avec des conditions potentiellement invalidantes. - 36,3 % pour les trans MB avec des conditions potentiellement invalidantes admissibles uniquement en cas d'invalidité - 13,0 % pour les MB cisgenres souffrant de maladies potentiellement invalidantes et ayant droit uniquement en cas d'invalidité.
------------------------------------	--	---	--	--

Becerra-Culqui (2018)	<p>Dossiers médicaux de 3 sites du groupe "Kaiser Permanente" aux États-Unis. Dossiers identifiés d'enfants/adolescents ayant une identité trans entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2014. Identifiés : 588 femmes trans + 745 hommes trans. Ces dossiers ont été comparés à 10 témoins cisgenres masculins et 10 femmes par cas. Chaque personne a été comparée en fonction de son âge, de son ethnicité et du site de recrutement. Échantillon total de 21 000</p>	10 - 17 ans.	Base de données KP record (USA).	<p>Prévalence donnée sous forme d'Odd Ratio par rapport au groupe de référence.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychoses chez les jeunes femmes trans : 4,5% 19,5 fois plus élevé que les jeunes hommes de référence cisgenres, 12,2 fois plus élevé que les jeunes femmes de référence cisgenres - Psychoses chez les jeunes hommes trans : 4,9% 12,2 fois plus élevé que les jeunes hommes cisgenres de référence, 14,4 fois plus élevé que les jeunes femmes cisgenres de référence. - Schizophrénie chez les jeunes femmes trans : 1,2 % 49,7 fois plus élevé que les jeunes hommes cisgenres de référence, 24,9 fois plus élevé que les jeunes femmes cisgenres de référence - Schizophrénie chez les jeunes hommes trans : 2,0% 21,7 fois plus élevé que les jeunes hommes cisgenres de référence, 32,6 fois plus élevé que les jeunes femmes cisgenres de référence
-----------------------	--	--------------	----------------------------------	--

F. Termorshuizen <i>et al.</i> (2023)	Étude de cohorte rétrospective de la population hollandaise de 2011 à 2019 : - Voie 1 de recrutement : Registre et données de dispensation de traitement hormonal sexuel (Sujets de 45 ans ou plus au moment de la première dose placés dans une catégorie "incertain" pour éviter d'inclure certaines pathologies). - Voie 2 : Registre d'assurance de soins en santé mentale incluant des personnes avec diagnostic de dysphorie de genre ou de trouble de l'identité de genre. - Voie 3 : critères de voie 1 + 2. - Personnes transgenres N = 5564 et contrôles N = 27820.	16 - 60 ans.	Registre Diagnosis Treatment Combinations (DTCs) de la Dutch Healthcare Authority (Nza).	Incidence Rate Ratio (IRR) : - Voie 1 : IRR = 2,00, (95% IC 1,52-2,63) N = 3859 - Voie 2 : IRR = 22,15 (95% IC 13,91-35,28) N = 694 - Voie 3 : IRR = 5,17 (95% IC 3,57-7,49) N = 1011 p Value pour différence <0,001
Okabe <i>et al.</i> (2008)	603 patients de clinique prenant en charge la dysphorie de genre.	X	Clinique d'identité de genre Hospitalo-Universitaire d'Okayama	5 cas de trouble schizophrénique non inclus dans l'étude.
Spanos <i>et al.</i> (2021)	Étude rétrospective de 589 personnes recherchant des soins dans un centre de santé polyvalent.	21 - 30 ans. Moyenne : 25 ans.	Centre de santé polyvalent à Melbourne, Australie.	-Schizophrénie chez les personnes trans : 2,4 % -Troubles schizo-affectifs chez les personnes trans : 0,7 %
Hoshiai <i>et al.</i> (2010)	579 patients diagnostiqués dysphoriques de genre.	Moyennes d'âge : Hommes trans : 26,56 +/- 6,1 ans. Femmes trans : 32,0 +/- 10,2 ans.	Gender clinic de l'Hôpital Universitaire de Okayama.	2 patients diagnostiqués d'une schizophrénie.

Cole <i>et al.</i> (1997)	435 patients de clinique avec « autodiagnostic de dysphorie de genre »	Femmes trans moyenne d'âge : 32 ans. Hommes trans moyenne d'âge : 30 ans.	Individus s'étant présentés dans une clinique d'identité de genre (USA).	4 cas de trouble schizophrénique (0,92%)
Gómez-Gil <i>et al.</i> (2009)	230 patients présents pour une chirurgie pelvienne d'affirmation de genre.	Femmes trans moyenne d'âge : 29,7 ans. Hommes trans moyenne d'âge : 27,3 ans.	Hospital Clínic (Barcelone, Espagne)	Un trouble psychotique sans précision chez 6 patients, vie entière. (2,6% dont 3 parmi les hommes et 3 parmi les femmes)
Judge <i>et al.</i> (2014)	Patients avec dysphorie de genre. 159 en parcours de féminisation. 59 en parcours de masculinisation.	Femmes trans moyenne d'âge : 32,5 ans. Hommes trans moyenne d'âge : 32,2 ans.	Clinique de dysphorie de genre, département d'endocrinologie, Hôpital St Columcille (Irlande).	Prévalence de la schizophrénie a été retrouvée dans 8 cas (5%) des patientes en voie féminisation. Aucune cooccurrence de dysphorie de genre et de schizophrénie chez les patients en voie de masculinisation.
Burns <i>et al.</i> (1990)	106 patients.	Moyenne d'âge trans : 32,6 ans. Moyenne d'âge cis : 32,9 ans.	Clinique de dysphorie de genre Maudsley Hospital (Londres, RU)	2 patients diagnostiqués d'une schizophrénie.
De Vries <i>et al.</i> (2011)	105 adolescents avec dysphorie de genre.	Age moyen : 14,6 ans.	Adolescents adressés à la clinique d'identité de genre de la VU University Medical Center, (Amsterdam, Pays-Bas)	Pas de cas retrouvé de schizophrénie.
Meybodi <i>et al.</i> (2014)	83 patients avec dysphorie de genre.	Moyennes d'âge Femmes trans : 25,31 ans. Hommes trans : 25,45 ans.	Institut psychiatrique de Téhéran.	Pas de cas retrouvé de schizophrénie.

Levine <i>et al.</i> (1980)	51 patients en demande de chirurgie pelvienne d'affirmation de genre.	Hommes : 5 - 60 ans Femmes : 18 - 42 ans.	Case Western Reserve University Gender Identity Clinic (Cleveland, USA)	8% de cas de trouble schizophrénique retrouvés.
Hepp <i>et al.</i> (2005)	31 patients traités pour dysphorie de genre.	Moyenne d'âge de 33,2 ans.	Département de Psychiatrie de l'Hôpital Universitaire de Zurich	Pas de diagnostic de trouble schizophrénique. 1 diagnostic de trouble schizophréniforme et 1 de trouble psychotique non spécifié.

d) Épidémiologie des gestes auto-agressifs chez les personnes avec troubles psychotique et incongruence de genre :

i/ Le risque suicidaire :

Nous ne retrouvons pas de données épidémiologiques faisant état du risque suicidaire chez les individus avec une cooccurrence de trouble psychotique et d'un vécu transidentitaire. **Baltieri et Andrade** ⁴⁹ (2009) suggèrent que celui-ci pourrait être majoré par rapport à la population générale.

ii/ L'automutilation génitale :

Leo & Veeder ⁵⁰ (2017) ont recensé les cas d'automutilation génitale pénienne jusque 2015 dans la littérature. Parmi 173 personnes ayant réalisé des gestes d'automutilation génitale pénienne, les auteurs retrouvent des cas de mutilation génitale (n=21), amputation du pénis (n=62), castration (n=56) et amputation/castration combinée (n=34). Parmi ces cas, 49% intervenaient dans le cadre d'un trouble schizophrénique et 15,3% dans un contexte de dysphorie de genre.

Nous retrouvons statistiquement des troubles du spectre schizophrénique plus souvent dans les cas d'auto-amputation que dans les cas d'autocastration ou de mutilation. La dysphorie de genre est statistiquement retrouvée plus souvent dans les cas d'autocastration que dans les auto-amputations.

J. Stusiński, M. Lew-Starowicz ²⁹ (2018) rapportent dans une autre revue, 48 cas atteints de troubles du spectre de la schizophrénie qui ont été retrouvés sur un échantillon de 110 personnes ayant réalisé une autocastration. Sur ce même

échantillon, des difficultés concernant l'identification de genre étaient présentes pour 42% des personnes.

Pour résumer, l'analyse de la littérature et des revues antérieures a permis de mettre en évidence des données sur la prévalence et le risque d'une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre dans 16 études avec des échantillons pouvant aller de 254 millions à 31 personnes. Nous n'avons pas retrouvé de données sur l'incidence des troubles psychotiques dans la population transgenre. Parmi ces données, 5 études étaient issues de bases de données diagnostiques ou registres d'assurance, 7 de cliniques spécialisées dans l'accompagnement des personnes, 3 d'hôpitaux psychiatriques proposant un accompagnement à la transidentité et 1 d'un centre de santé polyvalent proposant un accompagnement à la transidentité. Concernant le risque auto-agressif, les études n'exposent pas de données sur le risque suicidaire dans le cadre de la cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre. Une revue recense dans la littérature 173 cas d'automutilation génitale pénienne. Parmi ceux-ci, 49% intervenaient dans le cadre d'un trouble schizophrénique et 15,3% dans un contexte de dysphorie de genre. Une autre revue recense 48 cas de troubles schizophréniques sur 110 personnes ayant réalisé une autocastration. 42% des personnes de cet échantillon présentaient des difficultés concernant l'identification de genre.

B/ Présentation des Case Reports, données cliniques, thérapeutiques ou liées à la transition :

La revue a permis de mettre en évidence 27 Case Reports dont la lecture laisse entrevoir des différences ayant conduit à les classer en 3 catégories. Ainsi, le premier groupe est constitué d'individus avec un trouble psychotique, dont le contenu des idées délirantes était en lien avec le genre. Le deuxième groupe comprend des personnes avec une cooccurrence de trouble psychotique et d'incongruence de genre. Enfin, le troisième groupe comprend les case reports dont les informations ne permettent pas de se prononcer sur une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre.

a) Case reports d'individus avec trouble psychotique et idées délirantes concernant le genre :

Les 6 Case Reports rapportés dans le **tableau 3.2** ont en commun un amendement des symptômes liés au genre après mise en place d'un traitement antipsychotique.

Cinq des patients étaient assignés homme à la naissance et étaient âgés de 23 à 40 ans.

Le cas de **Wilcox Vanden Berg et al.**⁵³ (2020) fait état d'une automutilation génitale dans le cadre d'une décompensation psychotique avec idées délirantes liées au genre. La symptomatologie liée au genre s'est amendée après mise en place d'un traitement antipsychotique.

Les personnes présentées par **Commander & Dean**⁵⁶ (1990) et **Manderson & Kumar**⁵⁵ (2001) ont chacune réalisé une transition sociale, s'habillant selon les stéréotypes du genre opposé depuis respectivement 1 et 3 ans.

Borras et al⁵⁴(2007), rapportent le cas d'un patient qui a bénéficié d'une transition à la fois sociale, hormonale, chirurgicale ainsi qu'une dépilation. Le patient a exprimé un regret quant

à son parcours de transition et exprime le souhait d'être hermaphrodite (pouvant interchanger son sexe via un interrupteur). La prise en charge médicamenteuse a permis une diminution franche des symptômes psychotiques y compris les éléments délirants liés au genre et une stabilité de l'identité de genre masculine. Le patient pouvait exprimer des idées suicidaires de façon fluctuante, dans les moments où il se confrontait à l'impossibilité d'avoir une intervention chirurgicale inverse de masculinisation.

Les autres patients présentés n'ont pas réalisé de transition sociale spontanément ou bénéficié d'accompagnement spécifique.

Tableau 3.2 : Tableau récapitulatif des Case Reports d'individus avec trouble psychotique et idées délirantes concernant le genre :

X : absence d'information. Horm : hormonale ; Chir : chirurgicale ; DG : Dysphorie de genre ; TUS : Trouble de l'usage de substance

Case report	Age et diagnostic(s) évoqué(s)	Éléments cliniques et anamnestiques	Prise en charge psychiatrique	Transition			Prise en charge complémentaire	Problématique soulevée
				Sociale	Horm.	Chir		
Jakubowski ⁵¹ 2021	27 ans. - Schizophrénie paranoïde. - TUS (cannabis, amphétamines).	Assigné garçon à la naissance. Début prodromes à 16 ans puis symptômes psychotiques à 17/18 ans. A 21 ans : premiers signes concernant le genre sous forme d'hallucinations cénesthésiques (vagin en constitution sous le pénis). Diminution voire amendement symptômes liés au genre (dont volonté de transition chirurgicale) après antipsychotiques mais rupture thérapeutique. Patient a consulté en demande d'un diagnostic de transsexualisme pour bénéficier d'une transition chirurgicale. Critères de transsexualisme CIM-10 n'étaient pas remplis. Désir opération d'affirmation de genre lié à une injonction hallucinatoire acoustico-verbale. Conviction que corps se transforme en corps « féminin » sous l'influence de forces venues de l'espace. Niveau de détermination à subir une opération dépendait de la prise ou non des antipsychotiques réduisant les symptômes psychotiques.	Psychothérapie 6 mois et anti- psychotiques	X	X	Souhait.	X	Diagnostic différentiel entre trouble psychotique et incongruence de genre.

