

Ce numéro

vues 21 542

Citations 0

Altmetric 686

 Télécharger le PDF  PLUS ▾ Citez ceci Autorisations**Enquête originale | Diabète et endocrinologie**

7 septembre 2023

Accès précoce à la thérapie à la testostérone chez les personnes transgenres et les adultes de genre diversifiés à la recherche de masculinisation

Un essai clinique randomisé

Brendan J. Nolan, MBBS^{1,2,3}; Sav Zwickl, PhD²; Peter Locke³; et alJeffrey[» Affiliations d'auteurs](#) | [Informations sur l'article](#)

JAMA Netw Open. 2023;6(9):e2331919. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.31919

 Visuel
Résumé

Points clés

Question Quel est l'effet de la thérapie à la testostérone par rapport à l'absence de traitement sur la dysphorie de genre, la dépression et la suicidalité chez les personnes transgenres et les adultes ayant un sexe divers à la recherche de masculinisation ?

Résultats Dans cet essai clinique randomisé ouvert de 3 mois sur 64 adultes transgenres et âgés, il y a eu une diminution statistiquement significative de la dysphorie de genre chez les personnes avec un début immédiat par rapport au retard du traitement à la testostérone. Une diminution cliniquement significative de la dépression et une diminution de la suicidalité se sont également produites avec un traitement immédiat à la testostérone.

Signification Les résultats de cet essai suggèrent que le traitement à la testostérone diminue considérablement la dysphorie de genre, la dépression et la suicidalité chez les personnes transgenres et de divers genres désirant un traitement à la testostérone.

Résumé

Importance Le traitement à la testostérone est une composante nécessaire des soins pour certaines personnes transgenres et de genre diversifiés. Des études observationnelles ont rapporté des associations entre le début de l'hormonothérapie d'affirmation du genre et l'amélioration de la dysphorie et de la dépression de genre, mais il y a un manque de données provenant d'essais cliniques randomisés.

Objectif Évaluer l'effet de la thérapie à la testostérone par rapport à l'absence de traitement sur la dysphorie de genre, la dépression et la suicidalité chez les adultes transgenres et diversifiés en quête de masculinisation.

Conception, cadre et participants Un essai clinique randomisé ouvert de 3 mois a été mené dans des cliniques externes d'endocrinologie et des cliniques de soins primaires spécialisées dans la santé transgenre et de divers genres à Melbourne, en Australie, du 1er novembre 2021 au 22 juillet 2022. Les participants comprenaient des adultes transgenres et de genre diversifié âgés de 18 à 70 ans cherchant à initier un traitement à la testostérone.

Interventions Initiation immédiate du début de la testostérone (groupe d'intervention) ou pas de traitement (liste d'attente de soins standard de 3 mois avant le début). Cette conception a permis de s'assurer qu'aucun individu n'attendrait plus longtemps que le temps de recevoir des soins standard.

Principaux résultats et mesures Le résultat principal était la dysphorie de genre, mesurée par le questionnaire sur la préoccupation et la stabilité en matière de genre. Les résultats secondaires comprenaient le questionnaire sur la santé des patients-9 (PHQ-9) pour évaluer la dépression et l'échelle des attributs d'idées suicidaires (SIDAS) pour évaluer la suicidalité. Les questionnaires ont été entrepris à 0 et 3 mois. La cohorte évaluable a été analysée.

Résultats Soixante-quatre adultes transgenres et de divers genres (âge médian [IQR], 22,5 [20-27] ans) ont été randomisés. Par rapport aux soins standard, le groupe d'intervention a présenté une diminution de la dysphorie de genre (différence moyenne, -2,2 points ; IC à 95 %, -3 à -6,1 points ; $P < 0,001$), une diminution cliniquement significative de la dépression (c'est-à-dire un changement du score de 5 points sur PHQ-9 ; différence moyenne, -5,6 points ; IC à 95 %, -6,8 à -4,4 points ; $P < 0,001$), et une diminution significative de la suicidalité (différence moyenne du score SIDAS, -6,5 points ; IC à 95 %, -8,2 à -8,8,8 points ; $P < 0,001$). La résolution de la suicidalité évaluée par le point 9 du PHQ-9 s'est produite chez 11 personnes (52 %) avec un début immédiat de la testostérone par rapport à 1 (5 %) recevant des soins standard ($P = 0,002$). Sept personnes ont signalé une douleur/un inconfort au site d'injection et une personne a signalé un mal de tête transitoire 24 heures après l'administration intramusculaire de non-décanoate de testostérone. Aucun individu n'a développé de polycythémie.

