



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques



Gender dysphoria in children and adolescents: French history and clinical observations

A. Condat^{a,*}, F. Bekhaled^b, N. Mendes^a, C. Lagrange^a,
L. Mathivon^c, D. Cohen^{a,d}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, université Pierre-et-Marie-Curie, AP-HP, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b Service de psychiatrie adulte, consultation adolescents, centre hospitalier de Meaux, 5, rue Saint-Fiacre, 77100 Meaux, France

^c Service de pédiatrie, centre hospitalier de Meaux, 5, rue Saint-Fiacre, 77100 Meaux, France

^d CNRS UMR 7222, institut des systèmes intelligents et robotiques, université Pierre-et-Marie-Curie, place Jussieu, 75005 Paris, France

MOTS CLÉS

Dysphorie de genre ;
Trouble du développement sexuel ;
Psychopathologie ;
Traitement

Résumé La dysphorie de genre est un trouble rare et en l'absence de centre dédié, chaque pédopsychiatre français aura rencontré environ 2 à 4 cas au cours de sa carrière. Aussi, en l'absence d'expérience clinique partagée ni de réflexion intégrée, chacun est-il tenté de se faire son idée à partir de quelques observations, dans un contexte où ces questions cliniques sont traversées par les débats sociétaux autour du genre, du sexe, de la procréation et des droits humains. Alors que des consultations spécialisées dans l'évaluation clinique et la prise en charge des troubles de l'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent se sont développées depuis les années 1970 à l'étranger, l'accès à une information et à des soins spécialisés n'est pas encore bien établi en France. C'est dans ce contexte qu'une consultation spécialisée identité sexuée a été créée au sein d'un service hospitalo-universitaire parisien. Il s'agit d'offrir aux enfants et adolescents questionnant leur identité sexuée, avec ou sans trouble du développement sexuel, ainsi qu'à leurs familles une évaluation diagnostique, une information et le cas échéant des soins. L'information médicale comme les soins proposés prennent en compte les données scientifiques et recommandations internationales, tout en s'appuyant sur la tradition clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Après un retour sur l'histoire de l'intérêt pour la dysphorie de genre en France, les auteurs rapporteront ici quatre observations

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : acondat@free.fr (A. Condat).

KEYWORDS

Gender dysphoria;
Disorders of sex
development;
Psychopathology;
Treatment

cliniques qui répondent toutes aux critères du DSM-V de la dysphorie de genre et montrent, par leur richesse et leur diversité cliniques, la pertinence d'un abord clinique multidisciplinaire tenant compte des dimensions génétique, hormonale, psychique, développementale, familiale et sociale.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Background. – While specialized consultations in the clinical evaluation and management of sexual identity disorders in children and adolescents have developed since the 1970s abroad, access to information and specialized care is not yet well established in France. Gender dysphoria is a rare disorder and in the context of a lack of specialized center, every French child psychiatrist has met about 2 to 4 cases during his career. Also, in the absence of in-depth clinical experience or integrated thinking, many French child psychiatrists or psychologists have tried to formulate own views and ideas from isolated observations, in a context where the clinical issues raised by these complex cases are crossed by societal debates about gender, sex, procreation and human rights. We recently created a consultation specialized in sexual identity in a Parisian university hospital to provide children and adolescents questioning their sexual identity, with or without disorder of sex development, and their families a diagnostic evaluation, information and if necessary treatment.

Methods. – We reviewed available medical information, proposed care and international recommendations. In addition, we also reviewed the history of the interests in gender dysphoria in France. Finally, we report four clinical observations that meet all DSM-V criteria of gender dysphoria and appeared paradigmatic of the diversity of issues and clinical expressions.

Results. – The review of both the international and the French literatures confirms that the debates, passions and issues are similar across culture and context despite specific local variations that may explain why French child psychiatry appeared reluctant to follow international changes until recently. The four cases that included 2 boys and two girls aged 17, 16 ($n=2$) and 10 years, all asking for a change of sex, show (1) the clinical diversity in terms of main expression (school refusal and anxiety, suicidal behaviors, anorexia), age of onset, and medical context (with or without disorder of sex development); and (2) the relevance of a multidisciplinary clinical approach taking into account the genetic, hormonal, psychological, developmental, family and social dimensions.

Conclusion. – Besides the validity of gender dysphoria as a clinical category, the diversity of the issues and clinical expression promotes a dimensional approach of the cases. Many clinical and research questions need to be addressed in the future: should we propose subgroups based on age of onset or comorbidities? What are the consequences of hormonal suppression on child development and adolescence both in terms of somatic and psychological milestones? Does social transition in child and adolescent favour latter transsexual choices in adulthood? What is the right balance between hormonal treatment and psychological therapies?

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Alors que des consultations spécialisées dans l'évaluation clinique et la prise en charge des questions d'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent se sont développées depuis les années 1970 aux États-Unis [1], au Canada [2], aux Pays Bas et en Grande Bretagne, l'accès à une information et à des soins spécialisés n'est pas encore bien établi en France. Dans le même temps et à défaut d'une offre de soin structurée et coordonnée, la suppression de la puberté, proposée il y a une dizaine d'années par les collègues d'Amsterdam [3–5], est d'ores et déjà conduite par des endocrinologues en ville qui répondent ainsi à la détresse psychique d'adolescents souffrant de dysphorie de genre. Malheureusement, ils ne disposent pas de l'équipe multidisciplinaire nécessaire pour

accompagner aussi psychologiquement l'enfant et les parents dans ce parcours.