Dyachenko <i>et al.</i> ⁵² 2021	32 ans. - Trouble schizo-affectif mixte. - DG et transsexualisme établis par deux psychiatres. - TUS (cannabis).	Assigné garçon à la naissance. Début des questionnements sur le genre à 14 ans mais conviction d'appartenir à l'autre genre à 30 ans quand débutent consommations de cannabis. Amendement idées de vécu transgenre à distance. Auteurs soulignent possibilité que patient présente un trouble bipolaire plutôt qu'un trouble schizo-affectif devant bon fonctionnement intercritique, absence de signe en dehors des épisodes.	Psychothérapie . Traitements anti-psychotiques et thymo-régulateurs. 12 séances d'ECT (indication non précisée).	Souhait	Souhait	Souhait.	X	Étude des idées concernant le genre dans les troubles psychotiques.
Wilcox Vanden Berg <i>et al.</i> ⁵³ 2020	23 ans. - Trouble schizophrénique depuis 1 an.	Assigné garçon à la naissance. Automutilation génitale dans contexte d'idées délirantes liées au genre. Affirme aux urgences bénéficier d'une chirurgie d'affirmation de genre. Amendement de la symptomatologie liée au genre après remise en place du traitement antipsychotique.	Risperdal initialement puis un traitement retard devant une non-compliance. Clozapine + lithium ensuite.	X	X	X	X	Étude des automutilations génitales à partir d'un cas chez un patient schizophrène avec idées délirantes sur le genre.
Borras <i>et al.</i> ⁵⁴ 2007 	40 ans - Trouble schizophrénique (débuté dans l'enfance)	Idées délirantes sur le genre à partir de 23 ans. Après opération, proches constatent : amélioration de l'humeur, diminution de l'agressivité, apaisement des préoccupations sexuelles. Quelques mois après opération, regrets, rancœur à l'encontre du chirurgien, de la science. Volonté de redevenir un homme, d'être hermaphrodite (sexe interchangeable avec un bouton). Amélioration des symptômes psychotiques (dont idées sur le genre) sous clozapine sauf quand se rend compte de l'impossibilité de refaire opération inverse (apparition d'idées	Plusieurs traitements anti-psychotiques avec benzodiazépines. Finalement 300 mg de clozapine.	Pas d'évocation précise.	Œstrogènes à 32 ans pendant 8 mois.	A 36 ans orchidectomie, penectomie et labio-vagino-plastie.	Dépilation faciale.	Étude des idées concernant le genre dans les troubles psychotiques.

		suicidaires nécessitant une intensification du suivi). Stabilité de l'identité de genre masculine.						
Manderson & Kumar ⁵⁵ 2001	35 ans. -Schizophrénie paranoïde.	Croyait qu'elle était née garçon mais que sa mère lui avait coupé le pénis à la naissance ou peu de temps après et injecté hormones pour la rendre fille. Début trouble psychotique à l'âge de 20 ans. Depuis mort de sa mère, 6 ans avant, a exprimé le souhait de redevenir un homme. Préfère s'habiller en homme. Signale rarement un inconfort avec son sexe féminin et n'a pas recherché de chirurgie. Description très succincte de l'histoire du vécu transidentitaire. Régression idées délirantes liées au genre sous traitement antipsychotique.	Anti- psychotiques.	Vécu en tant qu'homme pendant 3 ans.	X	X	X	Etude des idées concernant le genre dans les troubles psychotiques.
Commander & Dean ⁵⁶ 1990	24 ans. - Trouble schizophrénique. - TUS (alcool et cannabis).	Assigné garçon à la naissance. Idées délirantes qu'il était une femme et qu'il avait vécu sa vie de femme pendant près de deux ans. Discours désorganisé. Affirme catégoriquement que son pénis est en fait un vagin. Son « transsexualisme symptomatique » a répondu au traitement de la schizophrénie. Patient vit depuis sous une identité de genre masculine.	Anti- psychotiques retard fluphenazine decanoate à haute dose tous les 14 jours.	Habits et vécu en tant que femme pendant 1 an.	X	X	X	Étude des idées concernant le genre dans les troubles psychotiques.

b) Case reports d'individus avec une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre :

Les 15 Case Reports rapportant une cooccurrence de trouble psychotique et d'une incongruence de genre sont regroupés dans le **tableau 3.3**.

Parmi eux, nous retrouvons 10 femmes transgenres, 4 hommes transgenres et 1 personne au vécu potentiellement non-binaire. L'étendue d'âge est de 19 à 56 ans.

Nous n'avons pas de notion d'un traitement antipsychotique pour les cas exposés par **N.J. Thompson**⁵⁷ (2023), de **Lowy & Kolivakis**⁶⁸ (1971) et de **Van Putten & Fawzy**⁶⁶ (1976).

Parmi les 15 cas rapportés, 11 ont pu réaliser une transition sociale, 10 ont pu bénéficier d'une transition hormonale, 7 ont pu bénéficier d'une transition chirurgicale et 6 en ont exprimé le souhait (dont 1 dont la chirurgie est en attente). Concernant les accompagnements complémentaires, 1 personne avait pu bénéficier d'une dépilation faciale (**Lowy & Kolivakis**⁶⁸ 1971). Il est précisé pour 2 patients que des entretiens familiaux ont été menés (**Meijer et al.**⁵⁸ 2017 cas 1 et 3).

1 article étudiait la cooccurrence de la transidentité, d'un trouble psychotique et des gestes d'automutilation génitale. (**N.J. Thompson**⁵⁷ (2023))

1 des case reports s'intéressait à la possibilité d'un traitement par clozapine et d'un accompagnement transaffirmatif chez un patient avec un trouble schizophrénique et le VIH (**Gerken et al.**⁵⁹ ; 2016).

3 articles s'intéressaient à l'hypothèse du rôle neuroprotecteur des œstrogènes vis-à-vis d'épisodes psychotiques en étudiant le cas d'un épisode psychotique survenu chez

une patiente transgenre. (**Moffitt & Findley**⁶⁰ (2016) **Dhillon et al.**⁶¹ (2011) **Faulk**⁶⁶ (1990)).

Parmi les 15 Case Reports de personnes avec une cooccurrence de trouble psychotique et d'incongruence de genre on retrouve l'évocation de passages à l'acte ou d'idées suicidaires chez plusieurs cas :

Le cas n°3 de **Meijer et al.**⁵⁸ (2017) rapporte 2 tentatives de suicide à l'âge de 16 ans.

Le cas de **Moffitt & Findley**⁶⁰ (2016) est rapporté au moment où la patiente a réalisé une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire. La patiente avait déjà réalisé une transition (sociale, hormonale, chirurgicale) et le passage à l'acte intervient dans un contexte une décompensation psychotique. Les auteurs suspectent que la rupture dans le traitement hormonal ait pu participer à la décompensation psychotique car la mise place du traitement hormonal et l'initiation d'un antipsychotique ont permis l'amélioration des symptômes psychotiques et l'amendement des idées suicidaires.

Dans le cas de **Van Putten & Fawzy**⁶⁶ (1976), la personne a présenté ses symptômes psychotiques 5 ans après la transition chirurgicale. Cette personne a réalisé 2 passages à l'acte suicidaire, à chaque fois dans un contexte de recrudescence des idées délirantes.

Dans le cas de **Lowy & Kolivakis**⁶⁸ (1971) cité précédemment, la patiente pouvait en période de stress, exprimer des demandes concernant la chirurgie de même que des idées de référence, paranoïdes et des idées suicidaires ou d'automutilation.

Tableau 3.3 : tableau récapitulatif des Case reports d'individus avec une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre.

X : absence d'information. Horm : hormonale ; Chir : chirurgicale ; GD : Dysphorie de genre ; GID : Trouble de l'identité de genre ; TUS : Trouble de l'usage de substance ; TSPT : Trouble de stress post-traumatique.

Case report	Age et diagnostic(s) évoqué(s)	Éléments cliniques et anamnestiques	Prise en charge du trouble psychotique	Transition			Prise en charge complémentaire	Problématique soulevée
				Sociale	Horm.	Chir.		
N.J. Thompson ⁵⁷ 2023	35 ans. - Trouble schizophrénique - DG.	Femme transgenre arrivée en urgence pour automutilation génitale. Evoque idées délirantes mystiques de devenir eunuque et atteindre une pureté religieuse. Hallucinations intrapsychiques avec injonction de passage à l'acte. Nie dysphorie de genre mais équipe psychiatrique qui la suit évoque un vécu transgenre hors décompensation psychotique. 3 antécédents de mutilation génitale auto-infligée, chacune dans contexte de décompensation avec thématique mystique.	X	X	X	Souhait.	X	Etude de la cooccurrence transidentité/ trouble psychotique et des gestes d'automutilation génitale.
Meijer <i>et al.</i> ⁵⁸ 2017 (Cas n°1)	57 ans. - GID (car diagnostic avant DSM-5). - Trouble du spectre de la schizophrénie. - TUS (cocaïne, sevré à 44 ans).	Femme transgenre. 1ers questionnements liés au genre antérieurs à schizophrénie. A 50 ans : souhait parcours de transition. Depuis le début traitements du trouble psychotique 13 ans avant : pas eu de décompensation mais seulement symptômes paranoïdes à bas bruit. Ceux-là ne sont pas liés au genre et n'altèrent pas son fonctionnement social.	Haldol à 38 ans. De par l'anxiété due à l'opération, a été hospitalisée en périopératoire.	Oui.	A 50 ans : Anti-androgènes pendant 1 an puis adjonction oestrogènes.	Vaginoplastie à 55 ans.	Consultation familiale pour travailler avec la mère sur l'acceptation et le soutien.	Etude de la cooccurrence transidentité/ trouble psychotique et de leur accompagnement
Meijer <i>et al.</i> 2017 (Cas n°2)	38 ans - GID (car diagnostic avant DSM-5). - Trouble schizophrénique	Homme transgenre avec 1ers questionnements autour du genre à 4 ans. 1er épisode psychotique à 23 ans. 29 ans : 1ère évocation du vécu transgenre à des soignants et orientation. Psychiatre référent constate amélioration clinique globale depuis la transition sociale.	Lithium et halopéridol	Oui.	Androgènes	Mammectomie à 35 ans. A 36 ans : hystérectomie laparoscopique et colpectomie,	Arrêt du tabac et perte de 5 kg : deux conditions requises pour l'AG de	Etude de la cooccurrence transidentité/ trouble psychotique

		Depuis passage au lithium et halopéridol qui a coïncidé avec début du traitement transaffirmatif 6 ans avant : pas de décompensation psychotique.				(compliquées d'une hémorragie grave à J4). Projet de métaïdoïoplastie.	l'opération chirurgicale.	et de leur accompagnement
Meijer <i>et al.</i> 2017 (Cas n°3)	56 ans - GID (car diagnostic avant DSM-5). - Trouble schizophrénique.	Femme transgenre : Conscience vécu transgenre à 14 ans mais questionnements antérieurs. 2 tentatives de suicide à 16 ans. A 31 ans : diagnostic de schizophrénie. A 33 ans : parle à l'équipe de soins de vécu transgenre suivi d'une demande de transition un an plus tard mais arrêt du suivi. À 52 ans, nouvelle demande de soins pour identité de genre après transition sociale et amélioration cliniquement. 5 ans de stabilité du trouble schizophrénique sous traitement antipsychotique et après transition.	Anti- psychotiques.	Oui.	Phase hormonale prolongée de 3 à 4 ans a été convenue au-delà de la durée habituelle d'un an.	Après 2 ans d'hormonothérapie, possibilité d'opérer en raison de l'amélioration clinique drastique liée à féminisation. Décision prise en dialogue étroit avec psychiatre référent. Non réalisé encore devant tabagisme actif.	Facteur de stress perçu par patiente : Désapprobation familiale et a coupé les ponts. Aide à la transition par travailleur social : du point de vue administratif mais aussi dans la communication avec la famille.	Etude de la cooccurrence transidentité/ trouble psychotique et de leur accompagnement
Meijer <i>et al.</i> 2017 (Cas n°4)	29 ans. - GID (car diagnostic avant DSM-5). - Trouble schizo-affectif.	Homme transgenre. Vécu transgenre depuis l'enfance. Mutisme électif après avoir quitté l'Asie pour les Pays-Bas à l'âge de 3 ans. À 16 ans : premier épisode psychotique après 1 an de symptômes dépressifs prodromiques. Hallucinations auditives, tactiles et visuelles. 17 ans : procédure à la clinique et début parcours de transition. Nouvel épisode psychotique à 25 ans après	Rispéridone puis quasi-rémission complète après passage à la clozapine.	A 17 ans. Choix d'un prénom masculin	Androgènes à 19 ans.	A 20 ans : mastectomie et hystérectomie ont été réalisées. A 21 ans : métoïdoïoplastie compliquée d'une obstruction de l'urètre et d'une fistule.	A 24 ans, perte de cheveux : traitement par finastéride.	Etude de la cooccurrence transidentité/ trouble psychotique et de leur accompagnement

		épisode stressant et rupture de traitement antipsychotique. Amélioration rapide à la reprise.						
Gerken <i>et al.</i> ⁵⁹ 2016	52 ans. - Schizophrénie (début à 17 ans). - GD. - TSPT. -TUS (cannabis/cannabinoïdes synthétiques)	Patient assigné garçon à la naissance, Diagnostics médicaux supplémentaires de VIH, VHC et de DNID. Questionnements sur le genre à la puberté. Délires ayant pour thème l'agression physique, la violation sexuelle ou les procédures médicales involontaires. Hallucinations auditives et visuelles. Cauchemars traumatiques. Amélioration clinique après traitement antipsychotique. Persistance vécu transgenre. Délire d'être enceinte présent mais plus contenu. Meilleure adhésion aux soins (dentaires, médico-chirurgicaux), reprise d'intérêt pour activités artistiques.	Titration de clozapine jusqu'à 300 mg/jour. 2 mg de risperdal.	Oui.	Traitement par Spironolactone (diurétique épargneur de potassium mais aussi bloqueur androgénique, utilisé aux USA surtout).	Envisage mammoplastie mais pas chirurgie pelvienne pour le moment.		Possibilité d'un traitement par clozapine et d'un accompagnement transaffirmatif chez un patient schizophrène avec le VIH.
Moffitt & Findley ⁶⁰ 2016	24 ans. - Premier épisode psychotique. - GD.	Patiente de 24 ans assignée garçon à la naissance avec vécu transgenre depuis l'enfance. 1 ^{er} épisode psychotique quelques semaines après arrêt brutal traitement par oestradiol (défaut d'approvisionnement) avec tentative de suicide par ingestion de lorazepam. Hallucinations acoustico-verbales et délire d'être enceinte. Idées suicidaires par ingestion d'acide. Amélioration symptomatique globale et amendement des idées suicidaires après ajustement du traitement antipsychotique (déjà présent) et reprise d'un traitement hormonal.	Risperidone (0,5 mg initialement puis jusque 4 mg). Fluoxétine 10mg (interrompu) switch pour sertraline 100 mg.	A 13 ans.	A 16 ans.	A 22 ans.	X	Hypothèse du rôle neuroprotecteur des oestrogènes vis-à-vis d'épisode psychotique au travers d'un épisode chez une patiente transgenre.

Dhillon <i>et al.</i> ⁶¹ 2011	48 ans - Schizophrénie à début tardif. - GID à 36 ans.	Assigné fille à la naissance. Evoque vécu transgenre à 36 ans. Évocation de l'apparition d'un trouble psychotique en péri-ménopause. Auteurs évoquent possibilité d'une participation de la chute oestrogénique à l'épisode.	Plusieurs anti- psychotiques (dernier : olanzapine à 30 mg)	Oui	Début de prise de 250 mg de testostérone 3 fois par semaine en IM à 38 ans.	Mastectomie bilatérale à 45 ans mais pas aucune annexectomie	X	Hypothèse du rôle neuroprotecteur des oestrogènes vis-à-vis d'épisode psychotique.
Urban & Małgorzata ⁶² 2009	56 ans. -Schizophrène paranoïde depuis l'âge de 18 ans.	Assigné fille à la naissance. Evoque le sentiment d'être un garçon depuis l'âge de 5 ans. Début du trouble schizophrénique à 20 ans. Diminution des symptômes psychotiques sous antipsychotiques mais persistance du vécu transgenre dans une moindre intensité.	Plusieurs anti- psychotiques (dernier : olanzapine)	X	X	X	X	Idées concernant le genre chez un patient avec trouble schizophrénique.
Baltieri & Guerra De Andrade ⁴⁹ 2009	19 ans - Schizophrénie depuis 8 ans. - GD.	Évalué pour une évaluation chirurgicale d'affirmation de genre. Début des troubles à l'âge de 12 ans, repli, soliloques, discordance idéo-affective suivies d'idées délirantes de persécution. Traitement antipsychotique a permis amélioration de symptomatologie psychotique. Incongruence de genre est persistante mais l'envie d'une transition chirurgicale serait moindre. Par moments, exprime des idées délirantes où il affirme être né garçon, que ses parents lui ont coupé le pénis. Demande désormais de subir une intervention car souhaiterait pouvoir féconder sa future petite amie.	Traitement anti- psychotique par haldol PO puis IM retard devant manque d'observance. Psychothérapie de groupe.	X	X	Souhait.	X	Etude de l'influence du trouble psychotique sur le vécu transgenre.