Conclusions et pertinence Dans cet essai clinique randomisé ouvert de la thérapie par la testostérone chez les adultes transgenres et ayant des genres divers, la testostérone immédiate par rapport à l'absence de traitement a considérablement réduit la dysphorie de genre, la dépression et la suicidalité chez les personnes transgenres et de genre ayant des personnes ayant des relations de diversité sexuelle désirant un traitement à la testostérone.

Enregistrement de l'essai Identifiant ANZCTR : [ACTRN1262100016864](#)

Introduction

Les personnes transgenres et les personnes ayant un genre divers (y compris celles ayant une identité de genre binaire et/ou non binaire) sont un groupe hautement marginalisé. Certaines personnes transgenres et de genre diversifiés éprouvent une détresse psychologique en raison de l'incohérence entre leur identité de genre et le sexe présumé à la naissance, connue sous le nom de dysphorie de genre. Il existe également des taux disproportionnés de comorbidités en santé mentale chez les personnes transgenres et de genre par rapport à la population générale.¹ Soixante-treize pour cent des personnes transgenres et de personnes de diversité de genre ont déclaré des antécédents de dépression et 67 % ont déclaré des antécédents d'anxiété dans une récente enquête en ligne en Australie.² En outre, 43 % des personnes de cette analyse ont signalé une tentative de suicide antérieure et des statistiques similaires sont observées dans le monde entier.³⁻⁵

Certaines personnes transgenres et de diversité de genre cherchent à commencer une hormonothérapie d'affirmation du genre (GAHT) pour permettre le développement de caractéristiques physiques pour s'aligner sur leur identité de genre. Pour les personnes désirant une masculinisation, des doses standard de testostérone parentérale ou transdermique utilisées pour traiter les hommes cisgenres hypogonadiques sont recommandées dans les lignes directrices consensuelles.⁶⁻⁸

Le début du GAHT a été associé à une réduction de la dysphorie et de la dépression de genre dans les études prospectives transversales et non contrôlées.⁹ Cependant, les données sont actuellement limitées, en particulier pour examiner l'influence du GAHT sur la suicidalité. En raison de problèmes éthiques liés à l'abstention du début du traitement à la testostérone chez les personnes transgenres, à notre connaissance, aucun essai clinique randomisé n'a été réalisé.

Il y a eu une augmentation substantielle du nombre de personnes transgenres et ayant une diversité de genre à la recherche du GAHT^{10,11}; cependant, beaucoup rapportent que l'accès à la voie vers le GAHT est trop difficile.² De tels obstacles à l'accès aux soins de santé ont été associés à des tentatives de suicide chez la population transgenre et de diversité de genre.¹² Il est donc impératif d'évaluer l'effet d'un accès plus précoce au GAHT sur la dysphorie de genre et les résultats en matière de santé mentale dans cette population à risque.

Nous avons entrepris un essai clinique randomisé ouvert de 3 mois pour évaluer l'effet du traitement à la testostérone par rapport à l'absence de traitement sur la dysphorie de genre, la dépression et la suicidalité chez les personnes transgenres et de diversité de genre cherchant à initier un traitement à la testostérone. Nous avons émis l'hypothèse qu'il y aurait une réduction de la dysphorie de genre, de la dépression et de la suicidalité chez les personnes transgenres et de genre traitées par le traitement à la testostérone par rapport aux personnes transgenres et de genre qui ne recevaient pas de traitement à la testostérone.

Méthodes

Conception de l'étude

Nous avons mené un essai clinique randomisé ouvert de 3 mois chez des personnes transgenres et de divers genres cherchant à initier un traitement à la testostérone. Après évaluation clinique et établissement de la capacité de la personne à initier l'administration de testostérone à l'aide du modèle de consentement éclairé des soins,¹³ personnes ont été randomisées pour commencer immédiatement la testostérone (groupe d'intervention) dans un délai d'une semaine après la première visite à l'étude ou sans traitement (départ de la testostérone suivant une liste d'attente de soins standard de 3 mois). Cette conception a permis de s'assurer qu'aucun individu n'attendrait plus longtemps que les soins standard. Les participants n'ont pas eu d'évaluation officielle de la santé mentale si elles ont été jugées appropriées pour commencer le traitement en utilisant le modèle de consentement éclairé. Les participants ont donné leur consentement éclairé écrit. Les participants ont rempli des questionnaires évaluant la dysphorie de genre, la dépression et la suicidalité au départ et à 3 mois. L'essai a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche humaine d'Austin Health et par l'organisation communautaire lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexuée Thorne Harbour Health Community Research Endorsement Panel. L'essai a été enregistré auprès du registre australien des essais cliniques de Nouvelle-Zélande. Nous avons suivi la ligne directrice de déclaration des normes consolidées pour les essais de déclaration (**CONSORT**). Le diagramme de flux CONSORT est illustré dans la [figure](#). Le protocole se trouve dans le [supplément 1](#).