La dysphorie de genre, pour se référer à l'appellation choisie récemment par l'équipe des spécialistes internationaux ayant contribué au DSM-V [6,7], est définie par les critères résumés dans le [Tableau 1](#). Quel que soit l'âge, le DSM-V spécifie avec trouble du développement sexuel ou sans trouble du développement sexuel. Selon la définition du MeSH, les troubles du développement sexuel sont des anomalies de différenciation sexuelle qui peuvent apparaître dans les gonades, l'appareil génital et les organes sexuels externes. Les troubles de différenciation sexuelle sont dus à la présence ou l'absence de certains facteurs génétiques

Tableau 1 La dysphorie de genre dans le DSM-V^a.

Critères diagnostiques	Cas rapportés vérifiant les critères
Incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné	Cas 1, 2, 3, 4
Durée d'au moins 6 mois	Cas 1, 2, 3, 4
Associée à l'existence d'une souffrance ou d'une altération dans le champ social et/ou scolaire, voire seulement à une augmentation significative du risque de souffrance ou d'altération dans ces domaines	Cas 1, 2, 3, 4
Chez l'enfant, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné se manifeste par au moins 6 des 8 critères suivants, le premier étant obligatoire	
La présence d'un fort désir ou de la conviction d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)	Cas 4
Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre	Cas 4
Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux	Cas 4
Une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre	Cas 4
Une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre	Cas 4
Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation	Cas 4
Un rejet de son anatomie sexuelle	Cas 4
Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe	Aucun cas ^b
Chez l'adolescent et l'adulte, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné est associée à au moins 2 des 6 critères suivants	
Une incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et les caractères sexuels primaires et/ou secondaires (ou bien chez le jeune adolescent, les caractères sexuels secondaires anticipés)	Cas 1, 2, 3
Un fort désir d'être débarrassé de ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires du fait de cette incongruence (ou chez le jeune adolescent le désir d'empêcher l'apparition des caractères sexuels secondaires)	Cas 1, 2, 3
Un fort désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires de l'autre genre	Cas 1, 3
Un fort désir d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)	Cas 1, 2, 3
Un fort désir d'être traité comme l'autre genre (ou un genre alternatif différent du genre assigné)	Cas 1, 2
Enfin une forte conviction d'avoir le ressenti et les réactions typiques de l'autre genre (ou un genre alternatif différent du genre assigné)	Cas 1, 2, 3
Préciser si avec trouble du développement sexuel	Cas 1
Préciser pour l'adolescent et l'adulte si avec post-transition	Aucun cas

^a La traduction des critères du DSM-V a été réalisée par les auteurs et n'est pas la traduction officielle.

^b L'unique cas prépubère de nos observations ne présente pas cette manifestation clinique.

ou endocriniens pendant la différenciation sexuelle. Chez l'adulte, le DSM-V offre la possibilité de spécifier « post-transition », c'est-à-dire que la personne vit complètement sous le genre désiré dans la vie réelle (avec ou sans changement du sexe légal), et qu'elle a entrepris ou bien est sur le point d'entreprendre au moins un traitement médical hormonal et/ou chirurgical visant à la transformation vers le genre désiré.

L'évolution du DSM depuis l'apparition du diagnostic de « gender identity disorder » dans le DSM III au DSM-V où il est question de « gender dysphoria » est intéressante : si à l'origine les critères du DSM III se référaient à l'existence d'une forte identification à l'autre sexe que le sexe de naissance sans prendre en compte le vécu de cet état, la notion de souffrance apparaît comme nécessaire au diagnostic avec le DSM III-R, et se précise avec les DSM IV,

IV-R et récemment avec le DSM-V où le diagnostic de dysphorie de genre requiert pour être posé une souffrance cliniquement significative ou une altération sociale, scolaire, ou d'autres domaines importants de fonctionnement, ou avec une augmentation significative du risque de souffrance ou de handicap. Limiter le champ de la pathologie à la souffrance psychique en dehors de tout critère de supposée normalité permet de recentrer notre pratique clinique, d'accompagner nos patients dans le respect de leur position subjective, et de conduire nos recherches par-delà le discours courant et les positions dogmatiques.

La dysphorie de genre est rare [8,9] et du fait de sa faible prévalence, en l'absence de centre dédié, chaque pédopsychiatre français aura rencontré en environ 2 à 4 cas au cours de sa carrière. Aussi, en l'absence d'expérience clinique partagée et de réflexion intégrée, chacun est-il tenté de se

faire son idée... à partir de deux à quatre cas. Par ailleurs, ces questions cliniques sont traversées par les débats sociétaux autour du genre, du sexe, de la procréation et des droits humains. Les confusions sémantiques sont monnaie courante, et les passions se déchaînent [10–13]. Le risque pour le médecin n'est pas des moindres de se perdre dans une tentative d'articuler sa pratique aux questions sociétales en passant par le champ de l'éthique.

C'est dans ce contexte qu'une consultation spécialisée identité sexuée a été créée au sein d'un service hospitalo-universitaire parisien. Il s'agit d'offrir aux enfants et adolescents questionnant leur identité sexuée, avec ou sans trouble du développement sexuel, ainsi qu'à leurs familles une évaluation diagnostique, une information et le cas échéant des soins. L'information médicale comme les soins proposés prennent en compte les données scientifiques et recommandations internationales [14], tout en nous appuyant sur notre tradition clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Après un retour sur l'histoire de l'intérêt pour la dysphorie de genre en France, nous rapporterons ici quatre observations cliniques qui répondent tous aux critères du DSM-V de la dysphorie de genre. Elles seront discutées dans leur diversité en termes de séméiologie mais aussi de prise en charge.

