

Revue générale

Dysphorie de genre : que peut le pédiatre ?

RÉSUMÉ : Cet article évoque d'abord la dysphorie de genre (DG) chez l'enfant non pubère, qui en général s'amende avant l'adolescence.

La DG chez l'adolescent est bien différente et pose des problèmes majeurs. En effet, l'intensité de la souffrance de ces jeunes est indéniable. Les critères diagnostiques de la DSM-5 (American psychiatric association) sont précis, mais restent basés sur le désir, le vécu et la conviction subjectifs de l'individu d'appartenir à l'autre genre que celui qui lui a été assigné à la naissance.

Leur prise en charge par le "Dutch protocol" qui les amène à la transition vers le genre ressenti est classique. Cependant, les controverses passionnées qui existent depuis longtemps sur ce sujet sont majorées depuis quatre ou cinq ans par l'augmentation rapide de la fréquence des demandes d'adolescents, principalement des filles, souvent avec des comorbidités psychiatriques importantes, mais réticents à toute prise en charge psychiatrique et psychologique. Quelques pistes sont proposées aux pédiatres.



A.-C. PERNOT-MASSON

Service de gastroentérologie, Hôpital Trousseau, PARIS.

Nous avons repris tous les dossiers des enfants suivis durant les quinze dernières années présentant une DG. Ce "diagnostic" étant rare, nous n'avons retrouvé que dix dossiers, cinq concernant des enfants non pubères (lors des troubles) et cinq concernant des adolescents. Ces adolescents ont tous été rencontrés dans les trois dernières années, contrairement aux enfants. Cette souffrance chez les adolescents est devenue récemment plus reconnue et exprimée, et surtout bien plus médiatisée qu'auparavant.

L'autre différence entre ces deux populations est que les difficultés d'acceptation de son genre assigné était la cause de la demande de prise en charge pour tous les adolescents, et pour aucun des enfants, tous pris en charge pour d'autres symptômes.

Dans ce texte de réflexions, nous n'aborderons pas les situations d'intersexualité.

Enfants non pubères

1. Un exemple clinique

Victor a 4 ans et vient d'avoir une petite sœur. Depuis le milieu de la deuxième grossesse de sa maman, il joue à mettre un coussin sous son pull, affirmant "J'attends un bébé, comme maman", et "Quand je serai grand, je serai maman...". Il est très en colère quand on lui dit qu'il est et restera un garçon, puis un homme "comme papa".

Victor a toujours été très proche de sa maman, son papa est accaparé par un métier qui lui demande beaucoup de déplacements professionnels. Heureusement, son papa a pu prendre un long congé de paternité (en France, il est maintenant fixé à 25 jours), et s'est beaucoup plus activement occupé de son fils après la naissance de sa petite sœur. À 5 ans, il n'évoque plus de souhait de grossesse, et paraît très (trop ?) fier de son pénis : nous avons dû travailler avec ses

I Revues générales

parents les explications qu'ils peuvent lui donner sur la différence des sexes et la conception des bébés, pour qu'il cesse de croire qu'il a un zizi, à la différence de sa sœur qui n'en aurait pas !

2. Discussion : désister ou persister ?

L'exploration de son identité de genre peut être considérée comme un processus développemental normal chez l'enfant (Claahsen-van der Grinten *et al.* 2021).

Environ 5 % des filles et 2,6 % des garçons de 7 à 10 ans peuvent *se comporter* comme l'autre sexe et 1 % d'entre eux *souhaiter* être de l'autre sexe. En effet, les familles occidentales tolèrent beaucoup mieux un comportement de "garçon manqué" chez leurs filles, qu'un comportement efféminé chez leurs fils.

L'étude prospective de Steensma *et al.* (2013) constate que la majorité des enfants présentant une DG avant 12 ans n'a pas persisté (s'est "désistée") dans sa demande à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Le pédiatre peut recevoir l'inquiétude des parents et les aider à ne pas se crisper sur les plaintes et comportements étranges de leur enfant. Il est important de leur rappeler que la grande majorité des enfants présentant de tels symptômes (85-90 %) acceptera le genre qui a été déclaré à la naissance, conformément au sexe anatomique. Sans oublier d'évoquer les immenses risques et complexités d'une vie de transgenre. En effet, si la médecine et la chirurgie ont beaucoup progressé, un individu transgenre ne pourra jamais avoir la vie "normale" de l'autre sexe, mais seulement, dans les meilleurs des cas, en rapprocher l'apparence.

Le problème actuel est que, depuis une vingtaine d'années, la majorité des

parents¹ a pour objectif de rendre ses enfants "heureux" (dans le moment présent). Ils omettent de les amener à exercer leurs capacités de régulation émotionnelle pour affronter les contrariétés, les difficultés et les frustrations inévitables d'une vie. C'est sans doute la meilleure piste exploitable, donner cet objectif d'éducation aux parents, sans s'attacher à la DG, puisqu'il est hors du pouvoir de quiconque, de toute façon, de modifier la génétique de leur enfant, qui conditionne son sexe anatomique.

De tels rendez-vous demandent du temps, et peuvent donner l'occasion au pédiatre d'orienter vers un psychothérapeute en qui il a confiance, qui ait cette curiosité bienveillante, sans induire ni interdire frontalement les comportements de l'autre sexe.

■ Adolescents

La situation des adolescents rencontrés pose des questions bien différentes.