Participants et cadre

Les participants étaient des personnes transgenres et de divers genres âgés de 18 à 70 ans qui cherchaient à initier un traitement à la testostérone sans traitement antérieur à la testostérone. Des personnes ont été recrutées dans des cliniques externes d'endocrinologie et des cliniques de soins primaires spécialisées dans la santé transgenre et diversifiée en termes de genre à Melbourne, en Australie, du 1er novembre 2021 au 22 juillet 2022. Les personnes ont été exclues si elles avaient une contre-indication à la réception de testostérone, y compris un carcinome androgène dépendant, un cancer connu, une hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, une polycytémie (définie comme un hématocrite >50 % [pour convertir en une proportion de 1,0, multiplier par 0,01]6) au départ, une tumeur hépatique connue,

une hypertension non contrôlée (pression artérielle >160/90 mm Hg malgré les médicaments antihypertens), une apnée du sommeil non traitée non traitée, une perturbation grave de la fonction rénale (taux de filtration glomérulaire estimée <30 mL/min), un événement cardiaque récent (<6 mois) ou une insuffisance cardiaque majeure (état de performance de la New York Heart Association >2), et des troubles de la coagulation ; un traitement antérieur à la testostérone ; des conditions de santé mentale substantielles compromettant le capacité à fournir un consentement éclairé (les personnes ayant des antécédents de schizophrénie ou de trouble de stress post-traumatique sont plus susceptibles d'être référées pour une évaluation officielle de la santé mentale¹³) ; ou l'utilisation de médicaments pour le traitement antiplaquettaire ou anticoagulant. Les participants ont été évalués avant de s'inscrire à l'étude sur la base de la version 2.0 des protocoles pour l'initiation de l'hormonothérapie pour les patients transsexuels et diversifiés approuvés par l'Australian Professional Association for Trans Health.¹⁴

Intervention

Le traitement à la testostérone consistait en l'administration de undécanoate de testostérone intramusculaire, 1000 mg, aux semaines 0 et 6, ou de testostérone transdermique, 1 % (12,5 mg/actionnement), gel 4 actionnements de pompe par jour. Les participants ont pu choisir entre ces formulations conformément aux soins standard.⁸ Il n'y a pas eu de titrage de dose pendant l'étude.

Résultats

Notre principal résultat a été la dysphorie de genre, mesurée par le Questionnaire sur la préoccupation et la stabilité entre les sexes (GPSQ).¹⁵ Le GPSQ a été validé en Australie pour être utilisé comme outil de mesure de la dysphorie de genre chez les personnes transgenres et ayant un genre diversifiés¹⁵ et est en mesure d'évaluer l'efficacité des interventions d'affirmation du genre chez les personnes transgenres binaires et non binaires et les personnes ayant un niveau de genre. L'instrument comprend 14 questions à choix multiples conçues pour mesurer l'étendue de la préoccupation d'une personne pour le genre et la stabilité de sa propre identité de genre au cours des 2 dernières semaines.¹⁵ Chaque question a 5 réponses possibles, correspondant à un score de 1 à 5, avec des scores plus élevés indiquant des niveaux plus élevés de dysphorie de genre. Les scores totaux ont été calculés en prenant la somme de toutes les valeurs. Les scores totaux supérieurs ou égaux à 28 sont considérés comme hautement évocateurs de dysphorie de genre clinique, et un changement de score de 11 points ou plus indique un changement de degré de dysphorie de genre.¹⁵