Historique de l'intérêt pour la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent en France

En France, il y a eu un certain intérêt pour les enfants intersexes, appelés de noms divers au cours des ans : intersexués, pseudo-hermaphrodites (il n'existe pas dans l'espèce humaine d'hermaphrodites vrais, porteurs des organes sexuels des deux sexes et féconds dans les deux sexes par accouplement), hermaphrodites (on a tout de même utilisé le terme en cas de présence simultanée de tissu ovarien et de tissu testiculaire). Depuis 2006, on parle de DSD, Disorders of Sex Development, qu'on devrait traduire par troubles « du développement du sexe » et non « du développement sexuel », parce qu'il s'agit de problèmes qui concernent à la fois la sexuation (l'identité sexuée) et la sexualité (les relations sexuelles, l'accouplement, la fécondité).

Il y a eu le remarquable travail de Léon Kreisler (1970), « Les intersexuels avec ambiguïté génitale » [15]. Ce fut une française, Nathalie Josso qui édita en anglais, en 1981, *The Intersex Child* [16]. Mais les pédiatres et les pédo-endocrinologues ne s'intéressèrent pas à l'enfant ayant des difficultés à construire son identité sexuée en l'absence de toute composante d'ambiguïté.

En 1978, Jacques Breton, psychiatre et professeur de médecine légale, ouvrit à l'hôpital Fernand Widal une consultation pour les troubles de l'identité de genre chez l'adulte en travaillant à rendre possible en France la « transformation hormono-chirurgicale du sexe » avec Pierre Banzet, professeur de chirurgie plastique et réparatrice à l'hôpital Saint-Louis et avec Jean-Pierre Luton, professeur d'endocrinologie à l'hôpital Cochin.

Rien de comparable n'exista en France pour les enfants qu'on appela d'abord transsexuels, puis garçons très

féminins et filles très masculines, ensuite transgenres, à genre fluide ou à genre variant. À l'étranger, des consultations spécialisées s'occupant des enfants intersexes et transgenres se développèrent. Le point de départ fut le service d'endocrinologie pédiatrique du Johns Hopkins Hospital à Baltimore avec John Money ; il y eut aussi plusieurs lieux particulièrement importants : Robert Stoller avec Richard Green à l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA) ; Kenneth Zucker à Toronto ; Peggy Cohen-Kettenis à Amsterdam, Domenica Di Ceglie à Londres.

L'écho en France le plus notable de ces travaux à l'étranger fut en 1978 la traduction du livre de Stoller, *Sex and Gender*, vol. 1, écrit en 1968 [17]. Quand en 1980 Colette Chiland vit arriver dans son cabinet un enfant de 4 ans et ses parents lui parlant comme s'ils « récitaient » Stoller, elle ne fut pas prise au dépourvu comme ses collègues qui avaient vu cette famille avant elle et avaient dit : « C'est un enfant trop imaginaire » ou « Ça passera à la puberté » ; elle et les membres de son équipe au centre Alfred Binet travaillèrent avec l'enfant et chacun de ses parents. Colette Chiland publia « Enfance et transsexualisme » en 1988 dans *La Psychiatrie de l'Enfant* [18] et divers articles. On lui adressa alors des enfants en consultation et elle en vit quelques dizaines en trente ans. C'était beaucoup moins que Kenneth Zucker qui en a vu plus de mille et a publié en 1995 un important ouvrage sur la question [19] et un nombre considérable d'articles ; mais elle aboutit aux mêmes conclusions que lui. Sa méthode diagnostique ajoutait aux entretiens de type habituel avec les parents et l'enfant et à l'examen psychologique un entretien approfondi de deux heures environ, enregistré au magnétophone, avec chaque parent individuellement sur leur histoire en partant de leurs grands-parents ; ensuite son projet thérapeutique comprenait une psychothérapie de l'enfant, un travail avec chaque parent en fonction de sa problématique et des consultations conjointes avec parents et enfant.

Colette Chiland essaya en vain d'intéresser des collègues à la création de consultations spécialisées pour l'identité sexuée et d'un réseau d'échanges et de mise en commun des expériences. Les pédopsychiatres lui répondirent qu'ils en avaient vu trois cas au plus dans leur carrière ; les endocrinologues soit ne voyaient que des adultes, soit ne s'intéressaient qu'aux DSD. Elle s'est retrouvée pratiquement la seule française s'occupant d'enfants et d'adolescents présentes aux colloques spécialisés à Londres, Amsterdam, aux États-Unis, etc. C'est sous son impulsion et avec son parrainage qu'on aboutit maintenant à la consultation identité sexuée dans un service hospitalo-universitaire.

Rencontre avec des enfants et adolescents présentant une dysphorie de genre

Vignette clinique 1 : à l'origine, une rencontre en pédiatrie

En 2011, Amélie-Jeff 17 ans est hospitalisée en pédiatrie générale pour anorexie à la suite d'une gastro-entérite. À l'entrée, ses parents expliquent qu'elle est née avec une hyperplasie congénitale des surrénales, et qu'elle a été

réassignée à l'adolescence vers le sexe masculin après une mauvaise évaluation au départ... d'où un état civil féminin. Dans ses antécédents, elle a été traitée dès la naissance pour son hyperplasie surrénalienne, et elle a reçu du décapeptyl pour freiner une puberté précoce apparue à l'âge de 8 ans. Après une puberté achevée, elle est sous testostérone depuis une année et on l'appelle Jeff. Après quelques jours, l'équipe qui soigne Jeff réalise qu'Amélie – si elle avait bien un déficit partiel en 21-hydroxylase – n'avait pas d'ambiguïté anatomique à la naissance. L'équipe de pédiatrie exprime ses interrogations et son malaise face à cette situation singulière... faut-il l'appeler Jeff ou Amélie, il ou elle? Amélie a exprimé sa conviction d'être un garçon très jeune, et a demandé une transformation hormono-chirurgicale depuis l'âge de 14 ans. La transformation hormonale est conduite par un endocrinologue en cabinet libéral après deux consultations pour avis chez un psychiatre également en ville, débutée dans le contexte d'un état dépressif avec idéation suicidaire. Les parents refusent de donner les noms de ces deux collègues. Amélie-Jeff a rendez-vous pour une mastectomie au lendemain de ses 18 ans.