Bhargava & Sethi ⁶⁴ 2002	25 ans. - Schizophrénie. - GID.	Assigné garçon à la naissance mais vécu transgenre depuis l'enfance a priori. Apparition progressive à l'adolescence d'idées de persécution, d'hallucinations acoustico-verbales, d'un repli. Réponse favorable des symptômes psychotiques au traitement antipsychotique et période de suivi de 2 ans sans aucune rechute. Selon les auteurs, dysphorie et le trouble d'identité de genre ont persisté.	Risperidone 6 mg par jour	X	X	Souhait.	X	Présentation d'une cooccurrence de vécu transgenre et de trouble psychotique.
Caldwell & Keshavan ⁶⁵ 1991	30 ans, - Schizophrénie à début précoce.	Symptômes psychotiques (persécution, désorganisation) se sont améliorés au cours de l'adolescence grâce au traitement neuroleptique, bien que partiellement. S'est habillée de façon féminine à l'adolescence. Fonctionnement social pendant la période d'hormonothérapie était très pauvre. Parfois le souhait d'une transition chirurgicale s'intensifiait, en particulier lors d'exacerbations du trouble psychotique. Conviction qu'il était une femme persistait quel que soit l'état de son trouble psychotique	Plusieurs anti- psychotiques finalement la clozapine et lithium. Psychothérapie	Oui	9 mois d'hormono- thérapie. A 21 ans.	Souhait.	X	Présentation d'une cooccurrence de vécu transgenre et de trouble psychotique.

Faulk ⁶⁶ 1990	31 ans. -Transsexualité. - Psychose.	A commencé à porter des vêtements féminins à l'adolescence. Arrêt traitement hormonal et apparition d'idées délirantes, idées de référence, possible automatisme mental. Amélioration symptomatique après initiation antipsychotique et reprise du traitement hormonal. La patiente déclare un épisode psychotique similaire d'intensité moindre pendant une période de diminution des hormones. Épisode résolutif à la majoration de celles-ci.	Traitement anti- psychotique.	Depuis 3-4 ans.	De façon intermittente pendant 10 ans, puis continue depuis 3 ans.	X	X	Épisode psychotique après rupture traitement hormonal.
Van Putten & Fawzy ⁶⁷ 1976	53 ans. -Psychose à 48 ans. -Transsexualité	Depuis petit, ne se considère ni comme un homme ni comme une femme. Début d'expression d'un vécu transgenre au début de la quarantaine. Demande de transition chirurgicale. 5 ans après la chirurgie de féminisation : idées délirantes de persécution. 2 tentatives de suicide dans le contexte d'idées délirantes. Pas de regret de l'intervention cependant à distance de l'épisode psychotique.	Admission en psychiatrie évoquée mais pas d'information sur les traitements dispensés.	Oui.	De ses 43 à 48 ans (pas précisé si arrêt après chirurgie).	Oui. Chirurgie pelvienne de féminisation à 48 ans. (pénectomie + vaginoplastie) Souhaite une rhinoplastie	Projet de dépilation par électrolyse.	Décompensation psychotique après une transition chirurgicale.

<p>Lowy & Kolivakis 68 1971</p>	<p>35 ans -Schizoïde. -"Probablement schizophrène". -Transsexualité</p>	<p>Vécu transidentitaire depuis l'âge de 6 ans. Plusieurs demandes de transition Sentiment de rejet.</p> <p>Passage à l'acte auto-agressif par autocastration. Pas de symptôme psychotique franc retrouvé lors de ce passage à l'acte. Auteurs décrivent une tendance paranoïaque dans les relations interpersonnelles. Tests projectifs suggèrent des mécanismes de défense psychotiques avec des tendances interprétatives. Une bizarrerie des idées.</p> <p>En période de stress, demandes concernant la chirurgie exprimées davantage de même qu'idées de référence, paranoïdes et idées suicidaires ou d'automutilation.</p> <p>Amélioration du point de vue des angoisses quand s'habille et fonctionne dans l'autre genre.</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Pas d'information sur un traitement médicamenteux.</p>	<p>Oui.</p>	<p>X</p>	<p>En demande de chirurgie complémentaires (mais sans précision)</p>	<p>Dépilation faciale.</p> <p>Transition administrative via permis de conduire.</p>	<p>Automutilation génitale chez un patient transgenre schizoïde.</p>
---	---	---	---	-------------	----------	--	---	--

c) Case reports dont les données ne permettent pas de différencier des idées délirantes liées au genre d'une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre :

Les 6 Case Reports dont les données cliniques fournies par les auteurs ne permettent pas de se prononcer sur une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre sont regroupés dans le **tableau 3.4**.

4 personnes étaient assignées homme à la naissance, 1 assignée femme et 1 potentiellement intersexe. Les âges s'étendaient de 20 à 45 ans.

En l'occurrence, les données anamnestiques rapportées dans ces cas étaient soit insuffisantes, soit les patients ont été perdus de vue (**Banerjee et al.**⁷³ (1997) et **Kuppili et al.**⁷¹ (2018))

Maillefer et al.⁷⁰ (2019) s'intéressent à la question des symptômes psychotiques et des idées liées au genre dans le syndrome de Klinefelter. La personne citée dans le cas a été orientée en ambulatoire et il n'existe pas d'information sur son devenir.

Parmi ces 6 cas, 4 personnes avaient réalisé une transition sociale.

Le Case Report de **Mallett et al.**⁷⁴ (1989) abordait la question d'une décompensation psychotique après une chirurgie pelvienne de féminisation. La patiente avait pu bénéficier d'une transition hormonale. Les auteurs émettent un doute sur leur diagnostic initial, suggérant qu'il puisse finalement s'agir d'un trouble bipolaire.

Un autre patient (**A.J. Kemp et al.**⁶⁹ (2023)) avait pu bénéficier d'un traitement hormonal mais l'avait interrompu du fait de fluctuations de son identité de genre et autodiagnostic d'intersexe selon les auteurs.

Aucune des personnes n'a bénéficié d'une transition chirurgicale bien que deux aient pu en exprimer le souhait (**Jiloha et al.**⁷² (1998) ; **Banerjee et al.**⁷³ (1997)). Aucune des personnes n'a bénéficié d'un accompagnement de transition complémentaire.

Tableau 3.4 : Tableau récapitulatif des Case reports dont les données ne permettent pas de différencier des idées délirantes liées au genre d'une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre.

X : absence d'information. Horm : hormonale ; Chir : chirurgicale

Case report	Age et diagnostic(s) évoqué(s)	Éléments cliniques et anamnestiques	Prise en charge du trouble psychotique	Transition			Prise en charge complémen-taire	Problématique soulevée
				Sociale	Horm.	Chir.		
A.J. Kemp et al. ⁶⁹ 2023	41 ans. -Trouble schizo-affectif chez une patiente auto-identifiée comme intersexe et transgenre.	Patient arrivé en hospitalisation. Antécédent de colpocleisis à la naissance est rapporté par le patient et information de l'entourage. Le patient évoque un hermaphrodisme bien qu'aucun des parents ou document médical ne puisse le confirmer. Élevé comme un garçon puis a réalisé une transition de féminisation. 1er épisode psychotique à l'adolescence. Transition pendant l'adolescence. Fluctuations d'identité de genre.	Risperidone PO puis injection retard et oxcarbazépine.	Emploi de plusieurs noms différents dans son parcours.	Prise d'un traitement hormonal à la 20aine puis arrêt et décision d'exprimer identité de genre masculine.	X	X	Etude des idées délirantes mystiques chez un patient psychotique intersexe.

Maillefer <i>et al.</i> ⁷⁰ 2019	45 ans. -Syndrome de Klinefelter.	<p>Assigné homme à la naissance. Troubles psychiatriques fréquemment associés au syndrome de Klinefelter dont psychose. Diagnostic de syndrome de Klinefelter à l'âge de 24 ans. Hypogonadisme non supplémenté.</p> <p>1er épisode psychotique à 43 ans avec apparition d'idées délirantes de référence, de grandeur, de persécution et a priori sur le genre (mécanisme interprétatif et imaginatif). A commencé à exprimer des idées concernant le genre.</p> <p>Majoration de ce sentiment d'être une femme quand écoute de la musique électronique ou sur internet (avatar). Traitement antipsychotique a permis éduction des idées délirantes. Demande de sortie à 14 jours d'hospitalisation et orientation en ambulatoire.</p>	Traitement par Abilify introduit à 10 mg. Lorazepam.	X	X	X	X	Etude de la cooccurrence d'un syndrome de Klinefelter et psychose et de leur impact sur l'identité de genre.
Kuppili <i>et al.</i> ⁷¹ 2018	24 ans. -Schizophrénie (a priori à début très précoce : 9 ans).	<p>Assigné garçon à la naissance s'identifiant comme 80% homme et 20% femme. Plus récemment, a commencé à s'habiller avec des vêtements féminins, adopter des gestes efféminés.</p> <p>Amené aux soins à 24 ans après multitudes de visites chez des guérisseurs (hallucinations acoustico-verbales : 2 esprits féminins qui seraient enfermés dans son corps).</p> <p>Le patient a nié toute souffrance liée au fait d'avoir des caractéristiques sexuelles secondaires masculines, car soutenait qu'il était à la fois féminin et masculin simultanément.</p> <p>Hallucinations acoustico-verbales avec injonction de passage à l'acte par émascultation, mais jamais réalisé. À 4 semaines : amélioration significative symptômes psychotiques après introduction du traitement antipsychotique.</p> <p>Après sa sortie : patient perdu de vue. Auteurs évoquent a priori une diminution de l'expression d'idée d'appartenance à l'autre genre.</p>	Risperidone jusqu'à 7 mg par jour en hospitalisation.	X	X	X	X	Etude des idées concernant le genre dans les troubles psychotiques.

Jiloha <i>et al.</i> ⁷² 1998	19 ans. Schizophrénie	Jeune femme de 19 ans accompagnée de sa mère : depuis 6 mois, apparition d'idées d'appartenir à l'autre genre. Bonne élève mais rupture dans les notes. Conflits avec la famille en lien avec la situation. Mal à l'aise mais conscience de la réalité biologique de ses organes génitaux et a perçu son clitoris comme étant un pénis sous-développé qu'elle pensait pouvoir être corrigé par chirurgie. Auteurs ne relèvent pas d'élément délirant. Réinscription sociale dans le genre féminin et amélioration du plan scolaire.	Traitement par anti-psychothique pendant 6 mois et suivi de 2 ans.	Oui, habits et nom masculin.	X	Souhait.	X	Etude des idées concernant le genre dans les troubles psychotiques.
Banerjee <i>et al.</i> ⁷³ 1997	20 ans. - Premier épisode psychotique à 16 ans.	Assigné garçon à la naissance. S'habillait parfois avec vêtements féminins dans l'enfance. Début d'expression vécu transgenre en même temps que symptômes psychotiques. Présence détresse concernant son genre lors du dernier entretien. Perdu de vue en 1995. Pas de notion sur l'évolution du trouble psychotique ni des souhaits concernant une éventuelle transition.	Pas d'information sur éventuel traitement anti-psychothique.	Oui.	X	Avait exprimé volonté de chirurgie de réassignation en aigu.	X	Etude des idées concernant le genre dans les troubles psychotiques.
Mallett <i>et al.</i> ⁷⁴ 1989	34 ans. - Transsexualité -Premier épisode psychotique.	Femme transgenre. Vécu transgenre depuis l'âge de 4 ans. Episode psychotique faisant suite à chirurgie d'affirmation de genre. Plusieurs explications à épisodes : chirurgie, chute hormonale, autres. D'après les auteurs, il est possible que l'épisode soit manifestation d'un trouble bipolaire et non psychose (épisodes dépressifs antérieurs).	Haloperidol 20 mg.	Oui.	Oestrogènes conjugués : Premarin (5 mg) et Progynon (100 mg IM) mensuellement. Doute sur prises supplémentaires.	Oui.	X	Décompensation psychotique après une chirurgie pelvienne de féminisation.

Pour résumer l'analyse des cas de la littérature, 27 Case Reports ont été classés en 2 groupes principaux.

Le premier groupe comprend les 6 cas de trouble psychotique avec des idées délirantes liées au genre mis en évidence par un amendement des symptômes liés au genre après prise en charge du trouble psychotique. Cinq des patients étaient assignés homme à la naissance et étaient âgés de 23 à 40 ans. 1 cas d'automutilation génitale dans le cadre d'une décompensation psychotique. 2 transitions sociales. 1 cas de transition sociale, hormonale et chirurgicale et dont la prise en charge médicamenteuse a permis une diminution franche des symptômes psychotiques y compris les éléments délirants liés au genre et une stabilité de l'identité de genre masculine engendrant un regret de certains éléments de prise en charge avec apparition d'idées suicidaires. Les autres patients présentés n'ont pas réalisé de transition sociale spontanément ou bénéficié d'accompagnement spécifique.

Le deuxième groupe inclus les 15 cas de cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre pour lesquels nous retrouvons 10 femmes transgenres, 4 hommes transgenres et 1 personne au vécu potentiellement non-binaire. L'étendue d'âge est de 19 à 56 ans. Parmi les 15 cas rapportés, 11 ont pu réaliser une transition sociale, 10 ont pu bénéficier d'une transition hormonale, 7 ont pu bénéficier d'une transition chirurgicale et 6 en ont exprimé le souhait. Concernant les accompagnements complémentaires, 1 personne avait pu bénéficier d'une épilation faciale. Il est précisé pour 2 patients que des entretiens familiaux ont été menés. Ces articles abordant la cooccurrence des troubles psychotiques et du vécu transgenre s'intéressaient aux gestes d'automutilation génitale (1), à la possibilité d'un traitement par clozapine et d'un parcours de transition chez un patient avec un trouble schizophrénique et le VIH (1) au rôle neuroprotecteur hypothétique des œstrogènes

vis-à-vis d'épisodes psychotiques (4). Nous recensons des antécédents de tentatives de suicide chez 3 personnes et 1 avait pu exprimer des idées suicidaires.

Un 3eme groupe a été constitué afin d'intégrer les 6 cas dont les données ne permettent pas de différencier des idées délirantes liées au genre d'une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre. 4 personnes étaient assignées homme à la naissance, 1 assignée femme et 1 potentiellement intersexe. Les âges s'étendaient de 20 à 45 ans. Parmi ces cas, 4 personnes avaient réalisé une transition sociale. 1 Case Report abordait la question d'une décompensation psychotique après une chirurgie pelvienne de féminisation et transition hormonale. Un autre patient avait pu bénéficier d'un traitement hormonal, interrompu du fait de fluctuations de son identité de genre et d'un autodiagnostic d'intersexe selon les auteurs. 1 patient présentait un syndrome de Klinefelter Aucune des personnes n'a bénéficié d'une transition chirurgicale bien que deux aient pu en exprimer le souhait. Aucune des personnes n'a bénéficié d'un accompagnement de transition complémentaire.