La dépression a été mesurée à l'aide du questionnaire de santé du patient-9 (PHQ-9).¹⁶ Le questionnaire comprend 9 questions à choix multiples évaluant la fréquence des 9 critères réels sur lesquels le diagnostic du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd., des troubles dépressifs a été basé au cours des 2 semaines précédentes. Chaque question a 4 réponses possibles, correspondant à un score de 0 à 3, avec des scores plus élevés indiquant une gravité plus élevée de la dépression. Les scores totaux ont été calculés en prenant

la somme de toutes les valeurs. Un score de 0 à 4 indique une dépression minimale ; 5 à 9, une dépression légère ; 10 à 14, une dépression modérée ; 15 à 19, une dépression modérée à sévère ; et 20 à 27, une dépression sévère. Un changement du score PHQ-9 de 5 points est considéré comme cliniquement significatif.¹⁷

La suicidalité a été mesurée à l'aide de l'échelle des attributs des idées suicidaires (SIDAS).¹⁸ Ce questionnaire a été initialement validé dans une cohorte d'adultes australiens. Le SIDAS est une échelle de 5 éléments qui évalue la fréquence, la contrôlabilité, la proximité de la tentative, la détresse et l'interférence avec les activités quotidiennes sur des échelles de 0 à 10 points au cours du dernier mois. Les scores totaux ont été calculés en prenant la somme de toutes les valeurs. Un score de 0 indique qu'il n'y a pas d'idées suicidaires, des scores de 1 à 20 indiquent une faible idée et des scores supérieurs ou égaux à 21 indiquent un risque élevé de comportement suicidaire.¹⁸

La concentration sérique totale de testostérone a été déterminée à l'aide d'un immunodosage (analyseur Beckman Coulter Unicel DXI 800, avec un coefficient de variation de 5,5 % à des concentrations totales de testostérone de 645,5 ng/dL et 11,4 % à 89,3 ng/dL [pour convertir en nanonomoles par litre, multiplier par 0,0347] ; coefficient de variation interassay de 7,8 % ; Beckman Coulter Inc).

Taille de l'échantillon

Le calcul de la puissance était basé sur le point final principal de la dysphorie de genre, en utilisant le changement du score GPSQ sur 3 mois après le début du traitement à la testostérone, à partir des données préliminaires de notre étude prospective contrôlée.¹⁹ La taille de l'échantillon requise avec un niveau de signification de 0,05 et une puissance de 0,9 lorsque le score GPSQ moyen (SD) a diminué de 41 (7) à 35 (7) après 3 mois de testostérone, et l'hypothèse que le GPSQ ne changerait pas chez les personnes affectées aux soins standard, était de 29 par groupe. Notre objectif de recrutement était de 37 participants par groupe pour permettre une attrition de 20 %.

Randomisation

Les individus ont été randomisés avec une probabilité égale aux 2 bras en utilisant des blocs permutés d'une taille de bloc de 4 stratifiés par l'âge médian pour les individus nouvellement commencés à utiliser la testostérone dans notre clinique (26 ; IQR, 22-31 ans). La randomisation des blocs permutés a été générée à l'aide du logiciel Stata, version 17.0 (StataCorp LLC).

Analyse statistique

Les statistiques descriptives à la ligne de base sont présentées comme moyenne (SD) ou médiane (IQR) selon le cas pour les variables continues et la fréquence (pourcentage) pour les variables catégoriques. L'analyse de la covariance a été utilisée pour estimer la différence moyenne et l'IC à 95 % correspondant entre le groupe d'intervention et le groupe de soins

standard, ajustée pour la mesure correspondante au départ.²⁰ Les données ont été vérifiées pour s'assurer qu'il n'y avait pas de violation des hypothèses de linéarité et d'homogénéité des pentes de régression. Les parcelles des résidus ont été vérifiées à la recherche de violations de la normalité. La proportion de participants présentant des changements cliniquement significatifs dans les scores GPSQ et PHQ-9 a été comparée à l'aide de tests χ^2 . Un niveau de signification à 2 queues de $P < 0,05$ a été utilisé. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata, version 17.0.

Résultats

Soixante-quatre personnes transgenres et de divers genres (âge médian [IQR], 22,5 [20-27] ans) ont été inscrites. Quatre-vingt-huit personnes ont été invitées à participer ; 12 personnes ont été exclues en raison d'un traitement actuel ou antérieur à la testostérone, 2 ont été exclues en raison de l'âge de moins de 18 ans et 10 ont refusé de participer (**Figure**). Une personne du groupe d'intervention a été exclue après avoir retardé le début de la testostérone, et une personne du groupe de soins standard a été exclue en raison du début d'un traitement antidépresseur et progestatif pour la suppression menstruelle. Le recrutement a été arrêté après que le calcul de la taille de l'échantillon de 29 compléants par groupe a été atteint. Les caractéristiques cliniques de base sont rapportées dans **le tableau 1**, et les scores de base GPSQ, PHQ-9 et SIDAS sont rapportés dans **le tableau 2**.