1. Trois situations cliniques

>>> Sandro (ex Sandrine)

Sandro a 17 ans et vient me voir à la demande de ses parents. Il est né fille², a vécu des harcèlements difficiles durant toute sa scolarité, et est étiqueté "Asperger" depuis l'enfance. Il se sent mal dans son corps de fille, s'habille en garçon, cache ses seins derrière un "*binder*" depuis plusieurs mois, et souhaite faire une transition hormonale et chirurgicale, mais ses parents sont réticents. Nous travaillons quelques semaines sur les traumas passés, ce qui semble l'apaiser. Il me fait comprendre qu'il ne souhaite pas questionner sa DG, ni sur le passé (il a "toujours su" qu'il était un garçon) ni sur le présent, ni sur le futur.

Notre travail s'arrête donc la veille de ses 18 ans, où il a pris rendez-vous dans un centre spécialisé qui accueillera peut-être sa demande avec plus d'enthousiasme que moi.

>>> Alex (ex Claire), 16 ans

Je dois l'appeler "Alex", mais il ressemble tellement à une fille que je dois faire un effort pour accorder les adjectifs au masculin quand je lui parle. Alex vient me voir car il a, lui aussi, été harcelé à l'école, et a traversé de longs mois de déscolarisation pour phobie scolaire, venue compliquer son Asperger. Il a une demande claire : que je réussisse à ce qu'il s'intéresse... aux jeux vidéo ! En effet, depuis qu'il se genre au masculin, il souhaite faire "comme tous les garçons" et jouer à Fifa, GTA, et Counter-Strike. Malheureusement, ça l'ennuie tant qu'il n'arrive pas à s'y mettre. Alex ressemble à une fille, a des gestes de fille, dit qu'il a pris conscience de sa DG (il arrive avec un autodiagnostic bien affirmé) depuis 2 ans. Sa mère a une apparence très masculine, beaucoup plus que sa fille. Réticente à explorer avec moi ses propres identifications, elle reconnaît cependant avoir beaucoup regretté que son enfant unique ne soit pas un garçon. Elle comprend, facilite et même encourage la transition amorcée par "sa fille" : une transition par procréation ?

Avant, Claire était vegan militante. À l'âge de 13 ans, elle avait trouvé dans un groupe vegan au collège des relations sociales et une appartenance enfin solide. À cette époque, elle s'habillait, se maquillait, se comportait comme une "vraie" jeune fille, me raconte son père. Mais le groupe s'est distendu puis dissout peu à peu, et Claire s'est retrouvée seule de nouveau. Je commence à comprendre qu'Alex souffre beaucoup de la pauvreté de ses appartenances : son Asperger est-il responsable de ses difficultés relationnelles avec ses pairs depuis l'école maternelle, comme elle l'avance ? Ses parents, séparés depuis longtemps, en grand conflit encore aujourd'hui,

¹ Mais aussi notre société dans son ensemble.

² Pour les "débutants" dans ces sujets, je rappellerai qu'il est convenu de "genrer" les individus selon le genre qu'ils se choisissent, et que les sigles "MtF" et "FtM" signifient "homme devenu femme" et "femme devenue homme"...

I Revues générales

et isolés de leurs familles d'origine, ne lui offrent pas d'appartenance familiale solide. Ses recherches sur les réseaux sociaux l'ont amené à découvrir plusieurs groupes de jeunes en mal-être, et c'est dans le groupe "trans" que sa solitude a trouvé la meilleure écoute. Il est donc passé d'un groupe vegan en tant que Claire à un groupe trans où il s'est choisi Alex comme prénom. Ce qu'il me racontait de sa participation à ce groupe m'évoquait l'entrée dans une secte : progressivement, Alex a délaissé toutes ses activités antérieures, ses quelques amis et camarades, pour ne plus participer qu'à des activités dans des groupes trans, activités presque exclusivement virtuelles. Il a ainsi rencontré son petit ami, lui-même trans (FTM, donc un garçon né fille), plus avancé que lui dans la transition car majeur : ayant déjà subi une double mammectomie et commencé un traitement hormonal. Il faut bien dire que ces évolutions d'Alex ont débordé mon psychisme : j'avais bien réussi à l'appeler Alex et accorder les adjectifs au masculin tant bien que mal, à accepter que les jeunes d'aujourd'hui peuvent se dire "en couple" avec une personne qu'ils n'ont jamais rencontré(e) "pour de vrai", mais quand Alex a été voir Jean dans sa résidence universitaire de province, et m'a annoncé fièrement au retour avoir eu des relations sexuelles avec lui, mon esprit s'est brouillé : deux filles de naissance qui se vivent comme deux garçons...

>>> Maxence, 15 ans

Je le rencontre à la demande de ses parents et de l'infirmière de son collègue, tous alertés par ses amis qui le disent gravement suicidaire. Maxence parle volontiers, mais minimise sa souffrance, dit qu'ils ont exagéré, puis que lui a exagéré, car il se sent trop seul, inintéressant. Avec l'expression publique de ses idées de suicide, il est devenu le centre de préoccupation de ses parents et de tout son collègue, enfants et adultes. Cependant, il accepte volontiers de poursuivre nos entretiens, car il a une DG autodiagnostiquée. Il dit que cette souffrance n'est