C/Données cliniques ou liées aux transitions chez les personnes avec un trouble psychotique :

a) Recommandations générales sur les parcours de transition dans la littérature :

Concernant l'accompagnement, une revue de littérature suggère qu'une transition (sociale, hormonale, chirurgicale) permet une amélioration du fonctionnement, des symptômes psychiatriques globaux et une moindre nécessité de traitements psychotropes, de soins psychiatriques ambulatoires ou en hospitalisation. (**S.M. Barr et al.** ³⁰ ; **2021**).

Très peu de données sont disponibles à propos de l'accompagnement d'affirmation de genre chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, la plupart provenant de cases reports (**Meijer et al.** ⁵⁸ **2017** ; **Dyachenko et al.** ⁵² **2021**)

On peut constater que les recommandations de la WPATH sont régulièrement citées comme référence de prise en charge transaffirmative dans les revues et Case Reports. (**Jakubowski** ⁵¹ **2021** ; **Urban** ; **Małgorzata** ⁶³ **2009** ; **Stusiński** ; **Lew-Starowicz et al.** ²⁹ **2018** ; **Meijer et al.** ⁵⁸ **2017** ; **Gerken et al.** ⁵⁹ **2016** ; **Wilcox Vanden Berg et al.** ⁵³ **2020**)

b) Identification de genre chez les patients avec un trouble psychotique :

LaTorre ⁷⁸ (**1976**) souligne que les patients atteints de schizophrénie pourraient avoir des difficultés de perception et d'identification concernant le genre potentiellement corrélées à la sévérité du trouble, sans nécessairement rentrer dans le cadre de l'incongruence de genre. Ces difficultés d'identification pourraient être des facteurs de

stress s'intégrant au modèle stress-vulnérabilité et participant à l'émergence du trouble psychotique. L'auteur propose à cette époque qu'un apprentissage de ce que peuvent être les rôles et représentations de genre pourrait aider ces patients.

c) Santé sexuelle chez les individus avec une cooccurrence de trouble psychotique et vécu transgenre :

Barker et al. ^{79s} (2023) proposent que la transition puisse être accompagnée d'une exploration de la sexualité. Par une étude qualitative, les auteurs ont cherché à promouvoir la santé sexuelle et le bien-être pouvant en découler chez les femmes et les personnes transgenres et non-binaires. Les auteurs ont cherché à évaluer la santé sexuelle dans un échantillon canadien de 19 patientes femmes et non binaires (2 femmes transgenres, 2 non binaires, pas d'homme transgenre), issues d'un programme d'intervention précoce dans la psychose à Toronto.

Plusieurs thèmes étaient évalués : l'impact du trouble psychotique et de ses traitements sur l'activité et la fonction sexuelle. Le thème de l'intimité dans les relations dans un contexte de psychose et enfin les considérations liées à l'autonomie, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, les facteurs religieux ou culturels et leurs liens sur la santé sexuelle des personnes avec un trouble psychotique.

Les patientes étaient âgées de 18 à 31 ans et exclues en cas d'épisode sévère actuel. Plusieurs patientes rapportent une plus grande désinhibition durant les épisodes psychotiques, une sensation de moindre contrôle. Plusieurs patientes rapportaient des expériences d'agression sexuelle avec réactivation traumatique lors de rapports. Les patientes de l'étude témoignent de l'orgasme comme libérateur vis-à-vis du stress et estiment que la sexualité avec un ou une partenaire est une part importante du

processus de guérison. Les cliniciens peuvent se montrer plus inquiets devant de potentiels états de vulnérabilité aux relations abusives, majoré dans les phases d'exacerbation du trouble. Les auteurs soulignent que la santé sexuelle est importante pour le bien-être général et que celle-ci peut être négligée chez les personnes atteintes de psychose précoce. Les attentes des cliniciens et des patientes étaient parfois à contre-courant en matière de santé sexuelle, les soignants privilégiant la réduction des risques et déconsidérant son aspect salubre du point de vue de la santé mentale.

d) Données sur le contenu productif lié au genre :

Stusiński & Lew-Starowicz ²⁹ (2018) proposent une lecture phénoménologique des idées délirantes liées au genre dans une revue de littérature. Les auteurs relèvent que bien que les symptômes puissent apparaître ou n'être exprimés qu'à un âge plus tardif, il se pourrait que dans le cadre d'idées délirantes liées au genre, l'apparition soit alors plutôt brutale en même temps que le début du trouble psychotique.

Gittleson & Levine ⁷⁵ (1966) étudient les idées délirantes liées aux genres en comparant 70 patients hommes avec trouble schizophrénique à 45 patients homme contrôle avec un trouble psychiatrique non schizophrénique du même hôpital psychiatrique. Les auteurs observent alors des hallucinations cénesthésiques ou des idées délirantes de changement de genre dans respectivement 30 et 27% des cas chez les patients schizophrènes et absents chez les contrôles. Ces symptômes seraient plus volontiers présents lors de phase d'exacerbation du trouble et sans que cela soit associé à une plainte ou une gêne chez les patients.

Starostina et Yagubov ⁷⁶ (2021) étudient la phénoménologie des idées délirantes sur le genre chez les patients atteints de schizophrénie. Les auteurs observent que 45 des 58 personnes avec un trouble schizophrénique interrogées en consultation ont présenté des retards et des dysharmonies dans le développement. Les auteurs expriment que les idées liées à un changement de sexe dans les troubles du spectre schizophrénique peuvent se former sur la base de perceptions déjà présentes aux premiers stades de la formation de l'identité de genre. La dysmorphophobie occuperait une place importante dans la psychopathologie des troubles du spectre schizophrénique avec des idées de changement de sexe.

Connolly et al. ⁷⁷ (1971) étudient une de leurs impressions cliniques que les hallucinations olfactives et gustatives seraient davantage présentes chez les personnes avec un trouble schizophrénique. Ainsi, les auteurs font état de l'incidence des hallucinations olfactives et gustatives respectivement de 39 et 31% parmi 114 patients avec une schizophrénie et des idées délirantes sur le genre d'un Hôpital psychiatrique anglais.

Pour résumer, une revue de littérature (**S.M. Barr et al.** ³⁰; 2021) suggère qu'une transition (sociale, hormonale, chirurgicale) permet une amélioration du fonctionnement, des symptômes psychiatriques globaux et une moindre nécessité de traitements psychotropes, de soins psychiatriques ambulatoires ou en hospitalisation. Très peu de données sont disponibles à propos de l'accompagnement d'affirmation de genre chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, la plupart provenant de cases reports. On peut constater que les recommandations de la WPATH sont

régulièrement citées comme référence de prise en charge transaffirmative dans les revues et Case Reports.

Une étude met en avant des difficultés de perception et d'identification concernant le genre potentiellement corrélée à la sévérité du trouble, sans nécessairement rentrer dans le cadre de l'incongruence de genre. La santé sexuelle a pu être abordée dans un échantillon canadien de 19 patientes femmes et non binaires issues d'un programme d'intervention précoce dans la psychose à Toronto. D'autres données phénoménologiques ont pu être mises en évidence sur le contenu productif lié au genre via une revue de littérature des éléments phénoménologiques à propos des idées liées au genre. Les auteurs relèvent que bien que les symptômes puissent apparaître ou n'être exprimés qu'à un âge plus tardif, il se pourrait que dans le cadre d'idées délirantes liées au genre, l'apparition soit alors plutôt brutale en même temps que le début du trouble psychotique. Une étude suggère une prévalence d'hallucinations cénesthésiques ou d'idées délirantes de changement de genre dans respectivement 30 et 27% d'un échantillon de patients avec une schizophrénie. Une autre étude expose une prévalence d'hallucinations olfactives et gustatives respectivement de 39 et 31% parmi 114 patients avec une schizophrénie et des idées délirantes sur le genre d'un Hôpital psychiatrique anglais. Une étude qualitative phénoménologique s'intéresse aux idées délirantes sur le genre chez les patients atteints de schizophrénie. Les auteurs expriment que les idées liées à un changement de sexe dans les troubles du spectre schizophrénique peuvent se former sur la base de perceptions déjà présentes aux premiers stades de la formation de l'identité de genre.

4/ Discussion :

A/ Méthode de revue de littérature.

a. Moteur de recherche :

Cette revue de littérature a été conduite à partir du moteur de recherche Pubmed qui concentre des données essentiellement biomédicales. Par conséquent, les articles plus orientés sur la psychopathologie ne sont pas représentés dans cette recherche.

b. Temporalité :

Par le fait de ne pas considérer de borne temporelle, nous nous assurons plus d'ouverture sur le sujet. Il semble logique de retrouver des différences dans la perception d'un même phénomène qui a connu des changements d'un point de vue nosographiques et des modalités de prise en charge. Il est nécessaire de tenir compte de cela dans l'analyse des données datant des années 1970 par rapports aux données plus récentes.

Nous pouvons ainsi percevoir l'évolution des représentations et des pratiques concernant la question de la cooccurrence des troubles psychotiques et du vécu transgenre.

c. Équation de recherche :

L'équation de recherche a été construite de façon à cibler les troubles psychotiques constitués et chroniques. Ainsi, les manifestations psychotiques aiguës, subaiguës, les personnalités schizoïde, schizotypique parfois qualifiées de prémorbides (dans le spectre de la schizophrénie) et la personnalité état limite pouvant présenter des manifestations psychotiques aiguës lors de moments de stress, ne sont pas prises en

compte dans l'étude. Nous avons fait le choix d'employer des terminologies anciennes et plus récentes du vécu transgenre afin de ne pas méconnaître certains articles.

L'exclusion du terme "bipolar" permet de ne pas considérer le trouble bipolaire auparavant désigné par le terme "psychose maniaco-dépressive". Celui-ci est aujourd'hui classé parmi les troubles de l'humeur dans le DSM-5 et la CIM-11.

L'exclusion du terme "autism" permet de ne pas considérer les troubles du spectre de l'autisme désormais troubles envahissants du développement. Ces derniers peuvent présenter des similitudes cliniques avec les troubles psychotiques (on parle parfois de « repli autistique » dans le syndrome négatif de la schizophrénie) mais ne partagent plus le même champ nosographique depuis plusieurs décennies. Par ailleurs, un travail similaire sur la surreprésentation de trouble du spectre de l'autisme chez les personnes transgenres avait mis en exergue une association plus fréquente de ceux-ci et de l'incongruence de genre. La méta-analyse de **Kallitsounaki et al.**⁸⁰ (2022) fait une estimation groupée de la prévalence des diagnostics de trouble de spectre de l'autisme chez les personnes avec incongruence de genre (ou dysphorie de genre) de 11 %. Ne pas considérer l'autisme dans l'équation permet aussi de limiter la confusion entre trouble psychotiques et troubles du spectre de l'autisme dans l'interprétation des données notamment les plus anciennes.

d. **Extraction des articles :**

Nous nous apercevons de par l'histogramme chronologique de la recherche Pubmed (**figure 2.1**) que les articles comprenant ces mots-clefs semblent plus représentés dans les recherches depuis 2011. A noter un pic de 13 articles en 1995 qui pourrait être en lien avec l'apparition du diagnostic de trouble de l'identité sexuelle dans la classification CIM-10 sortie en 1993 et l'apparition du DSM-IV en 1994 (bien que la dysphorie de genre ne soit apparue que dans la réédition de 2000).

11 articles n'ont pas pu être récupérés, la plupart étant antérieurs à 1989 et non disponibles sur internet. Il est évident que cela constitue un biais dans cette revue.

Il est à noter que parmi les articles, une grande majorité traitait de Case Reports. Il existe peu d'études concernant la cooccurrence du trouble psychotique et du vécu transgenre et il n'existe pas pour l'heure d'étude prospective sur le sujet.

e. Types d'études à envisager sur les parcours de transition chez les personnes avec un trouble psychotique :

L'étude de Case Reports est intéressante car elle permet de présenter une situation singulière et d'émettre des hypothèses cliniques. Celles-ci doivent cependant être mises à l'épreuve dans des études avec une plus grande robustesse.

Une étude de cohorte prospective permettrait d'évaluer chez les patients atteint de trouble psychotique en demande de transition plusieurs critères allant du fonctionnement global à des critères d'évaluation clinique standardisés (symptomatique, consommation de soins, ...)

Si les études prospectives ont un haut niveau de preuve, elles peuvent se révéler contraignantes pour les patients et nécessitent de s'assurer de l'implication et du consentement au suivi à plus ou moins long terme. Il existe un risque de patients perdus-de-vue et dans le cadre de population avec un trouble psychotique, cela peut constituer une difficulté à anticiper. Une démarche proactive et un suivi plus intensif peuvent prévenir le risque de perdus de vue. La cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre étant un phénomène rare, la constitution d'une cohorte peut être longue et nécessiter une bonne communication sur l'existence de telles études afin de faciliter le recrutement auprès des cliniciens. Les études

prospectives représentent un coût en terme financier mais également de temps pour les chercheurs.

Une alternative pourrait-être une analyse rétrospective des parcours de transition chez les personnes avec un trouble psychotique. Le rétrospectif a l'avantage d'être moins coûteux en terme financier et de temps, de par la disponibilité de données déjà existantes. Ce type d'analyse est idéal pour les phénomènes rares et où le suivi prospectif pourrait être difficile. C'est le cas de la cooccurrence d'un trouble psychotique et du vécu transgenre. En revanche, l'analyse rétrospective est tributaire des données disponibles et peut se heurter à de potentiels biais de mémorisation, les participants pouvant ne pas se souvenir avec précision des événements passés.

Une analyse multicentrique dans différents dispositifs d'accompagnements à la transition permettrait de recruter davantage de patients avec une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre.

B/ Données épidémiologiques des troubles psychotiques dans la population transgenre :

a. Surreprésentation de la cooccurrence de trouble psychotique dans la population transgenre :

Les résultats semblent indiquer que la prévalence des troubles du spectre de la schizophrénie seraient supérieurs à ceux de la population générale. Parmi le faisceau d'arguments qui ferait état d'une surreprésentation du trouble psychotique chez les patients transgenres, on peut retrouver :

- Les personnes transgenres peuvent être victimes de harcèlement, de discriminations, de psychotraumatismes. **Zubin et Spring**⁸⁹ ont proposé en 1977 le modèle « stress-vulnérabilité » suggérant un certain degré de

vulnérabilité aux troubles psychiques chez tous les individus. Les évènements sus-cités représentent des facteurs de stress susceptibles de favoriser l'émergence des troubles psychotiques. Il n'est pas étonnant en suivant ce modèle de retrouver une surreprésentation des troubles de stress post-traumatiques dans les études épidémiologiques sur la population transgenre.