Il est déscolarisé depuis trois ans et son niveau scolaire malgré le CNED est très en deçà du niveau attendu. Il n'a aucune relation sociale en dehors du milieu familial à l'exception d'une amie d'enfance. Il ne bénéficie d'aucun accompagnement psychologique régulier. À sa sortie, il acceptera de venir à quelques fois à la consultation de psychiatrie pour les adolescents et jeunes adultes. Il dit avoir toujours été un garçon. Il est convaincu du caractère biologique de sa masculinité, refuse absolument que son choix de transformation hormono-chirurgicale soit interrogé, mais accepte de réfléchir à ses projets professionnels, d'évoquer une agression dont elle a été victime devant le collège à l'âge de 13 ans, des décès qui l'ont ébranlée dans sa famille, sa crainte de complications chirurgicales pour la mastectomie.

Vignette clinique 2 : Lucie ou Luc ?

Lucie 16 ans est hospitalisée dans un service de pédopsychiatrie pour état dépressif majeur avec idées suicidaires. Elle est suivie en psychothérapie depuis deux ans, par la même thérapeute qui l'avait déjà reçue neuf années plus tôt, dans le contexte du divorce de ses parents. Elle était alors adressée par le psychanalyste de son père, ce dernier traversant une grande crise identitaire, rompant définitivement avec la secte dans laquelle il avait été élevé et goûtant tous azimuts aux plaisirs de la vie auparavant considérés comme des péchés. Lucie n'avait pas été mise à l'écart des découvertes de son père, parfois témoin de ses ébats sexuels, Monsieur souhaitant qu'elle considère tout cela comme « naturel ». Elle était une petite fille en jupette avec des couettes, très vive, intelligente et sérieuse, qui aimait jouer avec les poupées et surtout à la dinette. Elle était en admiration devant son père et dans le même temps inquiète pour lui ainsi que pour sa mère, très déprimée et choquée, bien que présente et constante dans le souci de sa fille. On relevait une insomnie d'endormissement et une sélectivité alimentaire. Un travail de guidance parentale avait été mené en parallèle de sa prise en charge. Vers 12–13 ans sont apparus des éléments de phobie scolaire, avec un évitement plus systématique des

cours de sport. Elle avait peu d'amis, se sentait mal aimée par ses pairs, souffrant de cauchemars. C'est en fin de troisième qu'elle a commencé à consulter des sites Internet spécialisés sur les questions d'identité de genre, supportant très mal l'apparition des règles et la poussée mammaire. En début de seconde, elle part vivre chez son père à Paris, comme prévu depuis des années avec ses parents, pour des raisons de commodité scolaire, ce qui l'enchantait. À 14 ans, elle reprend sa psychothérapie à sa demande, exprime un mal-être de fond, avec un refus de plus en plus marqué de son identité féminine. Au début, elle dit ne se sentir ni fille ni garçon, mais refuse qu'on l'assigne à une position sociale féminine. Elle refuse d'être rangée dans cette case, « les filles », et entreprend de rendre ses seins les moins visibles possible, en utilisant toute sorte de bandages compressifs commandés sur Internet, qu'elle finit par abandonner car elle a trop mal au dos.

À 15 ans, elle vit une relation passionnelle et d'emprise extrêmement destructrice qui va durer quelques mois avec une autre élève de sa classe, Sarah, qui se fait appeler Vlad. Lucie commence à se faire appeler Luc par sa petite amie et par ses amis des forums sur le net. L'année suivante, elle s'absente de plus en plus du lycée. Elle s'ouvre un peu aux autres, et pour la première fois sort avec plaisir avec ses copains et copines de classe. Mais les préoccupations centrées sur l'identité sexuée s'accroissent. Lucie parle d'une « erreur de la nature » qui lui a attribué un corps de fille alors qu'elle se sent profondément être un garçon. Elle jubile quand un commerçant l'appelle « jeune homme », et sur le plan vestimentaire alterne jupes courtes et tenues androgynes, cheveux en brosse courte et vernis à ongles. Elle demande à ce qu'on l'appelle Luc, à changer de sexe, et explique son mal-être par l'impossibilité d'accéder au traitement hormono-chirurgical du fait du refus sans appel de ses parents. Apparaissent des éléments dépressifs francs, des scarifications, une idéation suicidaire parfois obsédante associée à des phobies d'impulsion, une adynamie marquée. Par ailleurs, ses relations avec son père se détériorent et il lui devient comme insupportable, sa personne, ses mots, la promiscuité dans le logement exigü. Lucie est hospitalisée et reçoit un traitement antidépresseur par fluoxétine 20 mg/j associé à de l'hydroxyzine.

Lucie rentre chez elle après deux mois avec l'idée que cette question identitaire, si elle participe de son mal-être, n'en est pas l'unique cause. Elle décide de travailler sur « le reste » et de remettre la question d'une éventuelle transformation à plus tard. Elle poursuit sa scolarité et passe son baccalauréat avec succès à 17 ans. Elle continue sa psychothérapie.

Vignette clinique 3 : Antoine ou Stella ?