pas du tout à l'origine de ses idées suicidaires, lui apporte au contraire la chaleur d'appartenir au groupe WhatsApp secret LGBT+ de son collègue privé, confessionnel réputé. Il évoque des agressions sexuelles qu'il a subies enfant de la part d'un voisin adulte. Comment être un homme sans être "dégueulasse" comme ce voisin ? Nous avons donc travaillé le traumatisme de ces agressions, ce qui a beaucoup apaisé Maxence. Il a continué de réfléchir à son genre, tel qu'il le perçoit avec ses amis garçons et filles, me rapportant ses expériences et ses réflexions. Après plusieurs essais de vêtements féminins dans son groupe d'amis LGBT+, il en est arrivé à la conclusion qu'il était "genderfluid" ou non-binaire, et pansexuel. Il m'a patiemment expliqué qu'il ne se reconnaissait pas dans la dichotomie classique des deux sexes, ne souhaitait pas effectuer de transition hormonale ou chirurgicale, et se sentait attiré par des êtres "distingués" comme lui, indépendamment de leur sexe de naissance, mais que, n'ayant jamais eu de rapport sexuel, et peu de rapprochements intimes, il se laissait libre sur ce plan. Ses parents

tolèrent sa coiffure androgyne et il n'en demande pas plus. Son autodiagnostic s'est modifié aujourd'hui, il pense avoir une incongruence de genre sans DG, et de toute façon "Maxence, c'est aussi un prénom de fille!". Il nous semble maintenant, qu'au-delà des agressions qu'il a subies enfant, sa souffrance est surtout liée à des difficultés à accepter de devenir adulte, état dont il perçoit bien qu'il impose des choix souvent irréversibles (choix d'études, de lieu de vie, d'engagement affectif, au-delà du "choix" de genre proprement dit).

2. Le diagnostic

La DSM-5, par l'utilisation du terme DG, met l'accent sur la souffrance ressentie en raison de l'incongruence de genre. Sur ce sujet, la position de la puissante *World professional association for transgender health* (WPATH) est paradoxale. En effet, cette association insiste sur le fait qu'il ne s'agit ni d'un trouble, ni d'une maladie, mais a réussi à faire prendre en charge par les assurances maladies la "réparation" de cette erreur d'assignation (**tableau I et II**).

A. Incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins six des items suivants (le critère A1 en faisant obligatoirement partie) :

1. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre (ou d'un genre différent que celui qui lui a été assigné).
2. Chez les garçons (genre assigné), forte préférence pour le style vestimentaire opposé ou pour le travestissement en femme, ou chez les filles (genre assigné) préférence marquée pour le port exclusif de vêtements masculins et forte opposition au port de vêtements typiquement féminins.
3. Dans les jeux de "faire semblant" ou dans les fantaisies de jeu, forte préférence pour incarner l'autre sexe.
4. Forte préférence pour les jouets, jeux ou activités typiquement de l'autre sexe.
5. Préférence marquée pour les camarades de l'autre sexe.
6. Chez les garçons (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement masculins et évitement marqué des jeux de bagarre, ou chez les filles (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement féminins.
7. Forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle.
8. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires qui correspondent au genre que le sujet vit comme le sien.

B. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres domaines importants.

(Mini DSM-5 Critères Diagnostiques/2016, p.193)

Tableau I : Dysphorie de genre chez les enfants.

A. Incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins deux des items suivants :

1. Incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
2. Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
3. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.
4. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui a été assigné).
5. Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui a été assigné).
6. Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui a été assigné).

B. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

(Mini DSM-5 Critères Diagnostiques/2016, p.194)

Tableau II : Dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes.

Cependant, la difficulté vient de ce que nous sommes confrontés à un autodiagnostic sans aucun critère objectif pour les adolescents, contrairement aux critères chez les enfants, plus liés à l'observation des parents et des intervenants en santé mentale.

>>> **Prévalence**

En fonction de la définition, du lieu et de l'époque de la recherche, des différences

culturelles, on trouve pour les adultes des chiffres autour de 1/20 000 pour les femmes trans (MtF) et de 1/60 000 pour les hommes trans (FtM).

Chez l'adolescent, les statistiques retrouvaient 1 à 2 %, avec traditionnellement plus de garçons de naissance, contrairement aux statistiques des cinq dernières années. Condat (2016) affirmait que chaque pédopsychiatre ne rencontrerait que deux ou quatre cas de DG au

cours de sa carrière. Mais aujourd'hui, les statistiques s'emballent de façon exponentielle.

>>> **Formes cliniques**

Elles sont nombreuses, ce qui rend discutable l'application d'un protocole unique "prêt-à-porter".

● **Le genre est considéré aujourd'hui comme un continuum**

Certains jeunes peuvent avoir une conception très rigide et dichotomique du genre et feront une transition complète (hormonale et chirurgicale), qui en fait des transsexuels sur le modèle adulte (cf: Claire/Alex). D'autres voient le genre comme un *continuum* avec de nombreuses autres formes (*gender fluid*, neutre, etc.), cherchant une reconnaissance sociale sur la scène publique, mais gardent leurs organes génitaux d'origine, considérés comme privés.

Même dispersion pour leur choix d'objet: certains se disent hétérosexuel, homosexuel, bisexuel ou pansexuel (seules les caractéristiques de la personne aimée comptent, indépendamment de son genre), comme Maxence (fig. 1).