- **Wanta et al.** ³² (2019) retrouvent par exemple une surreprésentation du trouble de stress post-traumatique chez les individus transgenres par rapport au contrôle (6,7% vs 0,52%) dans leur échantillon de 53 millions de dossiers de soins sur la population américaine.
- **Dragon et al.** ³³ (2017) retrouvent dans leur échantillon (39 millions de demandes de paiement à l'acte issues des données sur les maladies chroniques dans la population américaine) que les personnes transgenres étaient plus à même de recevoir des soins pour un trouble de stress post-traumatique que les personnes cisgenres (22,7% vs 1,6%).
- Une surreprésentation du trouble psychotique chez les patients transgenres pourrait être expliquée par une surreprésentation des troubles de l'usage de substances dans cette même population. L'usage de toxiques dont le cannabis conduit à un risque accru d'épisode psychotique aigu ou de trouble psychotique chronique (**Marconi et al.** ⁸¹ 2016). Les études épidémiologiques analysées précédemment présentent chacune des

prévalences plus élevées concernant les troubles de l'usage dans leur échantillon.

- **Dragon et al.** ³³ (2017) retrouvent par exemple dans leur échantillon de 39 millions de demandes de paiement à l'acte issues des données sur les maladies chroniques dans la population américaine, un trouble de l'usage de substances de 26,6% chez les personnes transgenres versus 4,2% chez les personnes cisgenres.
- **Wanta et al.** ³² (2019) retrouvent dans leur échantillon dans l'échantillon de 53 millions de dossiers de soins sur la population américaine, un trouble de l'usage de substances plus élevé chez les individus transgenres par rapport aux cisgenres (10% vs 2,6%). Le trouble de l'usage de cannabis, compris dans ces chiffres est également surreprésenté chez les personnes transgenres par rapport aux cisgenres (3,8% vs 0,63).
- **Hanna et al.** ³¹ (2019) mettent en avant dans leur échantillon de 254 millions de dossiers de sorties d'hospitalisation, un historique d'abus de substances de 35% pour les individus transgenres vs 23,1 % pour les individus cisgenres, sans précision sur la substance.

- Une erreur diagnostique d'une incongruence de genre considérée à tort comme un trouble psychotique :

Le case report de **Jiloha et al.** ⁷² (1998), présente une situation dans laquelle la personne assignée fille à la naissance, âgée de 19 ans, exprime un vécu transgenre et est, à cause de cela, en conflit avec son entourage. La patiente a reçu un diagnostic

de schizophrénie mais les auteurs ne rapportent pas de syndrome négatif ou de désorganisation. Les auteurs indiquent que les idées concernant le genre se sont amendées après traitement antipsychotique et que la patiente a repris un fonctionnement selon une identité de genre féminine. Nous n'avons pas d'information sur son devenir mais les données peuvent suggérer 2 possibilités :

- Que la patiente présente un trouble délirant persistant avec des idées délirantes concernant le genre s'étant donc amendées après mise en place du traitement antipsychotique.
- Qu'il s'agit finalement d'une incongruence de genre, la patiente réprimant son vécu. Les auteurs notaient d'ailleurs des conflits avec son entourage en lien avec l'expression de ce vécu. Il pourrait s'agir d'une non-divulgence afin de se prémunir contre le stress lié à ces conflits.

La question des biais diagnostiques pourrait être étudiée davantage dans des études ultérieures afin de mieux appréhender la prévalence des troubles psychotiques dans la population transgenre.

Barr et al. ³⁰ (2021) mettent en lumière le biais de recrutement des patients avec un trouble psychotique dans la population de certaines études épidémiologiques :

Les personnes s'identifiant comme transgenres ne répondent pas à tous les critères d'un diagnostic de dysphorie de genre ou de trouble de l'identité de genre (parfois utilisés comme références diagnostiques) qui implique une souffrance psychique significative. Les revues pourraient donc sous-estimer la prévalence d'une identité transgenre dans la population. Les études utilisant le diagnostic de dysphorie de genre pourraient ne représenter qu'un sous-groupe de la population transgenre plus à risque

de trouble psychiatrique et ainsi surestimer le risque de troubles du spectre schizophrénique.

Hanna et al. ³¹ (2019) reprennent des données issues de la plus large banque de données de patients hospitalisés au États-Unis et parrainée par l'Agence américaine pour la Recherche en Santé et Qualité (Agency for Healthcare Research and Quality). De par la considération de dossiers de séjours d'hospitalisation, les prévalences des troubles du spectre de la schizophrénie pourraient être plus élevées qu'en ambulatoire. En l'occurrence, les prévalences de troubles schizophréniques pour les patients trans et cisgenres étaient assez largement supérieures à celles de population générale pour chaque groupe en hospitalier. Il existe dès lors une probable surestimation de la véritable prévalence des troubles schizophréniques dans la population transgenre.

Les auteurs soulignent également que dans les 4 plus larges études épidémiologiques (**Hanna et al.** ³¹ (2019) ; **Wanta et al.** ³² (2019) ; **Dragon et al.** ³³ (2017) ; **Becerra-Culqui** ⁴⁷ (2018)), 2 études (**Hanna et al.** (2019) ; **Dragon et al.** (2017)) ne présentaient pas d'appariement sur l'âge et les individus transgenres y étaient en moyenne de 17 ans plus jeunes. La présentation clinique des troubles psychotiques peut varier avec l'âge plus élevé avec une éventuelle moindre expression des symptômes positifs contre une expression stable ou augmentée des symptômes négatifs (**Austin et al.** (2015)) et potentiellement moins d'hospitalisations donc de diagnostic de trouble psychotique associé au séjour chez les plus patients âgés.

Plusieurs études menées dans des cliniques spécialisées dans l'accompagnement des personnes transgenres n'ont pas signalé d'augmentation substantielle du risque

de psychose ((**De Vries et al.** ⁴¹(2014) ; **Cole et al.** ³⁷ (1997) ; **Meybodi** ⁴² (2014)) pour les personnes transgenres, mais impliquent probablement une sélection d'une population relativement saine et sans psychose. On peut imaginer que ces patients issus de l'ambulatoire ont une moindre nécessité de soins psychiatriques.

De Vries et al. ⁴¹ (2014) exposent par exemple une population de 105 adolescents avec dysphorie de genre et une moyenne d'âge de 14,6 ans, or la schizophrénie commence généralement chez l'adulte jeune, entre 18 et 35 ans et le premier symptôme schizophrénique apparaît le plus souvent entre 23 et 26 ans. Une prévalence de trouble psychotique nulle dans cet échantillon au moment de l'étude ne présage pas de l'absence d'apparition de ces troubles sur la vie entière. L'absence de cas peut donc être due à un biais de sélection d'une population trop jeune au vu de l'âge supposé d'apparition des troubles psychotiques.

Plusieurs études mettent en lumière un surrisque de développer un trouble psychotique (**Hanna et al.** ³¹(2019) ; **Becerra et al.** ⁴⁷; **F. Termorshuizen et al.** ⁴⁸). Dans leur étude de cohorte sur un registre national basée sur la population hollandaise **F. Termorshuizen et al.** ⁴⁸ (2023) ont révélé un risque significativement plus élevé de psychose dite « non-affective » pour les personnes transgenres que pour les témoins de même âge et sexe de la population générale. Les données ont identifié un large groupe de personnes transgenres qui avaient reçu un diagnostic de trouble de l'identité de genre ou dysphorie de genre dans un institut de soins en santé mentale mais n'avaient pas initié de parcours de transition médicalisé (groupe « voie 2 »). Pour ce groupe, les risques les plus élevés de trouble psychotique ont été trouvés. Les auteurs ont sélectionné un deuxième groupe de contrôle car, de par la sélection d'une population issue d'instituts en santé mentale, il est possible que le risque de trouble

psychotique soit surrestimé dans ce groupe. Le risque de trouble psychotique chez les personnes avec un diagnostic de dysphorie de genre, mesuré par l'incidence risque relatif (IRR), était toujours significatif. Cette donnée renforce l'idée d'une association forte entre les deux phénomènes. Le risque de trouble psychotique était par ailleurs plus élevé dans l'échantillon n'ayant pas bénéficié d'accompagnement de transition (voie 2), par rapport à l'échantillon qui recense les personnes avec un traitement hormonal (voie 1). Les données étaient absentes concernant les autres accompagnements de transition chez ces patients. Cela laisse penser qu'un accompagnement de transition pourrait limiter le risque de développer un trouble psychotique dans la population transgenre.

b. Données sur le risque auto-agressif associé à la cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre :

i/ Risque d'automutilation génital associé à la cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre :

Comme nous l'avons abordé précédemment, les troubles du spectre de la schizophrénie et l'incongruence de genre sont surreprésentés dans les actes d'automutilation génitales.

Lowy & Kolivakis ⁶⁸ (1971) mettent en avant le cas d'une patiente transgenre de 35 ans avec vécu transidentitaire ancien et un probable diagnostic de schizophrénie évoqué en demande d'un accompagnement transaffirmatif et chirurgical depuis l'adolescence. La patiente rapporte un sentiment de rejet par les différents professionnels de santé qu'elle a pu rencontrer à l'époque. Dans ce contexte, la patiente aurait elle-même pratiqué une autocastration à domicile, sans anesthésie. Ce

cas permet de discuter les propositions d'accompagnement chirurgical et les risques en cas de refus de prise en charge dans le cadre d'un trouble psychotique.

N.J. Thompson et al. ⁴⁸ (2023) présentent le cas d'une patiente atteinte de schizophrénie (assignée homme à la naissance) avec 3 antécédents d'automutilation génitale. Chacune d'elle intervient dans un contexte de décompensation avec thématique mystique et injonction hallucinatoire de passage à l'acte. En dehors des phases de décompensations, la patiente exprime un souhait de chirurgie. Les auteurs pensent qu'il faudrait accéder à la demande de la patiente lors de phases de stabilité du trouble pour limiter le risque de mutilation génitale en phase de décompensation. Ce cas permet de présenter les propositions de soins à discuter au vu de la gravité des passages à l'acte.

ii/ Suicidalité associée à la cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre :

La population atteinte de schizophrénie connaît une surmortalité en raison d'un taux de suicide élevé. Une méta analyse (**C.U. Correll et al.** ⁸⁶ ; 2022) expose un risque relatif de 9,764 % (IC 7,598-12,549 ; n = 18 articles ; p < 0,001) et la population transgenre est-elle-même plus exposée à la suicidalité.

Il semble important de préciser que nous ne retrouvons pas dans les études épidémiologiques de donnée spécifique concernant la suicidalité des individus transgenres avec une cooccurrence d'un trouble psychotique.

Ces données ont été retrouvées en revanche dans 4 des 15 Case Reports de personnes avec une cooccurrence de trouble psychotique et d'incongruence de genre. Les autres cas n'exposent pas la question des antécédents de tentative de suicide ou d'idée suicidaire. Le risque suicidaire étant plus élevé pour les troubles

psychotiques et les personnes transgenres que dans la population générale, nous devrions nous attendre à des chiffres élevés. Nous pouvons faire l'hypothèse d'un risque majoré concernant les personnes transgenre atteinte d'un trouble psychotique

c. Données manquantes sur le trouble délirant persistant dans la population transgenre :

Par ailleurs, il est à noter que nous ne retrouvons pas d'article mettant en avant de données sur le trouble délirant persistant. Cela pourrait-être dû à un biais diagnostique et un diagnostic par excès d'un trouble schizophrénique sur la base de la présence d'un syndrome positif. L'analyse post introduction d'un traitement antipsychotique nous donne par ailleurs des tableaux incomplets. Une analyse clinique précisant la présence d'un syndrome négatif ou de désorganisation pourrait être utile dans des études ou séries de cas ultérieures.

C/ Éléments cliniques orientant vers une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre ou un diagnostic différentiel :

a. Contenu productif en lien avec le genre :

Dans certains cas, le contenu productif du syndrome positif des troubles psychotiques peut comprendre des idées délirantes en lien avec le thème du genre. Comme vu à travers les Case Reports, le syndrome positif peut constituer un plan de confusion entre un trouble psychotique avec des idées délirantes sur le genre et une incongruence de genre. Devant des idées potentiellement délirantes, la présence d'un syndrome négatif et de désorganisation semblent être des polarités plus à même d'orienter vers un trouble du spectre de la schizophrénie.

Le case report de **Jiloha et al.** ⁷² (1998) cité précédemment (4.B.a) dont l'absence de syndrome négatif et de désorganisation peut nous suggérer qu'il ne s'agit peut-être pas d'un trouble schizophrénique, mais peut-être d'un trouble délirant persistant ou finalement bien d'une incongruence de genre avec un vécu transgenre réprimé dans un contexte socio-familial conflictuel.

Les chiffres avancés par **Gittleson & Levine** ⁷⁵ (1966) concernant les hallucinations cénesthésiques ou des idées délirantes de changement de genre dans respectivement 30 et 27% des cas de patients avec un trouble schizophrénique semblent importants (n = 115). Les auteurs ont analysé cela par une même série de questions mais pas via la passation d'échelles standardisées validées par la communauté scientifique. De tels chiffres mériteraient d'être appuyés par des études complémentaires. A titre individuel, l'exploration du genre et d'un éventuel contenu délirant lié au genre pourrait être davantage exploré par les cliniciens.

A propos des hallucinations olfactives et gustatives rapportée par **Connolly et al.** ⁷⁷ **1971** respectivement de 39 et 31% dans la population de 114 patients avec une schizophrénie et des idées délirantes concernant le genre. Il se pourrait que ce phénomène soit davantage considéré aujourd'hui comme des particularités sensorielles telles qu'une hyper ou hyposensibilité des modalités sensorielles que l'on retrouve notamment dans les troubles du spectre de l'autisme.

b. **Évolution diachronique des idées liées au genre :**

Il semble judicieux de questionner l'histoire de vie des individus et l'apparition des symptômes d'incongruence de genre. Bien que les symptômes puissent apparaître ou n'être exprimés qu'à un âge plus tardif, il se pourrait que dans le cadre d'idées

délirantes liées au genre, l'apparition soit alors plutôt brutale en même temps que le début du trouble psychotique (**Stusiński ; Lew-Starowicz** ²⁹ **2018**). Des auteurs en revanche suggèrent que certains patients transgenres pourraient révéler leur vécu transidentitaire de par la désinhibition engendrée par un épisode psychotique aigu (**C.J. Nolan et al.** ⁹⁰ **2023**).

Avant d'initier le parcours de transition, il conviendra de bien analyser la phénoménologie des idées liées au genre chez les patients avec un trouble psychotique. La possibilité d'un accompagnement chirurgical aux conséquences définitives devra se faire en cas de persistance du d'incongruence de genre et d'un consentement durable dans le temps. Il est possible dans tous les cas d'accompagner ces personnes et de proposer une thérapie d'exploration de genre à distance d'un épisode aigu. La prise en charge conjointe du trouble psychotique par les accompagnements d'usage permet d'imaginer 3 cas de situation par rapport aux idées en rapport avec une incongruence de genre :

- Un amendement des symptômes et des problématiques liés au genre nous faisant ainsi considérer que ceux-ci étaient de l'ordre du syndrome positif.
- La persistance du vécu d'incongruence de genre.
- Des symptômes d'incongruence de genre diminués mais toujours présents.

c. Adhésion au délire lié au genre :

La critique des éléments en lien avec le genre semble également un facteur important à évaluer. Les personnes transgenres présentent généralement un sentiment subjectif d'appartenir à l'autre genre qui contraste avec une perception préservée de leur réalité

biologique. Dans le cas d'idées délirantes, il existe alors une conviction inébranlable et la réalité biologique n'est pas accessible aux patients. Ceci semble constituer un point essentiel dans la phénoménologie différentielle.