Antoine, 16 ans, brillant élève, brillant violoniste, promis à une carrière internationale après des études à l'étranger, annonce brutalement à son père qu'il pense être en fait une fille, et lui demande de consulter pour obtenir une transformation hormonale.

C'est un jeune homme passionné par les ordinateurs, avec assez peu de relations sociales. Depuis quelques mois, il présente un mal-être, se replie sur lui-même un peu plus, devient violent lorsque son père tente de limiter le temps passé devant l'écran. Au premier trimestre, on observe une

chute des résultats scolaires de 18 à 14/20, drame familial dans le contexte où Antoine a reçu tout ce qu'il convient de donner à un enfant et peut de surcroît compter sur une hérédité exceptionnelle selon son père. Antoine s'est bien renseigné sur Internet, sites spécialisés, forums, et c'est devenu pour lui une évidence qu'il était «trans» et qu'il y avait là la cause de tout son mal-être. Son père qui a d'abord cru à une mauvaise blague, en est bouleversé et allant jusqu'à envisager son propre suicide. Antoine pense ne pas avoir de futur en tant que garçon. Il se dit «trans», c'est pour lui «une sorte de sentiment physique intense et plutôt agréable». Il pense avoir toujours été plus féminin. Il se rase les bras, ne supporte pas ses poils ni sa mâchoire carrée, exige une transformation hormonale. Il s'est choisi un prénom féminin : Stella, prénom d'une amie qui lui est chère. On constate également une aboulie, une adynamie et une insomnie d'endormissement. Enfin, il a perdu la foi chrétienne et abandonné le violon.

Dès la seconde rencontre clinique avec lui, Antoine explique que suite à la première, il ne se sentait plus «trans» du tout... et le sentiment physique d'être une fille est revenu deux jours avant le second rendez-vous. Il évoque très vite sa difficulté face à la baisse de ses capacités de concentration et de son rendement scolaire, ainsi que son inhibition dans les relations avec ses pairs, sa peur des autres, un passé de victime en cour de récréation. Au troisième rendez-vous, Antoine ne se sent plus tellement «trans», mais très anxieux. Il exprime une douleur de ne jamais pouvoir espérer égaler son père en rien, le sentiment de n'avoir rien en lui qui puisse intéresser son père. En parallèle, les parents sont reçus séparément et ensemble, en vue d'une approche familiale.

Finalement, la mère téléphone pour annuler le quatrième rendez-vous car Antoine lui a dit qu'il n'était en fait pas «trans» mais qu'il avait des comptes à régler avec son père. Il veut voir un spécialiste des relations père-fils.

Vignette clinique 4 : Iris ou Harry ?

Iris a 10 ans et demi lorsque nous la recevons pour la première fois, adressée par le service de pédopsychiatrie d'un CHU de province où elle a été hospitalisée pour un état suicidaire. Elle se sent «garçon» d'aussi loin qu'elle se souvient. Ses parents se remémorent dès 3 ans des discours sur le mode «moi suis pas une princesse, suis un chevalier» et des jeux généralement attribués aux garçons. Iris a toujours refusé les vêtements de fille, toujours joué au foot et détesté les Polly Pocket. Elle raconte : «petite, vers 2 ans, j'ai souhaité être un garçon, pas parce que j'avais envie d'être un garçon mais parce que j'étais un peu un garçon. J'avais des avions, des voitures, des bateaux pirates. Moi quand je joue aux barbies avec mes cousines, c'est pour coincer Ken dans l'ascenseur ou le dégommer en lui envoyant la Barbie avec un arc, comme une flèche.» À la consultation, Iris se présente vêtue comme un garçon avec une coupe de cheveux de garçon. Les gens lui disent qu'ils ne savaient pas qu'Iris était un prénom de garçon. Elle est relativement bien intégrée à l'école, malgré quelques brimades de la part d'un de ses camarades de classe : «À l'école, ils savent que je suis une fille. Ça sert à rien de mentir. C'est pas dramatique d'être une fille et de vouloir être un garçon, c'est juste pas commun.» Iris est néanmoins suivie

depuis deux ans par un pédopsychiatre, pour ce vécu parfois douloureux des quelques remarques désagréables en cours de récréation «t'es bizarre, t'es débile», ou encore «moi je joue pas si elle joue» ainsi que pour quelques compulsions de type alignement d'objets et rangement. Mais depuis environ six mois, Iris souffre au plus haut point de l'apparition de ses règles et d'une poitrine naissante. Elle en est extrêmement angoissée, ne parvient plus à s'endormir. Après avoir vu à la télévision un documentaire sur la prise en charge des enfants transgenres à Chicago, elle s'est sentie encore plus mal : pourquoi ne pourrait-elle pas, elle, bénéficier d'une telle prise en charge, quand et tout de suite ? Apparaissent des idées noires avec automutilation «pour essayer», dans un projet de suicide par phlébotomie. À l'occasion d'une crise d'angoisse un peu plus forte, elle est hospitalisée deux semaines en pédopsychiatrie et reçoit un traitement par sertraline (25 mg/j) et hydroxyzine. Ses parents, quoique très ébranlés par la situation, se mobilisent pour lui permettre de bénéficier d'une prise en charge appropriée et multiplient les avis auprès d'un endocrinologue en libéral recommandé par une association de personnes «trans», et d'un psychologue en libéral trouvé sur le net, lui aussi très spécialisé et réputé, et reconnu parmi les personnes transgenres. Ils consultent également à Paris un thérapeute familial psychanalyste médiatique et très réputé, et la consultation spécialisée hospitalière sur recommandation du service de pédopsychiatrie où elle a été hospitalisée.