● **Les formes avec comorbidités psychiatriques**

Retrouvée à l'interrogatoire, souvent adossée à des questionnaires et des échelles, selon la mode actuelle qui recherche un vernis pseudoscientifique, la fréquence des comorbidités psychiatriques (20-35 %), significative, et en particulier des troubles du spectre autistique (TSA) est importante, car elle vient théoriquement contre-indiquer les traitements de réassignation. Ces troubles pré-existaient à la DG dans 70 % des cas et ne lui semblent pas secondaires. Un intérêt unique et envahissant, fréquent chez les autistes, focalisé sur l'identité de genre, des ruminations obsessionnelles (TOC) sur ce sujet, pourraient donner une sorte de sens au sentiment ancien qu'ont ces

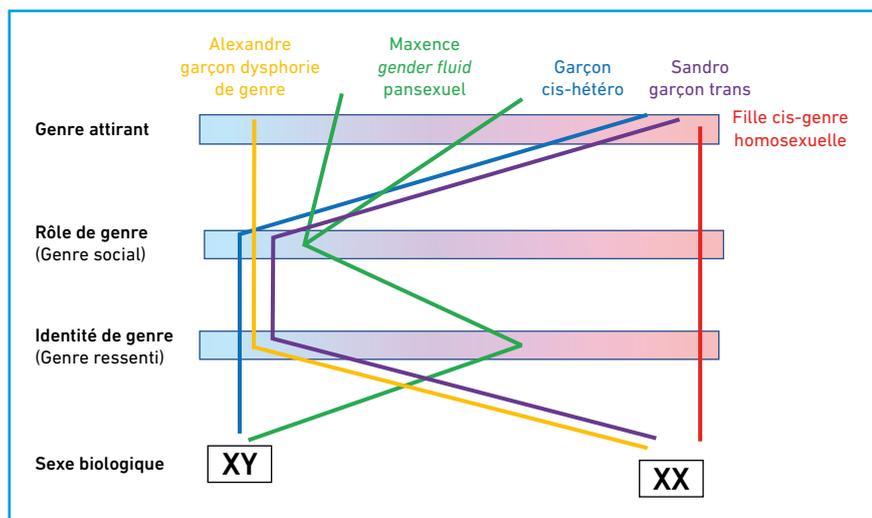


Fig. 1.

I Revues générales

jeunes d'être différents des autres. Ces adolescents souffrant de troubles autistiques ont beaucoup de difficultés à s'adapter à tous les changements, à ceux entraînés par une puberté normale ou par les traitements hormonaux voire chirurgicaux.

● **DG récente/tardive (rapid onset gender dysphoria)**

Des études montrent des changements récents majeurs dans la démographie des jeunes cherchant une prise en charge pour DG. En effet, la fréquence de la DG s'accroît drastiquement dans les pays occidentaux, avec une importante augmentation d'adolescentes ou très jeunes femmes, largement prédominantes (Littman, 2021).

La plainte de ces jeunes femmes est en général récente, apparue rapidement, bien après la puberté : on ne retrouve aucun élément de DG dans l'enfance. L'hypothèse actuelle est qu'il pourrait s'agir d'un emballement de ces auto-diagnostic chez les jeunes filles, dû aux réseaux sociaux, sur le même modèle que les "épidémies" d'anorexie mentale, ou de scarifications.

Littman postule que des facteurs psychosociaux (traumas, troubles psychiatriques, solitude lors des confinements répétés dus à la COVID-19 depuis 2020) ont pu entraîner des symptômes non spécifiques de souffrance. Et que d'intenses recherches internet ou la rencontre avec des jeunes qui se sont autodiagnostiqués DG, les amènent, convaincus par des groupes réels ou virtuels que leurs symptômes sont dus à cette "maladie", à fixer leur autodiagnostic. Comme dans les groupes "proAna" (prônant l'anorexie mentale), les jeunes filles peuvent y trouver toutes sortes de conseils pour coller à la DSM-5 et réussir à persuader les thérapeutes qu'elles souffrent "vraiment" de DG, et ainsi accéder le plus rapidement possible au traitement hormonal. Faire du chantage au suicide (par exemple) pour faire pression sur les parents afin

qu'ils autorisent la prise en charge par une équipe spécialisée.

Ces groupes peuvent fonctionner comme un groupe sectaire, excluant toute opinion contraire au dogme en vigueur et amenant progressivement à un éloignement voire une rupture avec tous les "cis" (non transgenres) considérés comme transphobes, y compris les parents.

3. Hypothèses étiologiques

La plupart des auteurs aujourd'hui s'accordent à reconnaître une "*variance dimensionnelle du genre incarnée dans la notion de dysphorie et répondant à de multiples causes possibles, individuelles (génétique, biologique, psychologique), environnementales (familiales et sociologiques)*" (Claahsen-van der Grinten *et al.* 2021). En particulier, les hypothèses génétiques et biologiques ont été beaucoup étudiées, aucune étude ne s'est révélée probante.

Le jeune peut attribuer à son genre son sentiment de vide intérieur, la pauvreté de ses appartenances, des sensations corporelles dues à ses émotions, ou vouloir se différencier du parent ou d'une autre personne de même sexe. En effet, certains jeunes isolés, maladroits dans les rapports sociaux (éventuellement compliqués par les TSA) peuvent trouver un grand réconfort dans leur appartenance à un groupe trans, avec le risque de rater leur transition, et que leur trouble d'origine ne soit pas pris en charge.

Une dissociation post-traumatique pourrait être associée dans 30 % des cas de DG. Les antécédents d'agressions sexuelles chez les personnes souffrant de DG sont bien connus (40-50 %) mais les études mêlent souvent des traumas individuels pouvant être secondaires à l'incongruence de genre, avec des traumas qui lui préexistent (la fréquence des agressions sexuelles chez les filles pourrait être liée à celle des DG). Cette hypothèse post-traumatique réclame

des études extensives car elle présente l'avantage de permettre des abordages thérapeutiques structurés.