Les formulations de testostérone étaient le désécanoate de testostérone intramusculaire ($n = 19$) et la testostérone transdermique, 1 %, gel ($n = 12$) dans le groupe d'intervention et le désécanoate de testostérone intramusculaire ($n = 18$) et la testostérone transdermique, 1 %, gel ($n = 13$) dans le groupe de soins standard. La concentration sérique totale de base (SD) était de 37,5 (20,2) ng/dL dans le groupe d'intervention et de 25,9 (14,4) ng/dL dans le groupe de soins standard, et de 391,9 (239,2) ng/dL au mois 3 dans le groupe d'intervention.

Dysphorie de genre

Le score GPSQ moyen (SD) de la cohorte au départ était de 45,1 (6,4), toutes les personnes signalant des niveaux cliniquement significatifs de dysphorie de genre (score GPSQ > 28). Par rapport aux témoins, chez les personnes recevant de la testostérone, il y a eu une réduction significative du score GPSQ au cours des 3 mois de suivi (différence moyenne, -2,2 points ; IC à 95 %, -8,3 à -1,1 points ; $P < 0,001$) (**tableau 2**). Une amélioration cliniquement significative supérieure ou égale à 11 points du score GPSQ a été rapportée chez 12 personnes (39 %) traitées avec de la testostérone et chez aucune personne ayant poursuivi les soins standard ($P < 0,001$).

Dépression

Le score global de base du PHQ-9 était de 0 à 4 sur 3 individus (5 %), 5 à 9 sur 9 individus (15 %), 10 à 14 sur 15 individus (24 %), 15 à 19 sur 21 individus (34 %) et 20 à 27 sur 14 individus

(23 %). Par rapport aux participants témoins, chez les personnes recevant de la testostérone, il y a eu une diminution significative des scores PHQ-9 au cours des 3 mois de suivi (différence moyenne, -5,6 points ; IC à 95 %, -6,8 à -4,4 points ; $P < 0,001$) (**Tableau 2**). Une amélioration cliniquement significative supérieure ou égale à 5 points du score PHQ-9 a été rapportée chez 19 personnes (61 %) traitées avec de la testostérone et 4 personnes (13 %) ayant poursuivi des soins standard ($P < 0,001$).

Suicidalité

Le score global de base du SIDAS était de 0 sur 12 individus (19 %), 1 à 20 sur 41 individus (66 %) et de 21 à 50 sur 9 individus (15 %). Par rapport aux participants témoins, chez les personnes recevant de la testostérone, il y a eu une réduction significative du score SIDAS sur 3 mois de suivi (différence moyenne, -6,5 points ; IC à 95 %, -8,2 à -4,8,8 points ; $P < 0,001$) (**Tableau 2**).

Chez les personnes ayant une suicidalité au départ telle qu'évaluée par le point 9 du PHQ-9 (« Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été dérangé par des pensées que vous seriez mieux mort, ou des pensées de vous blesser d'une manière ou d'une autre ? »), la résolution s'est produite chez 11 personnes (52 %) avec un début immédiat de la testostérone par rapport à 1 personne (5 %) dans les soins standard ($P = 0,002$).

Événements indésirables

Sept personnes ont signalé une douleur/un inconfort au site d'injection et une personne a signalé un mal de tête transitoire 24 heures après l'administration intramusculaire de non-décanoate de testostérone. Aucun individu n'a développé de polycythémie.

Discussion

Dans cet essai clinique randomisé ouvert de 3 mois sur des personnes transgenres et de personnes de genre diversifié cherchant à initier la testostérone, nous avons constaté une réduction significative de la dysphorie de genre, de la dépression et de la suicidalité après le début de la testostérone par rapport à l'absence de traitement.