Lorsque nous rencontrons Iris la première fois, elle a donc déjà consulté plusieurs professionnels et l'endocrinologue spécialisé consulté en libéral leur a proposé de commencer une suppression de puberté, ce qu'ils ont accepté au grand soulagement d'Iris qui se sent revivre. La psychothérapie se poursuit. Les parents d'Iris ont déjà approché le futur collège puisqu'elle va entrer en 6^e pour des démarches en vue d'une transition sociale. Iris pense avoir une personnalité, des attitudes, un ressenti de garçon. Dans ses rêves, elle incarne souvent un garçon, «Captain America» lorsque ce sont de beaux rêves. Elle s'est choisi un prénom, Tom, le prénom de son avatar dans un jeu vidéo ; mais ses parents n'aimaient pas et préféraient Anton, finalement ils ont choisi ensemble Harry : «si j'avais été un garçon, ma mère m'aurait appelé Harry, ça sonne bien». Iris demande à se faire appeler Harry et à être traitée comme un garçon au collège à la rentrée. Les entretiens avec Iris seule mais aussi avec ses parents font émerger une histoire transgénérationnelle du côté du désir de grossesse de garçon et de dévalorisation des filles du côté maternel. Au vu de l'ancienneté et du caractère installé de cette identité masculine et de l'intensité de la souffrance avec risque suicidaire, nous estimons la suppression de puberté appropriée et soutenons la poursuite de la scolarité sous le prénom de Harry.

Revu deux mois plus tard, Harry ne présente plus aucun élément anxio-dépressif après arrêt du traitement médicamenteux et semble bien inséré dans son collège où il a été élu délégué de classe ; les autres savent mais restent de bons camarades. La psychothérapie se poursuit avec changement de thérapeute en accord avec le premier, une thérapie familiale a débuté, très investie, et les parents projettent de consulter chacun individuellement pour être accompagnés dans cette aventure difficile.

Discussion

Si ces quatre observations répondent toutes aux critères diagnostiques de la dysphorie de genre selon le DSM-V, ou du trouble de l'identité sexuée selon l'ICD-10, la diversité clinique n'en est pas moins évidente, appelant à des prises en charge différentes pour chacun de ces patients.

Le cas d'Amélie est un cas de dysphorie de genre avec trouble du développement sexuel (Disorder of Sex Development). Cette jeune fille est atteinte d'un déficit partiel en 21-hydroxylase, anomalie surrénalienne entraînant une augmentation du taux des androgènes sanguins modérées, sans anomalie des organes génitaux externes ni internes. Il a été montré que dans les formes légères d'hyperplasie congénitale des surrénales, qui ne sont pas associées à une ambiguïté génitale anatomique à la naissance, il existe une petite augmentation, mais néanmoins significative, de masculinisation comportementale [20–22]. À ce titre, le repérage des premiers signes tels que présenté par les parents n'est pas dénué de fondement. Amélie-Jeff nous confie une histoire qui ressemble à ce que nous racontent les personnes transsexuelles adultes de leur enfance [23]. Elle s'inscrit d'ailleurs dans cette perspective de transformation hormono-chirurgicale, transformation hormonale en cours et chirurgie programmée. Cet avenir ne fait aucun doute, ni pour elle ni pour ses parents. Il y a dans cette situation clinique un abord particulier de l'identité sexuée qui n'est présent dans aucun des trois autres cas. On entend dans cette affirmation d'Amélie-Jeff d'être un homme une sorte de révélation, de vérité absolue, si vraie qu'il n'y a pas même lieu de l'articuler dans un discours et qu'il est tout à fait impossible et menaçant de l'interroger de quelque façon que ce soit.

Par contre, le parcours de soins comme la prise en charge d'Amélie-Jeff ne sont pas sans poser question. À 8 ans, une suspension de puberté est initiée pour cause de puberté précoce sans lien avec une éventuelle dysphorie de genre. Aucun accompagnement psychologique n'est rapporté dans l'enfance alors que la situation clinique et endocrinologique le justifiait. On laisse ensuite la puberté advenir, et c'est à 16 ans, alors que les caractères sexuels secondaires sont achevés que la transformation hormonale est débutée, avec programmation d'une mastectomie à 18 ans. Le contexte clinique est alors celui d'une dysphorie de genre identifiée, avec dépression sévère et risque suicidaire. Cette transformation hormonale est conduite en ville, après avis d'un psychiatre consulté quelques fois, le tout dans un certain secret, la famille refusant de communiquer les noms des praticiens. Amélie-Jeff vit elle-même «cachée» à la maison de peur de subir harcèlement et brimades dont elle a d'ailleurs effectivement fait l'expérience au collège avant d'être déscolarisée. Aussi, si la transition hormonale était vraisemblablement indiquée en raison de la sévérité de l'état dépressif et suicidaire décrit par Amélie-Jeff et ses parents, on peut regretter l'absence d'accompagnement de la souffrance psychique de cette adolescente fragile, de travail sur son vécu corporel, ses difficultés dans les relations sociales et sa scolarité. Si Amélie-Jeff était née à Amsterdam, elle aurait bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire avec suppression de puberté jusqu'à 15 ou 16 ans ce qui aurait évité la poussée mammaire, et donc l'indication de mastectomie à 18 ans. Elle aurait été scolarisée dès 12 ou 13 ans