D'autres études ont montré la fréquence des troubles psychiatriques et des traumas chez les parents des enfants qui ressentent une DG (Coates, 2008). Les mécanismes dissociatifs permettent à un individu de protéger son psychisme des conséquences dévastatrices d'une expérience, au prix de son unité affective (émotions, corps, pensées) : ce type de transmission transgénérationnelle peut expliquer les nombreux traumas non résolus chez les parents d'enfants présentant une DG.

Pour synthétiser les résultats de ces diverses études, il est pertinent de reprendre l'hypothèse de Périer et Marcelli (2022) : "*S'il y a des défaillances dans l'investissement narcissique précoce, ce tout-petit peut développer l'idée confuse [...] qu'il aurait peut-être été mieux aimé s'il avait eu un corps autre*" puis, "*Lorsque, sous l'impact de la puberté, le corps se transforme inéluctablement en un corps de femme ou d'homme, le psychisme doit accepter cette réduction. Dans son imaginaire, l'enfant de la période de latence peut conserver l'illusion de devenir non pas seulement une femme ou un homme, mais aussi ni l'un ni l'autre, les deux à la fois ou même croire possible de devenir une future femme malgré ce corps de garçon (ou l'inverse), rêveries et fantaisies que la quiétude du corps autorise sans éprouver de contradiction, quels que soient le sexe de son corps et le genre qu'on lui a attribué depuis sa naissance.*"

La DG d'apparition récente en particulier pourrait être une "solution" mal adaptative pour diminuer, voire anesthésier des émotions, des sentiments extrêmement douloureux, qui débordent le psychisme de l'adolescent. Cela la rapprocherait d'autres solutions dissociatives, comme le jeûne de l'anorexie mentale, les scarifications, l'abus d'alcool ou de drogues. Un enfant qui a été impuissant, confronté

POINTS FORTS

- L'incongruence de genre correspond au ressenti d'une identité, d'un rôle ou d'une expression de genre qui diffèrent de la norme prescrite pour les personnes d'un sexe déterminé.
- La DG correspond à la souffrance psychique liée au genre auquel nous appartenons. Éventuellement générée par l'incongruence de genre, elle peut aussi être liée à un trouble psychiatrique. Nul ne peut en discuter la réalité.
- Soulager la DG d'un enfant ou d'un adolescent est une tâche beaucoup plus complexe qu'accepter "simplement" qu'il ou elle soit lancé dans un parcours de transition.
- Le pédiatre est en première ligne pour amorcer la réflexion de parents et enfants dans ces situations douloureuses.

passivement à de multiples passages à l'acte des adultes, peut devenir un adolescent qui se cramponne pour garder la maîtrise, y compris de son corps, de son identité de genre et de son prénom, avec un fantasme d'auto-engendrement (le prénom de naissance est appelé "*dead-name*").

La difficulté de prise en charge, commune à toutes ces pathologies, tient à ce que le lien entre le thérapeute et le patient doit être assez fort pour soutenir ce dernier, quand son sevrage des éléments dissociatifs s'accompagne de l'émergence d'émotions négatives importantes. Le travail psychothérapeutique doit s'appuyer très progressivement sur les sensations somatiques liées aux émotions, pour permettre des liens qui assouplissent le caractère persécuteur du corps.

Discussion des cas cliniques : Claire/Alex et Maxence semblent avoir en commun la pauvreté de leurs appartenances, à l'âge où celles de leurs pairs se complexifient, sortant du réseau familial. Ils ont trouvé dans les groupes internet rassemblant des jeunes LGBTQ+ ou "seulement trans" (sic) une appartenance qui puisse leur conférer une identité qui peine à se construire, apaisant leur souffrance,

leur solitude, leur vide intérieur et toutes les conséquences psychopathologiques qui en découlent. Comme beaucoup de jeunes ayant une DG, Claire/Alex a au départ un trouble du spectre autistique qui n'avait pas été pris en charge de façon pérenne. Il n'est cependant pas évident que la prise en charge de la DG soulage beaucoup sa souffrance sur ce plan. Maxence, au contraire, semble avoir une personnalité moins problématique, plus narcissique, qui évolue vers une conflictualité névrotique de bon aloi, depuis que le syndrome de stress post-traumatique des agressions sexuelles et trahison de confiance de son enfance a été pris en charge.

4. Traitement

>>> Protocole classique du traitement médico-chirurgical

Le traitement classique est celui de la réassignation de sexe, sur les plans social, juridique, médical et chirurgical, qui entraîne en général une amélioration du bien-être sur les plans social, psychologique et sexuel. La transformation hormonale et chirurgicale (THC) peut être considérée comme un traitement palliatif – mais non curatif – pouvant soulager les patients.