Dysphorie de genre

Les changements dans la dysphorie de genre après le début du GAHT ont été quantifiés dans un petit nombre d'études.^{19,21,22} À ce jour, 1 essai prospectif contrôlé a évalué les changements dans la dysphorie de genre et la qualité de vie après le début du traitement à la testostérone, par rapport à un groupe témoin de femmes cisgenres.¹⁹ Conformément à l'analyse actuelle, cette étude a rapporté une diminution de la dysphorie de genre mesurée par le score GPSQ sur 6 mois. De même, 2 études observationnelles non contrôlées ont rapporté des améliorations de la dysphorie de genre après le début du GAHT, telles qu'évaluées par le questionnaire sur l'identité de genre/dysphorie de genre²¹ et l'échelle de dysphorie de genre

Dans l'analyse actuelle, le score GPSQ moyen a diminué de -2,2 points (IC à 95 %, -3 à -1,1 points ; $P < 0,001$). Ceci est cohérent avec un essai prospectif contrôlé précédent¹⁹, mais inférieur au changement cliniquement significatif de -11 points. Cela est probablement lié au suivi à court terme, qui est insuffisant pour le développement de caractéristiques physiques masculinantes et les réductions associées de la dysphorie de genre. Malgré cela, 12 personnes (39 %) du groupe d'intervention ont eu une diminution cliniquement significative supérieure ou égale à 11 points dans le GPSQ après le début du traitement à la testostérone.

Dépression

Les personnes transgenres et de diversité de genre ont des taux de dépression disproportionnellement plus élevés que la population générale,¹⁰ avec les taux de dépression les plus élevés signalés chez les personnes transgenres qui désirent commencer une hormonothérapie mais incapables de les utiliser ou d'y accéder.²³ La plupart des études transversales^{21,24} et longitudinales²⁵⁻²⁸ de 6 à 18 mois de thérapie par la testostérone ont rapporté des scores de dépression plus faibles chez les adultes transgenres et de divers genres après le début du traitement à la testostérone. Notamment, ces études longitudinales n'ont pas été contrôlées^{25,26,28} ou comparées à un groupe témoin féminin cisgenre.²⁷ Plusieurs questionnaires ont été utilisés pour dépister la dépression dans ces analyses, y compris le Zung Self-Rating Depression Score,²⁵ Hospital Anxiety and Depression Scale,^{26,28} et Beck Depression Inventory.²⁷

Le PHQ-9 a été utilisé pour évaluer la dépression dans plusieurs analyses. Conformément à nos conclusions, une récente étude observationnelle prospective de 12 mois utilisant le PHQ-9 chez les jeunes transgenres et diversifiés de genre a rapporté 60 % de probabilités de dépression et de probabilités de suicidalité de 73 % chez les jeunes transgenres et de diversité de genre traités avec des bloqueurs de la puberté ou des GAHT, par rapport à ceux qui n'avaient pas encore commencé le traitement.²⁹ Une étude longitudinale non contrôlée chez les jeunes transgenres et diversifiés de genre a également rapporté une diminution du score PHQ-9 après le début du GAHT.³⁰ À notre connaissance, la présente analyse est le premier essai clinique randomisé à inclure un groupe témoin transgenre et diversifié de genre randomisé à aucun traitement.

Suicidalité

La communauté transgenre et diversifiée a des taux plus élevés de tentatives de suicide et de suicide par rapport à la population générale.³¹ De grandes études observationnelles menées aux Pays-Bas ont rapporté des taux de suicide plus élevés que la moyenne de la population néerlandaise attendue.^{32,33} En Australie, 43 % des répondants ont signalé une tentative de suicide antérieure dans une enquête en ligne auprès de participants transgenres et diversifiés ayant un genre.² Des résultats similaires ont été montrés dans le monde entier.^{3,4} Notez que

le fait d'être transgenre ou diversifié n'est pas une maladie mentale et que les personnes transgenres et de genre diversifiés ne sont pas intrinsèquement sujettes au risque de suicide en raison de leur identité de genre, mais plutôt à un risque plus élevé en raison de la discrimination, de l'abus et de la marginalisation dans société.^{34,35}

Des analyses transversales ont évalué l'association du GAHT avec le suicide avec des résultats divergents. Une étude portant sur 380 personnes transgenres et ayant une diversité de sexe au Canada a rapporté que les personnes subissant une GAHT étaient environ deux fois moins susceptibles d'avoir envisagé de se suicider au cours de la dernière année, par rapport à celles qui désirent une GAHT.³⁶ Cependant, ces résultats n'ont pas été reproduits dans une analyse récente de l'Australie,³⁵ potentiellement en raison d'autres facteurs de confusion qui influencent la santé mentale.