sous un prénom masculin et traitée au collège comme un garçon et sa scolarité en aurait probablement été préservée. Enfin, elle aurait bénéficié d'une psychothérapie tout au long de cette prise en charge et ses parents auraient été accompagnés. Si à 16 ans Amélie-Jeff avait persisté dans sa demande de transformation hormono-chirurgicale, la transformation hormonale aurait alors été initiée, toujours dans le contexte d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Le deuxième cas présenté, celui de Lucie-Luc, est très différent, en l'absence de trouble du développement du sexe (DSD) associé et de par l'apparition plus tardive, à l'adolescence, de la dysphorie de genre. En effet, ayant connu Lucie-Luc entre 5 et 7 ans, nous savons qu'elle ne présentait aucun trouble de l'identité sexuée à cet âge. Par ailleurs, elle s'est développée dans un contexte environnemental complexe et contradictoire dans ses propositions éducatives ayant pu être traumatique au moment de la séparation parentale où elle a pu être exposée à une «confusion des langues» au sens de Ferenczi. On peut relever que le trouble anxieux, les troubles du sommeil et la phobie scolaire ont précédé la dysphorie de genre, et que vraisemblablement, la dysphorie a précédé l'expression en termes d'identité sexuée. On peut se poser la question de l'effet de l'emménagement chez le père à l'adolescence dans des conditions de promiscuité, celui de la relation amoureuse traumatique avec sa camarade de classe Sarah-Vlad, dans l'émergence de la dysphorie de genre chez Lucie. À 15 ans, elle présente un tableau clinique complexe, moins typique et, si elle aurait rêvé d'une suppression de puberté, voire d'essayer une virilisation, elle ne souhaite pas aller au-delà de la mastectomie sur le plan chirurgical. Sa problématique de genre se présente sur un mode dynamique, intriqué avec son devenir adolescent, l'influence d'informations récupérées sur Internet tant sur les concepts que sur les méthodes de transformation disponibles, l'émergence d'une sexualité génitale, la dynamique familiale et les éléments traumatiques infantiles. Son refus violent de devenir une femme est parfois même présenté par elle comme une défense contre «le devenir adulte». Si nous savons la difficulté du parcours transsexuel en l'état actuel des techniques médicales mais aussi du regard porté par la société sur les personnes transsexuelles, la psychothérapie qu'elle a acceptée de poursuivre après son hospitalisation ne saurait être portée par l'objectif de ramener Luc-Lucie à son sexe biologique. Peut-être la psychothérapie lui permettra-t-elle de sortir de ces intrications vers une articulation dans un discours lui permettant d'achever son développement, pour une identité intégrée qu'elle pourra assumer et dans laquelle elle se reconnaîtra. Enfin cet accompagnement a permis d'éviter un décrochage scolaire.

Le cas d'Antoine-Stella, qui se présente avec les critères diagnostiques de la dysphorie de genre et exige une transformation hormono-chirurgicale dans une urgence toute adolescente, montre une autre facette de la diversité clinique des dysphories de genre. L'apparition est tardive quoique présente depuis plusieurs mois. Surtout, si Antoine-Stella est dans une réelle souffrance et présente les signes d'un état anxio-dépressif, la rapidité avec laquelle le trouble de l'identité sexuée se résout avec quelques consultations thérapeutiques montre bien que la dysphorie de genre est chez lui du côté du symptôme fonctionnel, c'est-à-dire un phénomène subjectif qui est l'expression d'un conflit

psychique inconscient. Ce symptôme est-il pour Antoine un moyen de se faire entendre? Ce symptôme est-il révélateur du fonctionnement psychique propre d'Antoine, ou bien est-il réactionnel aux souhaits parentaux? À l'évidence, ces conflits psychiques quels qu'ils soient, en tout cas suffisamment actifs pour déclencher un état aussi préoccupant, ne se sont pas résolus en 3 rendez-vous, sans oublier les 3 séances avec les parents seuls, Antoine-Stella préférant ne pas être présent à leurs côtés. Le changement de clinicien au moment de l'amélioration clinique des symptômes de dysphorie de genre ne nous permet pas d'aller plus avant dans la discussion de ce cas.

Enfin, le cas d'Iris-Harry est exemplaire de la dysphorie de genre chez l'enfant. Le récit familial peut donner à penser que le genre masculin a pu représenter pour l'enfant une condition plus enviable — ce qui n'est pas sans culpabiliser ses parents. Cliniquement, nous sommes en présence d'une enfant préadolescente dont l'identité semble déjà bien posée, avec au terme des identifications successives qui supportent le développement de l'identité, une identification psychique affirmée au sexe masculin. Cette enfant n'est pas délirante, elle sait qu'elle est née fille, qu'elle est biologiquement une fille, mais exprime avec finesse et nuance comment elle se sent psychologiquement garçon, ainsi que la souffrance générée par cette discordance. Nous ne retrouvons dans son discours aucun élément en faveur d'un processus psychotique. Elle ne dénie rien et tente d'affronter le paradoxe et la discordance par un discours construit, et adressé où elle interroge ce qu'elle-même constate comme un état de fait mais ne peut comprendre. La suppression de puberté qui a été initiée par un endocrinologue en ville, mais à laquelle nous avons été très rapidement associés, a eu pour effet rapide la résolution de l'état dépressif et de l'anxiété. Les résultats scolaires sont très satisfaisants et l'intégration sociale est excellente. Harry est très apaisé par le traitement par analogues de la GnRH et profite de ce répit pour vivre sa vie d'enfant de 11 ans en 6^e. Il n'est pas du tout certain de poursuivre par une transformation hormono-chirurgicale, même s'il ne voit pas d'autre issue étant donné son sentiment identitaire... malgré tout il tient à réaffirmer à chaque consultation que « l'avenir, on ne sait pas ».

