**B.E.L Aurora LOPEZ-RODRIGUEZ**

**Bioéthique Et Liberté Janvier 2017**

**Rapport de conférence Genre et Santé 2016-2017 (Université de Bordeaux)**

**Un dialogue interdisciplinaire entre les Sciences Humaines et Sociales et les Sciences médicales/Sciences du Vivant**

**Genre et santé mentale**

*Introduction et animation : Eric Mace, Professeur au Centre Emile Durkheim (CED)*

Il y a des moments d’inversion dans l’histoire par rapport à la santé mentale et le genre. Premièrement, il faut souligner les fondements de la psychiatrie au XIX siècle. Les pathologies de la sexualité dont les plus connues sont l’hystérie, l’homosexualité,…ont été inventées. La pathologie de genre par excellence est le travestisme. Le point de départ est, donc, la constitution des pathologies de la sexualité fondées sur une conception patriarcale. Par exemple, les garçons étaient élevés dans une culture de l’homophobie. Deuxièmement, il y a un démantèlement de ces fondements avec une dépathologisation quasi totale de notre sexualité qui se traduit dans tous les champs : médical, juridique…L’homosexualité cesse d’être une pathologie ou un crime. Aujourd’hui, tout est centré sur l’individu. Cela nous conduit à des dimensions pathogènes du genre lui-même sous différentes formes : violences masculines, dépressions des femmes… Identifications de genre et orientations sexuelles ne sont plus des pathologies, alors que les effets pathogènes des normes de genre tendent à entrer dans des classifications des troubles mentaux.

Intervenant.e.s :

Steeve Demazeux : Philosophe, université Montaigne, **« Le genre dans les classifications psychiatriques modernes ».**

La question du genre est en attente d’une classification mais nous pouvons signaler quelques transformations conceptuelles dans l’histoire moderne.

Le DSM ou Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders est une classification américaine des [troubles mentaux](https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_mental).

Thomas Szasz, professeur de psychiatrie, critiquait déjà en 1985 le DSM soulignant que de nombreuses considérations prises dans le DSM sont loin d’être scientifiques. Soit ce sont des conceptions trop idéalisées en retrait de la société, soit trop simplistes impliquant des croyances qui viennent de l’extérieur. Les « maladies mentales » sont des « mythes » servant à médicaliser les comportements jugés immoraux au sein de la société.  Il s ‘agit du rapport savoir-pouvoir. Thomas Szasz prend appui sur des exemples comme la dépathologisation de l’homosexualité. Dans les années 70, la question se pose de rétirer l’homosexualité de la classification comme pathologie car les homosexuels pouvaient vivre leur homosexualité sans avoir de troubles psychologiques. Le docteur John Fryer participe à un débat en mai 1972. Il est masqué et sa voix est trafiquée car on ne pouvait pas être psychiatre et homosexuel. L’année suivante, les psychiatres et experts débattent sur la dépathologisation ou non de l’homosexualité dans la classification de référence DSM II. Les psychanalystes s’y opposent et demandent un vote. Le oui s’impose à 58% et les membres de l’ *American Psychiatric Association* ou APA décident de dépathologiser l’homosexualité. Ce qui est intéressant ce sont les arguments. Le DSM, incluant puis excluant l’homosexualité selon l’évolution de la société, montre les normes de l’époque et ce qu’elle peut accepter plutôt qu’une vraie recherche scientifique. Ces questions ambivalentes entre science et politique se posent à deux niveaux. D’un côté, les questions du diagnostic concernant le genre, d’un autre, les questions qui portent sur les perversions et les déviances sexuelles.

1. Les questions relatives au diagnostic et au genre.

Dans les années 60, une enquête épidémiologique est conduite dans le quartier de Manhattan à New York sur la santé mentale. La conclusion a permis de tordre le cou à une vieille doctrine : la santé mentale tend à se détériorer avec le progrès. Selon Freud, par exemple, les femmes sont plus fragiles et, encore plus, celles qui vivent dans les grandes villes. L’enquête montre au contraire que ce sont les femmes les plus émancipées qui sont les moins touchées par la dépression. Faut-il considérer des causes médicales ou sociologiques (domination masculine) ?

Cela se retrouve dans d’autres cas de domination comme l’esclavage par exemple. Selon certaines statistiques, le noir qui est esclave est moins malade que ceux qui ont été libérés. On trouve donc différentes études pour justifier des questions liées à la domination.