Le SIDAS a déjà été utilisé pour évaluer la suicidalité dans le cadre d'une enquête en ligne auprès de 382 personnes transgenres et de genre diversifiés d'Australie et de Nouvelle-Zélande.³⁷ Dans cette étude, 40 % des participants ont obtenu un score supérieur ou égal à 21, ce qui indique un risque élevé de comportement suicidaire. Les scores SIDAS supérieurs ou égaux à 21 étaient associés à une détresse plus élevée et à un soutien social plus faible, mais les auteurs n'ont pas signalé l'accès au GAHT.

Nous signalons également une réduction significative de la suicidalité entre les groupes d'intervention et les groupes de soins standard, comme l'évalué au point 9 du PHQ-9. Il a été constaté que la réponse au point 9 du PHQ-9 prédisait une tentative de suicide ultérieure et un décès par suicide dans la population générale.³⁸

Limitations

Il y a plusieurs limites à cette analyse. Tout d'abord, cette étude a eu une courte période de suivi de 3 mois, nous n'avons donc pas été en mesure d'établir l'impact à long terme de la testostérone sur la dysphorie de genre, la dépression ou la suicidalité. Cette courte période a été conçue pour l'acceptabilité et la faisabilité des participants afin que les participants transgenres et de genre ne soient pas désavantagés en attendant plus longtemps que les temps d'attente des soins standard de 3 mois pour une consultation initiale. Deuxièmement, les participants n'ont pas été aveuglés par leur groupe d'intervention. Par conséquent, il est possible que l'effet de la testostérone ou la connaissance du traitement par le patient ait été évalué. Cependant, la randomisation des participants sans traitement ni placebo au cours d'un suivi plus long est contraire à l'éthique, en particulier compte tenu des obstacles préexistants à l'accès au GAHT.²

Les niveaux totaux de testostérone ont été mesurés par immunodosage plutôt que par chromatographie liquide/spectrométrie de masse en tandem. Cependant, les concentrations de testostérone ont été mesurées pour confirmer l'augmentation des concentrations de testostérone dans le groupe d'intervention et un grand changement était attendu. L'immunodosage de

qualité contrôlée couramment utilisé dans notre hôpital pour la prise de décision clinique a été jugé approprié à cette fin.

Bien que nous ayons utilisé le GPSQ développé localement pour notre résultat principal de la dysphorie de genre, cet outil n'a pas été validé pour mesurer les changements longitudinaux de la dysphorie de genre. De même, le SIDAS n'a pas été validé dans les cohortes transgenres et de genre diversifié. Nous n'avons pas quantifié d'autres facteurs connus pour influencer la santé mentale, y compris le soutien social ou la discrimination. Les participants ont eu l'option de 2 formulations de testostérone selon les soins standard en Australie. Cependant, ces formulations peuvent ne pas être bioéquivalentes. Enfin, les participants à l'essai étaient principalement de race blanche et basés dans les régions métropolitaines d'Australie, de sorte que les résultats pourraient ne pas être généralisables à d'autres cohortes.

Malgré ces limites, à notre connaissance, il s'agit du premier essai clinique randomisé d'adultes transgenres et âgés de genre désireux de commencer un traitement à la testostérone comparant des personnes qui commencent la testostérone avec un groupe témoin d'individus transgenres et de genre randomisés sans traitement.

Conclusions

Cet essai clinique randomisé ouvert soutient l'utilisation de la thérapie par la testostérone pour réduire de manière significative la dysphorie de genre, la dépression et la suicidalité chez les adultes transgenres et de divers genres qui désirent commencer la thérapie par la testostérone. Ces résultats ont des implications critiques pour l'accès et la prestation des services afin d'assurer un accès en temps opportun à l'hormonothérapie qui confirme le sexe.

Informations sur l'article

[RETOUR AU HAUT DE LA PAGE](#)

Accepté pour publication : 27 juillet 2023.

Publié : 7 septembre 2023. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.31919

Libre accès : Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la [licence CC-BY](#).
© 2023 Nolan BJ et al. Réseau JAMA ouvert.

Auteur correspondant : Ada S. Cheung, MBBS, PhD, Département de médecine (Austin Health), Université de Melbourne, Studley Road, Heidelberg, VIC 3084, Australie (adac@unimelb.edu.au).

Contributions de l'auteur : Les Drs Nolan et Cheung ont eu un accès complet à toutes les données de l'étude et ont assumé la responsabilité de l'intégrité des données et de l'exactitude de l'analyse des données.