Conclusion

C'est dans une grande diversité de situations que des enfants se sentent mal à l'aise dans l'identité sexuée qu'on leur a attribuée à la naissance. Les classifications (DSM, CIM) énumèrent des critères de ce qui fut appelé « Troubles de l'identité de genre » et est maintenant appelé « Dysphorie de genre ». La clinique française reste fort heureusement attachée à l'étude approfondie des cas individuels et la prise en considération de la dynamique familiale. En tenant compte des réalités génétique, biologique et psychique, comment penser, évaluer et prendre en charge la dysphorie de genre?

La diversité de ces observations amène un certain nombre de questions: des questions cliniques d'abord, existe-t-il une ou plusieurs entités cliniques dans la dysphorie de genre telle qu'elle est définie par les critères diagnostiques internationaux? Pouvons-nous dégager différentes formes cliniques? Y a-t-il des comorbidités associées qui viendraient

modifier la sémiologie? L'âge d'apparition et les propositions de soins plus ou moins précoces pourraient-elles en modifier le devenir? Mais il y a aussi des questions thérapeutiques: quelles sont les indications de suppression de puberté, les indications de transformation hormonale avant 18 ans, les indications de transition sociale? Quels sont les effets sur le développement psychique et sur le passage adolescent de la suppression de puberté? La transition sociale a-t-elle pour effet de favoriser la « persistance », c'est-à-dire un devenir transsexuel? Enfin, en termes de sémiologie comme de traitement, comment articuler le versant hormonal et le versant psychique?

La richesse clinique mise en évidence au travers de ces observations nous conduit à un abord clinique multidisciplinaire tenant compte des différentes dimensions pertinentes: génétique, hormonale, psychique, développementale, familiale et sociale. Nous avons, en premier lieu, le souci de proposer aux enfants et adolescents que nous recevons dans le cadre de notre consultation une évaluation diagnostique pluridisciplinaire de qualité, puis un parcours de soins individualisé au plus proche de leur domicile ainsi qu'un accompagnement de leur famille. Plus largement, les équipes doivent être dispersées sur le territoire si, au-delà du diagnostic, on veut assurer la prise en charge et un parcours de soin coordonné. Étant donné le nombre limité de cas que chaque équipe verra, il est utile d'établir des liens entre les équipes pour élargir le savoir par le partage des expériences. Il s'agit là d'ouvrir à une réflexion intégrée et non pas rabattre les faits cliniques sur des critères diagnostiques ou des préjugés dogmatiques.

Remerciements

Les auteurs remercient le professeur Colette Chiland pour sa contribution à la partie historique introductive, pour ses conseils et pour l'apport de son expérience.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Zucker KJ. Enfants avec troubles de l'identité sexuée: y a-t-il une pratique la meilleure? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2008;56(6):350–7 [Traduction française Chiland C.].
- [2] Coates SW. Intervention pour des garçons d'âge préscolaire ayant un trouble de l'identité de genre. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2008;56(6):386–91 [Traduction française Chiland C.].
- [3] Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJG. The treatment of adolescents transsexuals: changing insights. *J Sex Med* 2008;5:1892–7.
- [4] Cohen-Kettenis PT, Schagen SEE, Steensma TD, de Vries ALC, Delemarre-van de Waal HA. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Arch Sex Behav* 2011;40(4):843–7.
- [5] Kreukels BPC, Steensma TD, de Vries ALC. In: McGuire JK, Associate Editor, editors. *Gender Dysphoria and disorders of*

- sex development, progress in care and knowledge. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer; 2014.
- [6] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, . 5th Edition American Psychiatric Association; 2014.
- [7] Zucker KJ, Cohen-Kettenis PT, Drescher J, Meyer-Bahlburg HFL, Pfäfflin F, Womack WM. Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Arch Sex Behav* 2013;42:901–14.
- [8] Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2003;31:41–53.
- [9] Green R. The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press; 1987.
- [10] Hammarberg T. Droits de l'Homme et identité de genre. Conseil de l'Europe; 2009.
- [11] Collectif. The Yogyakarta Principles. Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity; 2006.
- [12] Chiland C. Utilité d'un glossaire pour clarifier les problèmes concernant le genre et l'homosexualité. *PSN* 2013;11(4):7–19.
- [13] Chiland C. Dialogue entre Genre et Sexe. *Neuropsychol Adolesc* 2013;61:201–4.
- [14] World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender-nonconforming people. Version 7; 2012.
- [15] Kreisler L. Les intersexuels avec ambiguïté génitale. *Psychiatr Infant* 1970;13(1):5–127.
- [16] Josso N. *The Intersex Child*, Pediatric and Adolescent Endocrinology, Vol. 8. Basel, S. Karger; 1981.
- [17] Stoller RJ. *Sex and Gender*. New York: Science House; 1968 [Traduction française Novodorski, M. (1978). *Recherches sur l'identité sexuelle*, vol 1, Paris, Gallimard].
- [18] Chiland C. Enfance et transsexualisme. *Psychiatr Infant* 1988;31(2):313–73.
- [19] Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, London: Guilford; 1995.
- [20] Meyer-Bahlburg HF, Dolezal C, Baker SW, et al. Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Arch Sex Behav* 2006;35:667–84.
- [21] Meyer-Bahlburg HF, Dolezal C, Baker SW, et al. Sexual orientation in women with classical or non-classical congenital adrenal hyperplasia as a function of degree of prenatal androgen excess. *Arch Sex Behav* 2008;37:85–99.
- [22] Meyer-Bahlburg HF. Sex steroids and variants of gender identity. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2013;42:435–52.
- [23] Radal B. *Passagers du genre, comprendre la transidentité*. Lyon: Éditions Rêve d'Enfant; 2012.