Le rapport de l'HAS est déjà ancien et ne concerne que les adultes, excluant les mineurs et les personnes non binaires ; il reprend le classique "*Dutch protocol*" :
 – pour les jeunes adolescents, lorsque le début de puberté aggrave leur souffrance, la WPATH recommande la prise en charge de la DG par des bloqueurs de puberté dès 12 ans, puis l'administration d'hormones sexuelles du sexe désiré dès l'âge de 16 ans, voire dès 14 ans pour certaines équipes, et enfin les interventions chirurgicales à partir de 18 ans ;
 – le traitement de suppression de la puberté impose une surveillance clinique et hormonale tous les trois mois, beaucoup plus complète tous les ans. Ce traitement bloqueur de puberté soulage rapidement les adolescents sur le plan psychique et réduirait le nombre d'interventions chirurgicales ultérieures, mais il aggrave le décalage avec leurs pairs qui, eux, ont leurs corps qui se transforment ;
 – la première phase de leur prise en charge leur permet d'expérimenter la transition sociale : celle-ci est présentée comme une exploration, réversible, qui permet à l'enfant d'explorer le sentiment d'appartenance au sexe désiré en l'expérimentant dans son environnement, avec l'accord de ses parents et de l'école où il est inscrit sous sa nouvelle identité (nouveau prénom, vêtements adaptés au genre choisi). Cependant, cette exploration paraît déjà un engagement, puisque tous ont poursuivi avec un traitement hormonal ;
 – les traitements hormonaux devront être prescrits tout au long de la vie. Ils présentent des effets secondaires, en particulier psychiques, et des risques somatiques (cancers, accidents cardiovasculaires (CV) graves, déminéralisation osseuse en particulier), qui imposent un suivi médical régulier que la personne devra respecter toute sa vie (Martinerie *et al.* 2016). Ils ont des effets qui peuvent être irréversibles chez la femme (MtF) (atrophie testiculaire, développement mammaire) et chez l'homme (FtM), (hypertrophie clitoridienne, raucité de la voix, calvitie, pilosité faciale). Mais surtout, dans les deux sexes, l'infertilité est exceptionnellement réversible : on

I Revues générales

peut proposer aux adultes un prélèvement de gamètes, mais il n'est bien sûr pas possible chez des adolescents soumis précocement à des bloqueurs de puberté.

Tous les patients ne demanderont pas un traitement chirurgical. Le plus fréquent est la mastectomie chez les FtM, qui donne de bons résultats esthétiques, mais avec un risque de douleurs chroniques. La chirurgie des organes génitaux est plus compliquée et aléatoire, surtout la phalloplastie, qui est difficile et expose à de multiples complications urinaires (sténose, incontinence).

Claahsen-van der Grinten *et al.* (2021) précise que la chirurgie des patients souffrant de DG nécessite un consentement éclairé profond (*profound consent*) et une évaluation de la capacité de résilience des patients pour éviter une décompensation psychiatrique lors de la survenue des fréquentes complications. Il a l'honnêteté d'affirmer que *“Le but est d'obtenir une apparence et un fonctionnement génital aussi naturel que possible, mais qu'une complète authenticité est certainement inatteignable.”* Les chirurgiens plasticiens sont aussi appelés à la rescousse, parfois même avant les chirurgiens urogénitaux, pour transformer les traits du visage par exemple, dans le sens du genre souhaité. Nous pouvons nous demander quelles sont les limites à cet “auto-Pygmalion” remboursé par l'Assurance Maladie ?

Dans leur étude, Dhejne *et al.* (2011) ont suivi des personnes pendant les trente années suivant une transition chirurgicale. Ils retrouvent une surmortalité importante, par maladies CV, cancers, et suicides, mais aussi une fréquence importante de troubles psychiatriques persistants et de crimes violents. Ils concluent par l'hypothèse que *“Les choses auraient pu être pires sans opération”*, mais que, de toute façon, une étude en double aveugle est impossible.

Une autre étude récente (Chew *et al.* 2018) reprend les publications portant

sur les traitements hormonaux chez les adolescents. Leurs conclusions ne sont pas vraiment positives : les résultats somatiques sont corrects, mais les effets psychosociaux et cognitifs sont peu ou mal évalués, et seulement à court terme.

>>> Place du psychiatre et du psychothérapeute

Les changements dus à l'hormonothérapie et à la chirurgie étant majeurs, un accompagnement psychologique doit être proposé par l'équipe au patient, qui a le choix entre l'accepter ou la refuser. Cet accompagnement n'a pas pour intention de soigner les troubles de l'identité sexuelle. Son objectif principal est d'aider le patient à fixer des objectifs de vie réalistes, tant professionnels que relationnels.

● Place du psychiatre dans le protocole classique

Cette place est très cadrée : l'équipe pluridisciplinaire demande au psychiatre une évaluation des troubles psychiatriques associés, qui peut amener à refuser la prise en charge du patient par un traitement médical et/ou chirurgical.

En effet, les contre-indications au THC sont essentiellement psychiatriques et sociales :

- sévères comorbidités psychiatriques ;
- instabilité du soutien psychologique et social (des parents pour les adolescents et jeunes adultes) ;
- l'émergence de la DG tardive, durant la puberté ;
- l'incertitude diagnostique.

Une fois le THC commencé, le psychiatre de l'équipe pourra être amené à prendre en charge les éventuelles complications psychiatriques.

● Place du psychothérapeute

Officiellement, il s'agit d'un accompagnement facultatif et affirmatif, (c'est-à-dire encourager la personne dans sa demande de transition) pour diminuer

la détresse psychique et le risque de suicide, comme le conseille l'*American academy of pediatrics* depuis 2018.

Le texte de l'HAS française de 2009 suit les recommandations des associations trans, et de la WPATH, affirmant ainsi que *“les approches psychothérapeutiques n'ont pas montré leur efficacité”*. L'hypothèse qui soutient ce texte est que les personnes ayant une incongruence de genre souffrent, non d'une dissonance cognitive au sujet de leur identité de genre, mais de leur environnement qui ne la reconnaît pas.