Les féministes ont dénoncé dans les années 80 que le groupe d’expert qui définit les critères est composé majoritairement d’hommes blancs de catégorie sociale aisée. On n’utilise pas les mêmes normes pour définir les vulnérabilités ou la bonne santé mentale chez les hommes ou les femmes. Par exemple, le trouble de la personnalité masochiste est surtout définit chez les femmes. Il est appelé trouble de la personnalité à conduite d’échec.

Les féministes pensent qu’on peut faire un mauvais usage de ces catégories. Ce diagnostic peut porter préjudice aux femmes dans les tribunaux. Par exemple, un psychiatre peut utiliser ce diagnostic pour discréditer une patiente.

2. Questions qui portent sur les perversions et les déviances sexuelles.

Eric Macé soulignait un modèle inventé au XIX siècle fondé sur une conception patriarcale où le point de départ est la constitution des pathologies de la sexualité.

Alors que la première version du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* - DSM), publié en 1952, et la deuxième en 1968 mentionnaient les perversions comme déviances sexuelles (fétichisme, pédophilie, sadisme,…), dans la troisième version de 1987 la perversion n’est pas centrée sur les normes sociales mais sur l’individu. Des pathologies nouvelles sont apparues dans notre société où avoir une sexualité épanouie est une exigence chez l’individu. Le DSM 3 est très utilisé par les psychiatres en consultation.

Deux grands changements sont à signaler du DSM III de 1987 au DSM V de 2003 :

1. La médicalisation progressive de la sexualité.

2. La spécification de plus en plus du diagnostic. Dans les DSM III les catégories sont générales pour les hommes et pour les femmes. Par exemple, les troubles de l’orgasme appelés « troubles du désir sexuel ». Dans le DSM IV apparaît la baisse du désir sexuel (dit « trouble du désir sexuel hypoactif »): Déficience (ou absence) persistante ou répétée de fantaisies imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle chez la femme. Tous les troubles sont définis en fonction du sexe dans le DMS V. Il faudrait s’intéresser aux idées qui mènent à cette classification : « le désir sexuel chez les femmes est plus labile, plus dispersé … »

La [flibansérine](http://www.vidal.fr/actualites/15682/troubles_du_desir_sexuel_feminin_un_premier_medicament_la_flibanserine_bientot_autorise_par_la_fda/) appelée « viagra rose » est indiquée auxfemmes souffrant des troubles du désir sexuel hypoactif. Elle était utilisée comme antidépresseur et abandonnée à cause des effets secondaires. Les résultats ne sont pas performants.

Il s’agit d’un retournement marketing de la lutte féministe. L'absence de molécule efficace pour les femmes souffrant de ces troubles n’impose pas d'accepter un médicament dont l'efficacité n’a pas été prouvée et qui a des effets secondaires néfastes. C’est un exemple de construction conceptuelle à des fins commerciales.

En conclusion, à travers cette histoire tracée nous pouvons observer une forme de démocratisation au sein du DMS. Dans la quatrième et cinquième version les patients sont de plus en plus inclus, ainsi que les psychologues, les psychiatres et d’autres groupes. Il y a une négociation de plus en plus fine, même si c’est la façade scientifique qui est mise en avant.

Sabine Afflelou : Médecin psychiatre, **« Quand genre et sexe différent ; spécificité de l'accompagnement psychiatrique des personnes en demande de transition »**

L’identité transgenre est un monde ignoré des psychiatres. Face à mon premier patient, j’ai senti de l’ignorance et de l’incompétence. Aucune prise en charge pour la formation n’a été organisée. Je me suis formée moi-même.

La CIM-10 définit la dysphorie de genre (« transexualisme ») comme un trouble de l’identité sexuel. C’est le désir de vivre et d’être accepté en tant que personne de l’autre genre. La personne est en souffrance, voire il est impossible pour elle de vivre avec le sexe de naissance.

La plupart de transgenres ont ressenti un sentiment d’être à l’intérieur d’un corps qui n’est pas le leur (rejet du corps).

Le DSM V stipule que cette incongruence entre le sexe vécu et le genre assigné (organes sexuels) doit durer au moins six mois.