Les cas suivants font état de cette perte de contact avec la réalité biologique :

Jakubowski ⁵¹ (2021) présente le cas d'un patient de 27 ans atteint de schizophrénie avec des éléments délirants concernant le genre avec notamment des hallucinations cénesthésiques de la sphère génitale, interprétées comme un vagin se constituant sous son pénis. Les symptômes liés au genre ont diminué voire se sont amendés après instauration d'un traitement antipsychotique. Les recrudescences de ces idées avaient lieu en cas d'inobservance du traitement antipsychotique. Le patient était en demande de chirurgie d'affirmation de genre mais avait également la conviction que son corps se féminisait par l'action de forces cosmiques. Le patient a donc le sentiment d'une transition spontanée sans intervention médicale.

Commander & Dean ⁵⁶ (1990) expose le cas d'une personne assignée homme à la naissance, présentant un trouble schizophrénique et affirmant catégoriquement que son pénis est en réalité un vagin.

Baltieri et al. ⁴⁹ (2009) : évoque la situation d'un patient de 19 ans (assigné fille à la naissance) avec une histoire de trouble schizophrénique à début précoce et des signes d'inconfort liés au genre antérieurs. L'amélioration des symptômes psychotiques est alors partielle pour ce patient et l'incongruence de genre persiste après traitement antipsychotique. Il exprime tout de même des idées délirantes où il affirme être né garçon, que ses parents lui ont coupé la verge. Sa demande est de subir une intervention car il souhaiterait pouvoir féconder sa future petite amie.

Gerken et al. ⁵⁹ (2016) : dont la patiente assignée garçon à la naissance, présente une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre. Les auteurs expliquent

que la patiente exprimait des idées délirantes d'être enceinte et demandait à pouvoir être examinée par un obstétricien. Les idées délirantes d'être enceinte étaient plus contenues après initiation d'un traitement par clozapine, la patiente pouvant le mentionner s'il lui était demandé. Elle n'exprimait par ailleurs plus la demande de rencontrer un gynécologue obstétricien.

Ainsi, l'analyse du contenu productif, de l'adhésion à ce contenu et de son évolution peut aider le clinicien dans son repérage phénoménologique et favoriser l'accompagnement à la transition.

D/ Impact et principes d'accompagnement transaffirmatif chez les individus présentant un trouble psychotique :

a. **Impact d'un accompagnement transaffirmatif chez les individus avec un trouble psychotique.**

L'étude des données de la littérature révèle que l'impact du parcours de transition sur le trouble psychotique n'a été que très peu étudié. Parmi les Case Reports, deux s'intéressaient finalement aux parcours de transition chez les personnes transgenre et avec un trouble psychotique (**Meijer et al.** ⁵⁸ (2017) et **Gerken et al.** ⁵⁹ (2016)).

Meijer et al. ⁵⁸ (2017) présentent 4 cas cliniques avec un suivi de 3 ans chacun. Cette durée de 3 ans permet d'avoir un recul conséquent et l'impact évalué conjointement avec les personnes en transition, les psychiatres référents des individus, a été considéré positif dans la mesure où une seule décompensation du trouble psychotique a été signalée (imputable à une rupture du traitement antipsychotique pour un patient). Il serait intéressant de cumuler d'autres données objectives via la passation d'échelle comme la PANSS pour évaluer les dimensions du trouble psychotique avant

et après transition. **Van Putten & Fawzy** ⁶⁷ (1976) évoquaient un cas d'épisode psychotique à 5 ans d'une chirurgie pelvienne d'affirmation de genre. Peut-être serait-il intéressant d'évaluer les parcours de transition de genre chez les individus avec un trouble psychotique sur une durée supérieure à 3 ans.

Gerken et al. ⁵⁹ (2016) soulignent que pour leur patiente, l'accès à un parcours de transition a été une porte d'entrée pour d'autres soins médico-chirurgicaux, dentaires, d'autant que celle-ci présentait d'importantes comorbidités (VIH, VHC, diabète) ce qui montre l'intérêt potentiel d'un parcours de transition sur la santé globale des personnes transgenres avec un trouble psychotique.

b. **Différences chronologiques sur les parcours de transition :**

Latorre ⁷⁸ (1976) met en avant l'existence de potentielles difficultés d'identification de genre chez les personnes avec un trouble schizophrénique dans une revue d'études s'intéressant aux aspects de l'identité de genre. Si cette donnée est intéressante, ces considérations sur les préconisations d'un apprentissage de ce que peuvent être les rôles et représentations de genre masculin et féminin sont en revanche datées et ne doivent pas être appliquées. Cette considération de rôle est cisnormée et les thérapies visant à aligner le genre vécu au sexe assigné à la naissance sont considérées comme faisant partie du champ des thérapies de conversion. Ces thérapies interdites dans plusieurs pays le sont en France depuis le 1er Janvier 2022 (Loi n° 2022-92).

En revanche, un accompagnement thérapeutique d'exploration de genre peut se révéler utile afin d'aider les personnes avec un trouble psychotique à s'affirmer du point de vue de leur identité de genre (**Stusiński ; Lew-Starowicz** ²⁹ 2018).

Van Putten & Fawzy ⁶⁷ (1976) évoquent le cas d'une femme transgenre de 53 ans qui a présenté une première décompensation psychotique 5 ans après une chirurgie d'affirmation de genre. La personne raconte que, depuis l'enfance, elle ne se considère ni comme un homme, ni comme une femme. Les auteurs qualifient la situation de "*tragic outcome*" (issue tragique) de tentative d'échapper à un sentiment d'infériorité masculine et qu'il eut fallu démontrer un bon fonctionnement social dans le genre opposé avant d'initier une chirurgie. La principale concernée ne déclare pas pour autant de regret de l'intervention à distance de l'épisode psychotique. Ce cas témoigne de l'évolution du rapport à la transidentité par les soignants aujourd'hui.

Les demandes et l'accès à un parcours de transition semblent plus acceptés par les soignants dans les Case Reports exposant une cooccurrence avec un trouble psychotique les plus récents.

Il n'est pas surprenant que dans les premiers Case Report des années 1970, un patient avec un trouble psychotique ait des difficultés à accéder à un parcours de transition. L'évolution du cadre nosographique de la transidentité du champ de la psychose, la perversion à celui de l'identité de genre était relativement récente à l'époque. En 2023 et en cas de stabilité du trouble et du vécu transgenre, un refus d'accès à un parcours de transition semble difficilement justifiable au vu d'un risque auto-agressif surreprésenté et un risque suicidaire qui pourrait être accru dans cette population. On peut imaginer que la présence de cette cooccurrence puisse justifier un accès plus rapide à certains types de transition. Une discussion d'accès aux interventions chirurgicale peut se formuler au vu des risques d'actes auto-agressifs notamment d'automutilation génitale dans cette population.

c. **Autodétermination et prise de décision des patients**
dans le parcours de transition :

La WPATH recommande que les professionnels de santé mentale puissent prendre en charge les troubles psychiatriques susceptibles d'altérer la capacité du patient à consentir avant tout traitement d'affirmation de genre (**WPATH 8 ; 18.1 ; p174**)²⁶

Les troubles psychotiques décompensés peuvent conduire à une altération du jugement par la distorsion de la réalité (délire, hallucinations). Certains symptômes, tels que la désorganisation ou la pauvreté du discours, peuvent rendre difficile pour le patient d'exprimer clairement ses préférences en matière d'accompagnement. La communication altérée peut par ailleurs conduire à une mauvaise compréhension des souhaits des patients par les soignants.

De plus, l'incapacité à participer aux soins péri-opératoires de façon optimale en raison d'un trouble mental ou d'un trouble d'usage de substance ne doit pas être considéré comme un obstacle à une transition mais bien à une indication de soins en santé mentale et en santé psychiatrique (**WPATH 18.2**)²⁶.

La stabilisation du trouble psychotique peut se faire par la mise en place d'un plan de soin psychiatrique pouvant comprendre une pharmacothérapie, une psychothérapie, des activités thérapeutiques.

Nous avons pu voir que dans certains cas de cooccurrence, le trouble psychotique pouvait moduler le vécu transgenre du patient et donc le parcours de transition. Les cas de **Baltieri & Guerra De Andrade**⁴⁹ (2009), **Caldwell & Keshavan**⁶⁵ (1991) sont des exemples de personnes exprimant un souhait de transition lors de phases d'exacerbation du trouble psychotique avec un consentement qui ne serait pas forcément durable dans le temps. Il faut alors s'assurer de la persistance de ces demandes en dehors des phases de décompensations psychotiques.

Le traitement d'un trouble psychotique peut favoriser le consentement et l'autodétermination des patients en matière de parcours de transition.

d. Pluridisciplinarité dans le parcours de transition :

Les accompagnements pour les personnes transgenres avec un trouble schizophrénique devraient faire intervenir une équipe multidisciplinaire intégrative comprenant des médecins généralistes, des médecins de services d'endocrinologie et de chirurgie, si de tels soins d'affirmation de genre sont demandés, ainsi que des soins psychiatriques. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une collaboration étroite entre praticiens coordonnant le parcours de transition et professionnels traitant le trouble psychotique. Ces derniers étant souvent à l'origine de l'adressage aux accompagnements de transition. (**Meijer et al. 2017**⁵⁸ ; **C.J. Nolan et al. 2023**⁹⁰ ; **Gerken et al.**⁵⁹ **2016**).

e. Transition sociale :

Les **recommandations HAS de 2009**²³ préconisaient un test en vie réelle d'une durée prévue d'environ 1 an avec une possibilité de démarrer une hormono-substitution réversible et/ou des interventions légères (épilation etc.). Aujourd'hui, ce test est remis en question dans les pratiques car celui-ci implique de montrer la preuve d'un bon fonctionnement social dans le genre souhaité avant d'accéder à d'autres types de transition. Il est évident que certaines personnes ne pourront témoigner d'un bon fonctionnement social sans avoir bénéficié au préalable de certains accompagnements de transition. Dans le cas particulier de la cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre, cet indicateur est d'autant moins pertinent qu'il existe une altération du fonctionnement social inhérente au trouble

psychotique du fait de la symptomatologie négative. Il serait intéressant d'étudier les répercussions d'un accompagnement de transition sur le fonctionnement social des personnes. L'évaluation de la symptomatologie négative par une échelle standardisée telle que la PANSS peut permettre de rendre compte de cela.

Un accompagnement soutenu dans les démarches par un travailleur social peut se révéler nécessaire. Un travail de mobilisation de l'entourage par la psychoéducation sur les troubles psychotiques, l'éducation sur l'incongruence de genre ou l'usage d'outils systémiques par des entretiens familiaux peut permettre de favoriser l'acceptation et le soutien des patients. Le cas n°3 de **Meijer et al.** ⁵⁸ (2017) expose une patiente ayant rompu les liens avec son entourage. L'accompagnement par un travailleur social a permis de renouer avec sa famille et d'aider la patiente dans son parcours de transition. **C.J. Nolan et al.** ⁹⁰ (2023) soulignent l'importance de la résilience face aux événements de vie stressants ou traumatiques qui est associée à une meilleure santé mentale. Cette résilience est grandement déterminée par l'acceptation et le soutien familial. Le rapport de l'**IGAS de 2022** ²⁵ met également l'accent sur le fait qu'un soutien familial et une acceptation sociale (en milieu scolaire notamment) est fondamentale pour réduire la souffrance et aider l'adolescent à évoluer dans son identité de genre de façon harmonieuse.

f. **Transition hormonale :**

L'hypothèse du rôle neuroprotecteur de l'œstradiol vis-à-vis d'épisodes psychotiques et de la vulnérabilité à ceux-ci lors des phases de déficit en œstrogène, est mise en valeur 4 articles (**Moffitt & Findley** ⁶⁰ (2016) ; **Mallett et al.** ⁷⁴ (1989) ; **Faulk** ⁶⁶ (1989) ; **Dhillon et al.** ⁶¹ (2011)).

Brand et al. ⁸⁸ (2021) suggèrent que les œstrogènes pourraient participer à une réduction des symptômes psychotiques de par la modulation de la sensibilité de récepteurs dopaminergiques dans certaines voies dopaminergiques, notamment la voie mésolimbique, associée au syndrome positif.

L'hypothèse neuroprotectrice des œstrogènes vis-à-vis des épisodes psychotiques peut nous conduire à accroître notre vigilance quant aux éventuelles décompensations lors des transitions :

- De masculinisation : avec risque de chute oestrogénique lors de la phase de déféminisation (avant ou après ovariectomie).
- De féminisation : notamment dans les cas d'automédication qui exposent à des ruptures thérapeutiques en raison des fluctuations d'approvisionnement du marché.

Vigilance sera de mise pour les patients déjà diagnostiqués avec un trouble psychotique mais également pour les patients dits à ultra-haut risque de transition psychotique. Il semble alors prudent de procéder par paliers d'adaptation du traitement hormonal. **Meijer et al.** ⁵⁸ (2017) ont, de façon collégiale avec les différents intervenants (psychiatre, endocrinologue et médecin généraliste), préconisé une phase hormonale prolongée de 3 à 4 ans au lieu de la durée habituelle d'un an dans leur protocole. Le but n'est pas de réaliser une expérience en vie réelle mais de s'assurer de la bonne tolérance du traitement hormonal qui sera prescrit tout au long de la vie de la personne. Le bon déroulé de la transition a finalement permis aux cliniciens de proposer au bout de 2 ans une transition chirurgicale. L'intervention n'avait pas encore eu lieu au moment de l'article du fait de difficultés au sevrage tabagique qui contre-indiquait la chirurgie.

g. **Transition chirurgicale :**

Meijer et al. ⁵⁸ (2017) (Cas n°2) proposent qu'en cas d'étayage social ou familial restreint ou inexistant, un temps d'hospitalisation plus long pourrait être nécessaire en cas de complication précoce d'une intervention afin de sécuriser la période péri-opératoire. La patiente avait bénéficié d'une première étape de chirurgie d'affirmation (hystérectomie laparoscopique et une colpectomie) compliquée d'une grave hémorragie à J4. De la même manière, les auteurs suggèrent avec l'appui de la patiente, qu'une admission en psychiatrie en péri-opératoire pourrait être bénéfique pour davantage de soutien psychologique mais l'hospitalisation en psychiatrie n'est pas la seule possibilité. D'autres alternatives plus pertinentes de soutien pourraient être envisagées comme l'intervention d'une équipe de psychiatrie de liaison pendant l'hospitalisation en chirurgie qui permettrait par ailleurs une meilleure coordination entre les équipes de soin. Une intervention à domicile d'une équipe mobile de psychiatrie pourrait être utile sur le versant ambulatoire.