Très souvent, les personnes ne demandent pas, voire refusent une psychothérapie, se focalisant essentiellement sur la THC. Les sites internet trans indiquent ainsi cette caractéristique fondamentale à leurs yeux, dans les listes des psy proposés : un psy *trans friendly* donnera l'attestation de non contre-indication au traitement hormonal dès le premier rendez-vous, sans exiger de suivi ! À l'opposé, tout psy non enthousiaste, juste quelque peu hésitant, sera jugé transphobe.

Pendant, en dehors des sites internet spécifiques trans, il est reconnu préférable qu'ils soient accompagnés. Car les changements induits par la THC s'accompagnent souvent d'une grande détresse, en particulier pour entraîner leurs habiletés sociales afin qu'ils puissent faire face aux discriminations ou autres situations difficiles. *“J'ai peur de ne pas avoir de passing”*³ est une question importante, exprimant leur conscience angoissée que la transformation est un processus long, complexe et pas toujours parfait : le *“passing”* est une performance de genre sur le plan social. Il faut remarquer que les sites internet trans évoquent peu la complexité des sexualités transsexuelles.

Une thérapie familiale peut être souhaitable, classiquement pour permettre

³ “J'ai peur de ne pas être reconnu(e) comme appartenant au genre que je souhaite”

I Revues générales

aux parents de faire le deuil de l'enfant souhaité et accompagner la transition voulue par leur enfant. Le soutien parental étant un facteur majeur pour éviter dépression, suicide et tentative de suicide. Mais l'indication de thérapie familiale peut aussi intervenir avant toute transition médicale, pour permettre à l'enfant d'autres identifications, renforcer le sentiment d'appartenance du jeune à sa famille, lui transmettre de nouvelles forces pour dépasser les difficultés de l'adolescence, voire de pouvoir revenir en arrière sans "déchoir".

Il est vrai que des thérapies de conversion forcée (qui cherchent à convertir la personne dans son genre de naissance), très maltraitantes, sont encore autorisées dans certains pays anglosaxons (Royaume-Uni en particulier).

Toute incertitude diagnostique demande le temps long d'une prise en charge psychothérapique non prédictive, pour explorer la DG, surtout chez un adolescent ou un jeune adulte, permettant au jeune de tolérer l'ambivalence et l'incertitude et éventuellement découvrir d'autres moyens pour soulager sa souffrance psychique que celui d'une transition radicale (Gauld, 2020).

Le thérapeute pourra chercher à traduire en mots partageables les affects, les sensations retranchées du patient, chemin thérapeutique qui pourra affecter les deux protagonistes.

La prise en charge de ces jeunes demande en effet un travail contre-transférentiel considérable.

Nous avons été confrontés à nos propres difficultés de pensée devant certains de ces jeunes, de voir et ressentir une fille qui se dresse et s'oppose dès qu'on omet de masculiniser son nom ou les adjectifs qui la/le qualifient.

À l'inverse, nous nous interrogeons sur le rôle incitatif que peuvent avoir certains pys et médecins somaticiens

chez ces patients : leur trajet personnel dans la construction d'identité de genre influe probablement sur la manière dont ils reçoivent les demandes des jeunes, de même que ce trajet chez les parents, avec tous les intermédiaires, de l'incitation, jusqu'au refus massif et rejetant.

5. Éthique et controverses

Les enfants et les adolescents ont bien sûr encore plus de difficultés à se projeter sur le long terme que les adultes, ce qui rend discutable la notion de consentement éclairé à 16 ou 18 ans, outre le fait que toute décision médicale chez un mineur dépend de ses parents ou responsables légaux.

Certes, les critères d'éligibilité au traitement hormonal sont stricts, mais certains de ces critères semblent bien difficiles à évaluer. À 12 ans (pour le blocage réversible de puberté) mais aussi à 16, pour le début de ce traitement hormonal aux effets irréversibles, surtout chez les jeunes ayant des TSA, si souvent associés :

- absence de comorbidité psychiatrique pouvant interférer avec l'évaluation diagnostique ou le traitement ;
- démontrer une connaissance et une compréhension des traitements (hormonaux et chirurgicaux), de leurs effets attendus et de leurs risques potentiels, ainsi que les risques et bénéfices médicaux et sociaux de la réassignation de sexe.

Les associations "trans" reprochent aux instances officielles françaises de ne pas prendre en compte leurs revendications, de "psychiatriser" leurs demandes. Le parallèle avec la dépathologisation de l'homosexualité semble fallacieux, puisque cette dernière ne réclame aucun traitement médical ou chirurgical irréversible : ne faudrait-il pas plutôt faire un parallèle avec les interventions de chirurgie plastique réclamées par les "Pygmalions de soi-même" et la fréquence de personnes déçues, insatisfaites, qui ne réussissent pas à adopter leur nouveau corps ?

D'autres sujets demandent réflexion. Par exemple, les discussions sont âpres dans les milieux sportifs au sujet de l'intégration des transsexuels : un homme trans (FtM) reçoit des injections de testostérone, considérées comme du dopage pour les hommes cis. Dans quels sports une femme trans (MtF) est-elle avantagée par sa plus grande taille (en moyenne), par le fait qu'elle ait été imprégnée de testostérone pendant deux décennies, même si, lors des compétitions, son taux de testostérone est aussi faible que celui de ses adversaires cis... ?

Enfin, avec la progression des techniques et de la législation sur la procréation médicalement assistée (PMA), ont surgi de graves discussions éthiques au sujet du devenir parents des personnes transsexuelles. On commence à voir des enfants portés par un homme (FtM) et d'autres conçus dans un couple homosexuel avec une femme cis et le sperme d'une femme trans (MtF). Cependant, les rares études actuelles ne retrouvent pas d'augmentation de psychopathologies chez les enfants de parents trans (Mendes *et al.* 2020).