Les critères de la dysphorie de genre sont :

- Un rejet des caractères sexuels secondaires

- Un fort désir d’en être débarrassé (certaines personnes coupent leurs pénis, leurs seins, scarifications, …)

- Une volonté de sortir de la catégorie homme-femme

- Une envie d’être traité comme appartenant à l’autre genre (véritable souffrance d’être traité selon le sexe de naissance)

Dans le DMS V, la dysphorie du genre chez les enfants est décrite ainsi:

- Dès le plus jeune âge, des jeux de l’autre genre. Ex : les garçons jouent avec des poupées.

- S’associer avec des camarades du genre ressenti.

- Désir d’avoir les caractéristiques sexuelles du genre vécu.

- Véritable souffrance psychique à la puberté (mutilations, troubles du comportements, dépression, …)

Parcours du patient qui souffre de dysphorie de genre.

Dans la première phase, il y a une évaluation où le psychiatre accueille la parole, confirme le diagnostic ou recherche des diagnostics différentiels comme par exemple les psychotiques. Il y aussi un accueil des membres de la famille. Les patients peuvent avoir des pathologies associées (dépression, troubles de la personnalité, …) C’est une population fragile qui a souvent des carences affectives. Ils peuvent avoir des croyances irréalistes, par exemple, ils peuvent considérer l’opération comme la solution à tous les problèmes. Cette phase dure de 6 à 12 mois.

S’il y a un diagnostic de dysphorie de genre, le patient suit une consultation pluridisciplinaire pour régler les problèmes endocrinologues. C’est une phase de transition avec l’hormonothérapie. Pour les hommes, l’estrogène est proposé. La production de testostérone est bloquée. Il y a une modification de l’anatomie. Chez la femme, c’est la testostérone qui est donnée. Dans cette phase qui dure un an, le psychiatre voit le patient et étudie comment il s’adapte à la modification de genre. Il s’intéresse aussi à la vie du patient avec ses proches. L’hormonothérapie est un processus réversible, mais si au bout d’un an la personne souhaite continuer, la chirurgie qui est un processus irréversible est proposée. La personne peut aussi choisir un traitement endocrinologue à vie.

La phase suivante est le changement d’état civil qui peut se faire dorénavant sans suivre tout ce processus.

Singularités du processus de dysphorie de genre :

-Est-ce que ces personnes sont des patients ou elles ont un dysfonctionnement du genre ?

-Avant la chirurgie, il y a une attente d’au moins deux ans et les patients le savent.

-Il y a un problème d’authenticité. Les patients savent les mots qu’ils doivent dire pour obtenir de se faire opérer. Ils considèrent le psychiatre comme un censeur alors que le psychiatre est là pour l’accompagner. C’est une décision importante qui impactera toute la vie du patient.

- Le psychiatre n’a pas de formation sur la dysphorie de genre

Bilan chiffré:

- En 2016, 31 patients ont été suivis entre 13 et 61 ans.

- 74% étaient des hommes qui voulaient devenir des femmes.

- 19% étaient des femmes qui voulaient devenir des hommes.

- 6% ne souhaitaient pas se transformer complètement. Ils ne voulaient pas subir d’opération chirurgicale.

- 3 personnes ont été déroutées, un cas de psychose et deux autistes. Ces personnes ne présentaient pas de dysphorie de genre mais un dégoût d’une part d’eux-mêmes. Une fois ce dégoût traité le changement n’était pas souhaité.

- 29% dysphorie de genre sans comorbidité

- 1 personne perdue de vue

- 3 déménagements

- Seulement une personne a été suivie après l’acte chirurgical

Diagnostics et antécédents psychiatriques associés :

- Anorexie : 2

- Troubles bipolaires : 2

- Phobie sociale : 5

- Psychose : 2

- Maltraitance : 7 dont violences sexuelles : 3

- Prostitution : 4

Beaucoup de troubles associés à la dysphorie de genre.

Quelle est la place du psychiatre dans les soins des personnes souffrant de dysphorie de genre ?

Les patients ne sont pas demandeurs mais par la suite cela change. Deux tiers de ces personnes ont une comorbidité associée qui peut freiner leur développement si les troubles ne sont pas traités. La capacité à supporter la post chirurgie peut être compromise aussi.

La psychiatrie est légitime également dans la phase où il y a une étude sur les contraindications. Trois personnes ont été déroutées du parcours de dysphorie de genre en 2016.