La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il est primordial que les professionnels puissent être formés et sensibilisés aux domaines de la santé mentale mais également sexuelle. Comme explicité par **Barker et al.** ⁷⁹ (2023), il est important de ne pas négliger la santé sexuelle des patients qui estiment parfois qu'un épanouissement de ce point de vue peut participer au processus de soins de leur trouble.

Certains patients rencontrés en consultation expriment des réticences à avoir des relations sexuelles avant d'avoir entamer un parcours de transition en particulier chirurgical d'affirmation de genre. Il semble pertinent de questionner les patientes sur le désir ou non d'une sexualité pénétrative. Une vaginoplastie implique une observance rigoureuse des soins post-opératoire par gonflements d'un conformateur souple, jours et nuits pendant 2-3 mois (**SOF.CRPE** ⁸⁴ ; 2022), pour maintenir le néo-

vagin en cicatrisation. Ainsi, s'il n'existe pas de désir de sexualité pénétrative, la vulvoplastie peut constituer une alternative de choix.

Parmi les Case Reports, nous retrouvons 2 cas de métaïdoïoplastie (**Meijer et al.**⁵⁸ ; **Cas n°2 et 4 ; 2017**) qui représentent des alternatives moins lourdes à la phalloplastie afin de faciliter les soins post-opératoires. Ce choix avait été fait en accord avec les patients mais rien n'empêche la réalisation d'une phalloplastie par ailleurs.

Parmi les Case Reports, nous retrouvons 2 cas de mastectomies bilatérales (**Meijer et al.**⁵⁸ **Cas n°2 2017 ; Dhillon et al.**⁶¹ **2011**) et 5 personnes en avaient exprimé le souhait. Dans le premier cas, celle-ci a été réalisé avant une chirurgie pelvienne et dans le deuxième, nous n'avons pas de notion d'intervention au niveau pelvien. Presque la moitié des cas expriment une demande de mastectomie ce qui témoigne de l'importance de cette intervention dans leur vécu et parcours de transition.

h. Accompagnements complémentaires dans les parcours de transition :

Les cases reports nous apportent peu de précisions dans les accompagnements complémentaires chez les patients avec une cooccurrence de trouble psychotique et d'incongruence de genre. Certaines personnes ont pu bénéficier de dépilation faciale. Nous n'avons pas de notion concernant l'accompagnement orthophonique pour masculinisation ou féminisation de la voix. Cet accompagnement peut revêtir une importance toute particulière pour éviter le mégenrage qui peut constituer un facteur de stress. Son impact ne doit pas être banalisé et mériterait même d'être étudié dans les futures recherches sur les parcours de transition chez les individus avec un trouble psychotique.

i. Dimensions psychiatriques à explorer pour les personnes avec cooccurrence d'un trouble psychotique et un vécu transgenre :

Un accompagnement global de cette population pourrait passer par une proposition de prise en charge du psychotraumatisme et des comorbidités addictologiques.

Une prise en charge des comorbidités addictives peut se révéler intéressante dans un souci d'amélioration de la cicatrisation (tabac) ou encore de prévention de décompensations psychotique.

Nous ne retrouvons pas de préconisations spécifiques concernant d'autres addictions au produit ou addiction comportementale dans la littérature ou les recommandations.

Des recherches concernant les prises en charges addictologiques chez les personnes transgenres pourraient être utiles au vu de la surreprésentation de ces troubles dans cette population et le facteur de risque que cela représente vis-à-vis des troubles psychotiques.

E/ Pistes de recherche pour de futures études sur les parcours de transition chez les personnes avec un trouble psychotique :

a. Mode de recrutement des études sur la population transgenre :

C.J. Nolan et al.⁹⁰ (2023) étudient l'inclusivité du genre dans le champ de la recherche sur la schizophrénie et mettent en avant des pistes concernant le recrutement :

- Le "snowball sampling", littéralement "échantillonnage boule de neige". Dans ce principe d'échantillonnage, l'individu approché pour l'étude recrute d'autres personnes de son entourage

qui font de même à leur tour. Après plusieurs vagues successives, les caractéristiques capturées par la cohorte diffèrent peu à peu de celles du patient initial. Ce principe peut se révéler utile dans l'étude d'un phénomène difficilement observable à l'échelle de la population générale. La communauté LGBTQIA+ est une communauté large et active, ce qui pourrait permettre à certaines personnes, notamment avec un trouble psychotique d'être approchées par la recherche avec une orientation au décours vers un accompagnement de transition voire des soins psychiatriques.

- Un appariement au sexe assigné à la naissance et à l'identité de genre permettrait d'évaluer s'il existe un retentissement lié au parcours de vie.

b. Données à inclure dans les recherches ultérieures sur les personnes transgenres :

L'emploi préférentiel par les cliniciens et chercheurs de la dénomination incongruence de genre en lieu et place de dysphorie de genre pourrait permettre de mieux apprécier l'hétérogénéité de la population transgenre dans les études futures.

Il sera nécessaire d'inclure des données sur la suicidalité chez les personnes transgenres avec une cooccurrence de trouble psychotique au vu du potentiel surrisque existant dans cette population.

Comme relevé par **C.J. Nolan *et al.***⁹⁰ (2023), la recherche sur les personnes issues de la diversité de genre devrait également impliquer davantage des professionnels qui

s'identifient comme transgenre ou non binaire et/ou membres de la communauté pour garantir que des questions appropriées sont posées. **C.J. Nolan et al.** ⁹⁰ (2023).

Barr et al. ³⁰ (2021) proposent ainsi de relever l'identité de genre et le sexe assigné à la naissance dans les recherches ultérieures.

c. Critères d'évaluations de l'efficacité d'un parcours de transition chez les patients psychotiques :

Une analyse prospective serait utile pour évaluer à long terme les effets du parcours de transition sur le trouble psychotique. Bien que ces études puissent être difficiles à mettre en place avec un risque de perdus de vue non négligeable.

Les données qui permettraient d'évaluer l'impact d'un parcours de transition sur le trouble psychotique pourrait être de nature :

Subjective :

- L'avis des personnes elles-mêmes : en les interrogeant sur les bénéfices éventuels sur leur qualité de vie, leur fonctionnement social.
- L'avis global des cliniciens intervenant dans l'accompagnement des personnes ou dans la recherche clinique.
- L'hétéroévaluation des soutiens proches du patient.

Objective :

- Le nombre d'hospitalisations en psychiatrie après initiation d'un parcours de transition. Ces hospitalisations pouvant être sur différentes modalités :
 - Sur un mode de soins libres (SL) : programmée ou non.

- Sur un mode de soins à la demande d'un tiers, en urgence, en péril imminent (SDT/SDTU/SPI).
- Sur décision du représentant de l'état (SDRE).
- L'évaluation des traitements psychotropes et de leur posologie.
 - Par des échelles cliniques psychiatriques évaluant la symptomatologie psychotique telles que la Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS).

5/ Conclusion :

L'Histoire de la transidentité et celle des troubles psychotiques ont rendu tardive l'acceptation de la possibilité d'une cooccurrence des deux phénomènes. La sortie de la classification CIM 11 de l'Organisation Mondiale de la Santé en janvier 2022 a permis un reclassement de la transidentité au rang de la santé sexuelle sous la nomination d'incongruence de genre, ce dans un souci de dépathologisation. La recherche actuelle tend à s'accroître dans ce domaine et ce travail s'inscrit dans cette continuité.

L'objectif de cette revue était en premier lieu d'étudier la fréquence de cette cooccurrence dans la littérature. Les données actuelles font état d'une surreprésentation des troubles psychotiques dans la population transgenre bien qu'il soit difficile d'en dégager une tendance précise en raison de biais dans les études épidémiologiques existantes. Parmi les facteurs pouvant participer à cette surreprésentation, on retrouve une surreprésentation dans cette population de facteurs de vulnérabilité aux troubles psychotiques tels que les troubles de l'usage de substance (dont le cannabis), le trouble de stress post-traumatique. Les biais diagnostiques peuvent également jouer un rôle dans la surreprésentation des troubles psychotiques dans la population transgenre.

Un autre objectif était de pouvoir identifier d'éventuels plans de confusion et mettre en évidence des différences pouvant aider le repérage phénoménologique et faciliter l'orientation et l'accompagnement dans les parcours de transition. Face à l'expression d'idées d'un vécu transgenre, la présence d'un syndrome négatif ou de désorganisation oriente préférentiellement vers un trouble schizophrénique. Le syndrome positif représente le plan de confusion principal. La perte de contact avec

la réalité biologique oriente alors vers un processus délirant. En présence d'un trouble psychotique, la prise en charge psychiatrique du trouble peut aider à distinguer le contenu productif du vécu transgenre.

Il est important de pouvoir accompagner les personnes avec un trouble psychotique et de pouvoir leur proposer une thérapie d'exploration du genre qui peut permettre de faciliter l'affirmation de leur identité de genre. Cet accompagnement est nécessaire en raison d'un potentiel surrisque autoagressif dans cette population. Il existe un surrisque d'automutilation génitale chez les personnes avec un trouble psychotique (notamment sur injonction hallucinatoire de passage à l'acte) mais également chez les personnes transgenres, suggérant d'être d'autant plus vigilant dans le cas d'une cooccurrence des deux phénomènes. A noter qu'il n'existe pas de données précises concernant la suicidalité dans les études épidémiologiques constituant cette revue. Des recherches ultérieures seraient nécessaires sur ce point en raison d'un risque potentiellement élevé dans cette cooccurrence, les deux phénomènes présentant chacun un risque plus élevé de mortalité par suicide que la population générale.

Le dernier objectif de cette étude était d'observer les parcours de transition réalisés pour les personnes avec une cooccurrence de trouble psychotique et d'apprécier l'impact sur le trouble psychotique. Il existe peu de données spécifiques sur les accompagnements des personnes transgenres avec un trouble psychotique, la plupart provenant de Case Reports. L'impact d'un parcours de transition pourrait être positif sur la prévention de l'émergence ou la récurrence d'un trouble psychotique chez les personnes transgenre. L'évolution des pratiques semble montrer une amélioration dans l'accès aux parcours de transition dans la population psychotique. Ces personnes pourraient nécessiter une aide plus soutenue dans l'accompagnement à la transition sociale et administrative avec notamment l'aide de travailleurs sociaux. Un

travail de mobilisation de l'entourage par des entretiens familiaux permettrait d'améliorer l'acceptation et le soutien des proches. La transition hormonale plus précautionneuse pourrait être utile, d'autant que certains articles pointent l'éventualité d'un rôle neuroprotecteur des œstrogènes vis-à-vis des épisodes psychotiques. Cette précaution pourrait être accrue dans les parcours de masculinisation avec une chute ostrogénique induite par les traitements.

La 8eme version de la WPATH souligne qu'un trouble psychotique ne doit pas être un obstacle à une transition chirurgicale en cas de stabilité du trouble psychotique et du vécu transidentitaire. Il semble important de pouvoir expliquer les différentes possibilités de transition chirurgicale aux personnes avec un trouble psychotique afin de travailler une demande chez des personnes dont la perception de leur propre corps peut être modifiée. Cette transition chirurgicale peut se faire de façon progressive, en fonction des souhaits des personnes. Questionner la sexualité peut aider à orienter cet accompagnement.

Les accompagnements complémentaires n'ont été que peu traités dans la littérature et pourraient également constituer des points de recherche à l'avenir, notamment l'accompagnement de modification de la voix qui peut, entre autres, aider à limiter le risque de stigmatisation sociale.

Concernant la recherche, l'emploi du terme incongruence de genre ou d'autres termes tels que diversité de genre devraient être favorisés en lieu et place de dysphorie de genre afin de rendre compte de l'hétérogénéité de la population transgenre. En France, les recommandations HAS sur la transidentité sont en cours d'élaboration et avec un projet de publication en 2024. Il semble nécessaire aujourd'hui que d'autres séries de cas ou études notamment prospectives voient le jour afin d'étudier

l'efficience et les spécificités des parcours de transition dans la population transgenre avec un trouble psychotique. Ceci permettra aux professionnels d'améliorer les modalités d'accompagnement transaffirmatif pour cette population particulièrement à risque du point de vue de la santé mentale et globale.

6/ Références bibliographiques :

1. Krebs, M-O ; CPNLF. Signes précoces de schizophrénie (Pathologies) (French Edition) (p. 7).
2. A. Manus, Psychoses et névroses de l'adulte (2003),
3. J.D. Guelfi ; F. Rouillon ; Manuel de psychiatrie ; 3eme édition ; Elsevier Masson
4. Van os et al 2009 ; A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder ; Cambridge University Press.
5. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
6. A. Castard ; Etude comparative des représentations des transidentités et des modalités d'accompagnement des trajectoires de transition des personnes transidentitaires par le champ sanitaire, une perspective transculturelle. Pépite 2020.
7. J. Breton, G. Frohwirth, S. Pottiez ; Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Le transsexualisme : étude nosographique et médico-légale. Paris: Masson; 1985. 204 p. (Rapport de médecine légale)
8. Esquirol JÉD. Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. J.-B. Baillière; 1838. 876 p.
9. Krafft-Ebing R. Étude médico-légale, « Psychopathia sexualis ; traduit sur la 8e édition allemande, par Émile Laurent et Sigismund Csapo [Internet]. 1895 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur:
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76843b>
10. Cauldwell DO. Psychopathia transsexualis. 1949.
11. Benjamin, Harry - Transvestism and Transsexualism ; 1953 ; the international journal of sexology Vol VII No 1
12. Butler J. Trouble dans le genre : Le féminisme et la subversion de l'identité. La Découverte; 2006. 298 p.
13. CIM-11 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11e version) ; Organisation Mondiale de la Santé.

14. Zucker KJ, Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health 2017
15. J.L. Herman; A.R. Flores ; K.K. O'Neill ; How Many Adults and Youth Identify as Transgender in the United States? 2022.
16. Adams et al : Varied Reports of Adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. Transgender Health 2017
17. Wicomb et al : Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. Journal of Affective Disorder 2018.
18. Bouman : Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. International Journal of Transgenderism volume 18, 2017.
19. Testa R. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2015.
20. L. Mathieu ; *Penser les variances de genre à l'épreuve des modèles de violence intersubjective* ; Imaginaire & Inconscient 2022.
21. F. Medjkane : conférence "Je ne suis pas mon genre. Quand la clinique s'en mêle". Association Scientifique des Psychiatres des Hauts-de-France, novembre 2022.
22. Circulaire du 29-9-2021 MENJS – DGESCO :
<https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>
23. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. Rapport HAS Novembre 2009.
24. Parcours de transition des personnes transgenres (Validée par le Collège le 7 septembre 2022)
25. H. Picard ; S. Jutant ; avec l'appui de G. Gueydan de l'IGAS : Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans ; Janvier 2022
26. World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care Version 8 ; 2022.
27. Loi de bioéthique du 2 août 2021. (Art 31, CSP L 2141-1)
28. S. MATEO ; 2020 : Procédure pour conduire avec succès une revue de littérature selon la méthode PRISMA.

29. J. Stusiński ; M. Lew-Starowicz ; 2018 Gender dysphoria symptoms in schizophrenia. *Psychiatria Polska*.
30. Barr; Roberts ; Thakkar 2021 ; Psychosis in transgender and gender non-conforming individuals: A review of the literature and a call for more research. *Psychiatry Research*
31. Bishoy ; Desai ; Parekh; Guirguis ; Kumar ; Sachdeva 2019 ; Psychiatric disorders in the U.S. transgender population ; *Annals of Epidemiology*.
32. Jonathon W Wanta, Joshua D Niforatos, Emily Durbak, Adele Viguera, Murat Altinay ; *Mental Health* ; 2019 ; Diagnoses Among Transgender Patients in the Clinical Setting: An All-Payer Electronic Health Record Study ; *Transgender Health*.
33. Christina N Dragon, Paul Guerino, Erin Ewald, Alison M Laffan ; 2017 ; Transgender Medicare Beneficiaries and Chronic Conditions: Exploring Fee-for-Service Claims Data ; *LGBT Health*.
34. Okabe N, Sato T, Matsumoto Y, Ido Y, Terada S. Kuroda S.; 2008 *Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic*. *Psychiatry Res*.
35. Cassandra Spanos, Julian A Grace, Shalem Y Leemaqz, Adam Brownhill, Pauline Cundill, Peter Locke, Peggy Wong, Jeffrey D Zajac, Ada S Cheung ; 2019 ; *The Informed Consent Model of Care for Accessing Gender-Affirming Hormone Therapy Is Associated With High Patient Satisfaction ; The journal of sexual medicine*.
36. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y et al. ; 2010 ; Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder ; *Psychiatry Clin. Neurosci*.
37. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ; 1997; Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch. Sex. Behav*.
38. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch. Sex. Behav*. 2009
39. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender dysphoria – Prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Front. Endocrinol*. 2014

40. Burns A, Farrell M, Brown JC. Clinical features of patients attending a gender-identity clinic. *The British Journal of Psychiatry* 1990
41. Annelou L C de Vries, Thomas D Steensma, Theo A H Doreleijers, Peggy T Cohen-Kettenis 2011 ; Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study ; *The journal of sexual medicine*
42. Meybodi AM, Hajebi A, Jolfaei AG. Psychiatric axis I comorbidities among patients with gender dysphoria. *Psychiatry Journal* 2014.
<https://www.hindawi.com/journals/psychia-try/2014/971814/> (retrieved: 12.06.2017)
43. Levine SB. Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1980;
44. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *J. Psychosom. Res.* 2005;
45. Rand N. Wilcox Vanden Berg ; Christopher D. Gaffney ; Darius A. Paduch ; Presentation and resolution of gender dysphoria as a positivesymptom in a young schizophrenic man who presented withself-emasculatation: *Frontiers of bioethics, psychiatry, andmicrosurgical genital reconstruction*
46. J.M. Thoman ; L.E DeLisi ; 2023 ; Editorial: The association of gender dysphoria with psychosis ; *Current Opinion in Psychiatry*.
47. Tracy A Becerra-Culqui ; Yuan Liu ; Rebecca Nash 2018 ; *Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers ; Pediatrics*.
48. F. Termorshuizen ; A.L.C de Vries ; C. Wiepjes ; J.P. Selten ; 2023 ; The risk of psychosis for transgender individuals: a Dutch national cohort study ; *Psychological medicine*.
49. Baltieri et Andrade 2009 ; Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder ; *The Journal of Sexual Medicine*.
50. T.A. Veeder ; R.J. Leo ; Male genital self-mutilation: a systematic re-view of psychiatric disorders and psychosocial factors. *Gen HospPsychiatry* ; 2017.
51. Jakubowski T. ; 2021 ; Transsexualism or psychotic disorder? A case study ; *Psychiatria Polska*.

52. Dyachenko A.V. , Boukhanovskaya O.A. , Perekhov A.Ya. , Soldatkin V.A. , Deinekina A.S. , Yarovitsky V.B. ; 2021 ; [Gender dysphoria in the structure of psychosis] ; Zhurnal Nevrologii I Psikhiiatrii Imeni S.S. Korsakova
53. Wilcox Vanden Berg ; Gaffney; 2020 ; Presentation and resolution of gender dysphoria as a positive symptom in a young schizophrenic man who presented with self-emasculatation: Frontiers of bioethics, psychiatry, and microsurgical genital reconstruction.
54. Laurence Borrás, Philippe Huguelet, and Ariel Eytan ; 2007 ; Delusional "pseudotranssexualism" in schizophrenia ; Psychiatry Interpersonal and Biological Processes
55. Manderson & Kumar 2001 ; Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia ; The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
56. Commander & Dean 1990 ; Symptomatic trans-sexualism ; The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science.
57. N.J. Thompson ; C. Smith ; Thylur ; 2023 ; The Intersection of Gender Dysphoria and Psychosis: Case Report of a Patient With Schizophrenia, Gender Dysphoria, and Repeated Genital Self-Mutilation ; Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry.
58. Meijer ; Eeckhout ; Van Vlerken , De Vries ; 2017 ; Gender Dysphoria and Co-Existing Psychosis: Review and Four Case Examples of Successful Gender Affirmative Treatment ; LGBT health.
59. Gerken ; McGahee ; Keuroghlian ; Freudenreich ; 2016 ; Consideration of Clozapine and Gender-Affirming Medical Care for an HIV-Positive Person with Schizophrenia and Fluctuating Gender Identity ; Harvard Review of Psychiatry.
60. O. Moffitt ; J.C. Findley 2016 ; A case of first-onset psychosis and repeated relapses secondary to discontinuation of non-prescription estrogen replacement therapy in a transgendered female ; Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology.
61. Rohan Dhillon, Tarun Bastiampillai, Shridhar Krishnan, Nicolle Opray, and Prashant Tibr ; 2011 ; Transgender late onset psychosis: the role of sex hormones ; The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.

62. Urban M. ; Rabe-Jabłońska ; 2010 ; [Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia--case reports] ; Psychiatria Polska
63. Urban M. ; 2009 ; [Transsexualism or delusions of sex change? Avoiding misdiagnosis]; Psychiatria Polska.
64. Bhargava ; Sethi 2002 ; Transsexualism and schizophrenia: a case report ; Indian Journal of Psychiatry.
65. Caldwell ; Keshavan ; 1991 ; Schizophrenia with secondary transsexualism ; Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie.
66. Faulk M. ; 1990 ; Psychosis in a transsexual ; The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science.
67. Van Putten & Fawzy ; 1976 ; Sex conversion surgery in a man with severe gender dysphoria. A tragic outcome ; Archives of General Psychiatry.
68. Lowy & Kolivakis ; 1971 ; Autocastration by a male transsexual ; Canadian Psychiatric Association Journal.
69. A.J. Kemp ; M. Zhang ; Y. Wang ; L. Leontieva ; S. Leontieva ; 2023 ; Psychosis With Religious Delusions in a Reportedly Intersex Transgender Person ; Cureus
70. Maillefer ; Sabe ; Coste ; Bartolomei ; Jaafar ; Sentissi ; 2019 ; Sexual Identity Disorder and Psychosis in Klinefelter Syndrome: A Synthesis of Literature and a Case Report. The Journal of Nervous and Mental Disease.
71. P.P. Kuppli ; S. Prakash ; K. Sinha Deb ; R.Chadda ; 2018 ; Being 80% female and 20% male: Delusional pseudotransexualism in a case of Schizophrenia ; Asian Journal of Psychiatry.
72. R.C. JILOHA ; J.C. BATHLA ; A. BAWEJA ; V.GUPTA ; 1998 ; Transsexualism in schizophrenia : a case report ; Indian Journal of Psychiatry.
73. Banerjee ; Nizamie ; Chopra ; Bagchi ; 2017 ; Transsexualism : onset after an acute psychotic episode ; Indian Journal of Psychiatry.
74. Mallett ; Marshall ; Blacker ; 1989 ; 'Puerperal Psychosis' Following Male-to-Female Sex Reassignment ; British Journal of Psychiatry.
75. Gittleson & Levine ; 1966 ; Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics ; British Journal of Psychiatry.

76. Starostina et Yagubov ; 2021 ; [Clinical and phenomenological features of the formation of gender reassignment ideas in schizophrenia spectrum disorders] ; Zhurnal Nevrologii I Psikiatrii Imeni S.S. Korsakova.
77. Connolly et al. 1971 ; The Relationship between Delusions of Sexual Change and Olfactory and Gustatory Hallucinations in Schizophrenia ; British Journal of Psychiatry.
78. LaTorre R. (1976) ; The psychological assessment of gender identity and gender role in schizophrenia ; Schizophrenia Bulletin.
79. Barker ; Vigod ; Hussain ; France ; Rodriguez et al. 2023 ; Sexual health experiences of women and non-binary people with early psychosis: qualitative study ; BJPsych open.
80. Kallitsounaki, A., Williams, D. M. (2022) Autism; Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. J Autism Dev Disord.
81. Marconi *et al.* ; 2016 ; Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis ; Schizophrenia Bulletin.
82. Austin *et al.* (2015) Long-term trajectories of positive and negative symptoms in first episode psychosis: A 10year follow-up study in the OPUS cohort ; Schizophrenia Research
83. Didier ANZIEU ; 1985 ; Le Moi-Peau ; Dunod.
84. SOF.CRPE ; Fiche d'information d'une chirurgie génitale Homme vers Femme ou aïdoïopoïese ou vaginoplastie ; Version du 1ere version de janvier 2022
85. Loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne
86. Christoph U. Correll, et al 2022 ; Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors ; World of psychiatry
87. HAS ; Clozapine ; Avis sur le Service Medical Rendu 2017.
88. Bodyl A. Brand,a Janna N. de Boer,a,b and Iris E.C. Sommera ; Curr Opin Psychiatry ; 2021 ; Estrogens in schizophrenia: progress, current challenges and opportunities
89. Zubin & Spring ; 1977 Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology.

90. C.J. Nolan ; T.A. Roepke ; M.L. Perreault ; 2023 ; Beyond the Binary: Gender Inclusivity in Schizophrenia Research ; Biological Psychiatry

7/ Annexes et tableaux :

- **Figure 1.1** : Le continuum psychotique d'après J. Van Os 2009.
- **Tableau 1.1** : Spectre schizophrénique et autres troubles délirants. (Krebs, M-O ; CPNLF. Signes précoces de schizophrénie (Pathologies) (French Edition).
- **Tableau 1.2** : Chiffres de prévalence des troubles psychotiques dans la population générale d'après le DSM 5.
- **Tableau 1.3** : critères diagnostiques des 3 principaux troubles psychotiques chroniques d'après le DSM 5.
- **Tableau 1.4** : Diagnostics associés à la transidentité et critères diagnostiques d'après le DSM 5 et la CIM 11.
- **Figure 1.2** : Présentation schématique de la proposition HAS de 2009.
- **Tableau 1.5** : Transition hormonale d'après les recommandations HAS de 2009.
- **Figure 2.1** : diagramme d'étendue chronologique des 305 articles de la revue de littérature d'après Pubmed.
- **Figure 2.2** : diagramme de flux de la revue de littérature.
- **Tableau 3.1** : Données épidémiologiques de la littérature sur la cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre.
- **Tableau 3.2** : Tableau récapitulatif des Case Reports d'individus avec trouble psychotique et idées délirantes concernant le genre.
- **Tableau 3.3** : tableau récapitulatif des Case reports d'individus avec une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transgenre.
- **Tableau 3.4** : Tableau récapitulatif des Case reports dont les données ne permettent pas de différencier des idées délirantes liées au genre d'une cooccurrence de trouble psychotique et de vécu transgenre.

AUTEUR : Nom : PELE **Prénom :** Alexandre **Date de soutenance :** 26 octobre 2023

Titre de la thèse : Étude de la fréquence, des spécificités cliniques et des modalités de prise en charge existantes chez les individus présentant une cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transidentitaire : une revue de littérature.

Thèse - Médecine - Lille « 2023-2024 »

Cadre de classement : psychiatrie ; santé sexuelle. **DES + FST/option :** psychiatrie

Mots-clés : incongruence de genre ; trouble psychotique ; prise en charge transaffirmative ; trouble schizophrénique ; schizophrénie ; dysphorie de genre.

Résumé :

Contexte :

L'Histoire de la transidentité et des troubles psychotiques ont rendu tardives l'acceptation d'une cooccurrence des deux phénomènes. La parution de la CIM11 en 2022 dépathologise la transidentité par un reclassement de la transidentité au rang de la santé sexuelle sous la dénomination d'incongruence de genre. La population transgenre serait plus vulnérable au suicide et aux troubles psychiatriques que la population générale. Cela comprend les troubles psychotiques exposant eux-mêmes, entre autres à un risque élevé de suicide.

En France, des recommandations de la HAS sur les parcours de transition devraient voir le jour en 2024.

Ce travail de thèse vise à observer les données cliniques et de fréquence de la cooccurrence d'un trouble psychotique et d'un vécu transidentitaire, mais également les modalités de parcours de transition ainsi que leur impact éventuel sur le trouble psychotique.

Méthode :

Une revue des données de la littérature a été réalisée à partir de la banque de données Pubmed et de la méthode PRISMA.

Résultats :

38 articles ont été analysés. Les études épidémiologiques et les revues antérieures observent une surreprésentation des troubles psychotiques dans la population transgenre. L'analyse des 27 Case Reports a permis de différencier 1 groupe de 6 personnes avec trouble psychotique et idées délirantes liées au genre, 1 groupe de 15 avec cooccurrence de trouble psychotique et vécu transgenre et 1 groupe de 6 où les données ne permettent pas de distinguer le contenu productif lié au genre de la cooccurrence.

Conclusion :

Les troubles psychotiques seraient surreprésentés dans la population transgenre. Une explication serait la surreprésentation de troubles psychiatriques et addictologiques qui sont autant de facteurs de vulnérabilité à la psychose mais aussi du fait de biais (diagnostiques, études épidémiologiques).

En cas d'idées possiblement délirantes liées au genre, un syndrome négatif ou de désorganisation oriente vers un trouble psychotique. Le syndrome positif est le plan de confusion principal. La perte de contact avec la réalité biologique suggère un processus délirant.

Le peu de données sur les parcours de transition provient surtout de Case Reports. Un accompagnement soutenu à la transition sociale serait utile. Une transition hormonale par paliers pourrait être proposée. Vigilance sera de mise dans les parcours de masculinisation de par l'hypothèse du rôle protecteur des œstrogènes vis-à-vis des épisodes psychotiques. Un trouble psychotique ne doit pas être un obstacle à une transition chirurgicale si celui-ci est stable.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires notamment prospectives afin d'apprécier l'impact des parcours de transition pour les personnes avec un trouble psychotique, mais aussi des études pour mieux évaluer les données sur le risque suicidaire dans cette population à risque.

Composition du Jury :

Président : Pr Renaud JARDRI.

Assesseurs : Dr Caroline BLOND ; Dr Lionel MATHIEU ; Pr François MEDJKANE

Directeur de thèse : Pr François MEDJKANE