Les sentiments d’exclusion et l’incompréhension de l’entourage créent des maladies qui devraient être soignées.

Il peut y avoir modification de l’apparence physique sans avoir recours à la psychiatrie. Par exemple, les femmes peuvent enlever les seins sans avoir vu un psychiatre, car cela ne rentre pas dans la catégorie de « transgenre ».

La population qui souffre de dysphorie de genre va croitre et il faudra adapter nos pratiques en tant que médecins.

Marie-Pierre Moisan : Neuroendocrinologue, INRA,

**« Genre et santé en prison : Etude comparative de la comorbidité obésité-dépression chez les hommes et les femmes emprisonnés »**

Il s’agit d’une étude interdisciplinaire avec des neuroendocrinologues, des médecins et des sociologues ayant comme buts d’objectiver la prévalence de l’obésité et des troubles affectifs chez les hommes et les femmes emprisonnés dans une maison d’arrêt, de comprendre les causes et de prévenir ces affections. La maison d’arrêt est une prison où les personnes sont en attente d’être jugés ou elles sont condamnées pour une peine inférieure à un an. Dans la maison d’arrêt utilisée dans l’étude, vivaient 46 femmes et 33 sont rentrées dans le protocole. Les hommes étaient moins motivés par le sujet d’étude. Seulement 18 hommes ont participé pour un total de 800 hommes.

Il n’y avait pas de différence entre les hommes et les femmes en durée d’incarcération, âge…

- Bilan obésité :

L’indice de masse corporelle permet de catégoriser les sujets en maigre, normal, surpoids ou obèse. Avant leur incarcération 18,2% des femmes étaient obèses et 11% des hommes. L’obésité a augmenté chez les femmes et les hommes. Le surpoids a augmenté chez les femmes et la maigreur a diminué chez les femmes.

- Bilan tour de taille (indice obésité abdominale)

70% des femmes sont au dessus du seuil, pour 27% des hommes.

- Bilan syndrome métabolique (avec prise de sang)

Un tiers de femmes présentent un syndrome métabolique, acteur de risque de maladies cardiovasculaires. Ce risque est augmenté dans le cas de fumeurs. Beaucoup de femmes fumaient.

- Bilan troubles anxio-dépressifs

Les hommes et les femmes détenus sont très dépressifs et anxieux. Ils ont des traitements en antidépresseurs et en anxiolytiques. Il n’y a pas de différence selon le sexe.

Facteurs qui agissent sur cette population :

-L’alimentation en prison :

Les repas sont fournis par un prestataire extérieur (Sodexo). La composition diététique est imposée par l’administration pénitentiaire. 20% de nourriture bio. Il n’y a pas de différence entre les hommes et les femmes. L’apport en kcal. est calqué sur le besoin des hommes 2400 Kcal. En plus, les femmes n’ont pas d’activité physique.

Les repas sont pris dans la cellule à 11h30 et 17h30. Les détenus sont seuls. Il y a la possibilité de se préparer des repas et d’acheter des conserves, confiseries,… avec des bons de cantine. Il n’y a aucune éducation à l’alimentation organisée par la maison d’arrêt.

Il y a des troubles de l’alimentation (frénésie alimentaire élevée) pour les hommes et les femmes. Les femmes ont une tendance à avoir des troubles plus importants (deux fois plus).

L’activité dans les cellules est très limitée par la superficie des cellules. Il y a deux promenades d’une heure. Les détenus, encadrés par un moniteur de sport, peuvent aller deux heures par semaine en petits groupes à la salle de musculation. Le moniteur est un homme. Il peut aller dans les cellules des hommes pour les inciter à aller faire du sport, mais il ne peut pas aller dans le secteur réservé aux femmes. Les femmes ont une dépense énergétique beaucoup plus faible que les hommes, elles marchent moins que les hommes et elles vont beaucoup moins dans la salle de sport. Beaucoup de femmes n’ont aucune activité.

En conclusion, beaucoup de femmes dans la maison d’arrêt présentent une obésité abdominale, des troubles émotionnels, une activité physique très faible, cholestérol élevé, pression artérielle élevée, frénésie alimentaire et tabagisme. Des actions sont à envisager comme sensibiliser les détenues, former le personnel, encourager l’activité physique et proposer une alimentation raisonnable.