>>> Regrets et détransitions

Ils sont classiquement rares chez l'adulte (2 à 5 %). Le plus souvent, les personnes regrettent en raison des mauvais résultats opératoires, ou de leur découverte de leur identification non binaire.

Mais des études plus récentes apportent d'intéressants résultats :

Turban *et al.* (2021) retrouve 8 % de "détransitionneurs", le plus souvent sous l'effet de discriminations et/ou pressions externes (sociales ou familiales).

Une étude de Littman, (2021) questionne uniquement des détransitionneurs sur les raisons de leur retour en arrière, et retrouve beaucoup plus de raisons internes : l'existence chez ces personnes de troubles psychiques (60 % pour Littman, 70 % de troubles du spectre

autistique) et de traumatismes antérieurs au début du vécu de la DG, le fait d'avoir subi des pressions de groupes de pairs, souvent sur internet pour faire leur "transition" ("Ils m'ont dit que ce que je ressentais montrait que j'étais trans, et je les ai crus"), l'homophobie ("j'avais tellement honte d'être homo, me dire "trans" était plus acceptable"), l'incitation des soignants, exagérant les bénéfices des traitements hormonaux et chirurgicaux, et minimisant les risques et effets secondaires ; puis, secondairement, découverte que leur DG pouvait être due à une autre cause qu'à l'incongruence de genre et être gérée par d'autres moyens (appartenance différente, méditation en pleine conscience, exercice physique ou psychothérapie), que la transition ne diminuait pas leur DG.

Mais comme ce sont les patients qui se sont autodiagnostiqués et ont réclamé la transition, sont-ils libres d'exprimer leurs regrets ? Beaucoup signalent avoir alors souffert de l'ostracisme des groupes LGBT+, vivant une expérience assez semblable à celle vécue par des personnes voulant s'éloigner d'une secte.

Seuls 24 % d'entre eux ont informé de leur détransition l'équipe qui a facilité leur transition, par honte ou colère. Il est donc vraisemblable que ces derniers sous-estiment nettement ces situations, comme l'expliquent bien les psychanalystes Caroline Eliacheff et Céline Masson (2022). N'étaient-ils pas pris dans l'illusion que le médecin et le chirurgien pourraient les transformer (et pas seulement en apparence) en un individu parfaitement fonctionnel de l'autre sexe ?

Il peut s'agir de personnalités narcissiques qui ont des attentes démesurées, proportionnelles à leur peu d'estime d'elles-mêmes, ou de personnalités obsessionnelles qui gardent ces mécanismes de pensées, ou de jeunes femmes se plaignant d'une DG tardive, et recherchant, avec une impulsivité toute adolescente, un THC rapide : les jeunes femmes

de l'étude de Littman avaient 20 ans en moyenne lors de leur transition et 23 ans lors de la détransition...

Et qu'en sera-t-il avec l'augmentation drastique du nombre d'adolescents de plus en plus jeunes qui réclament une transition et des facilités qui leur sont offertes avec une certaine complaisance ? Malheureusement, les pro et les anti s'opposent passionnément en s'envoyant à la figure des statistiques souvent isolées de leur contexte, ou même discutables, ce qui fait que nous sommes actuellement bien loin de l'"evidence based medicine".

Les professionnels appellent donc à plus de prudence dans la prise en charge de ces jeunes, car l'étiologie, la durée des symptômes restent très variables, et donc les conséquences de traitements irréversibles potentiellement plus néfastes, (Kaltiala-Heino *et al.* 2018, D'Angelo *et al.* 2021). Il semble bien plus pertinent d'explorer avec eux leur détresse concernant leur identité et leur orientation sexuelle que de traiter médicalement voire chirurgicalement leurs symptômes allégués de DG, avec d'importants risques iatrogènes. Les entretiens attentifs, avec le jeune et ses parents, peuvent aider à affiner le diagnostic et à repérer celui qui ne relèverait pas vraiment d'une prise en charge médicale et chirurgicale de la DG, des autres, dont la souffrance, tout aussi réelle, nécessite une prise en charge psychiatrique.

6. Que peut le pédiatre ?

Le plus souvent, le pédiatre sera contacté par les parents, affolés ou fascinés. Il peut les écouter, éventuellement proposer de rencontrer le jeune, sans leur laisser l'espoir d'une "conversion flash". Je pense que le meilleur conseil à leur donner est de garder le contact avec lui ou elle, et faciliter l'appartenance du jeune à des groupes "non-trans" (famille élargie, amis, loisirs, sports...) qui puissent aider leur enfant à se construire une identité complexe : la liberté vient de la plura-

lité des appartenances. Actuellement, les recommandations de l'HAS contre-indiquent un traitement en-dehors des cadres des consultations spécialisées (à Paris, dans les hôpitaux de la Pitié-Salpêtrière, Robert-Debré et Sainte-Anne, par exemple). En effet, même la prescription de bloqueurs de puberté "pour laisser à l'enfant le temps de réfléchir" est un leurre qui, déjà, l'engage, et engage les parents.

Exceptionnellement, le pédiatre sera questionné sur ce sujet par le jeune lui-même. S'il ou elle arrive sous la pression des parents, avec la certitude "d'être de l'autre genre" et des exigences de prise en charge, le pédiatre généraliste peut rappeler que ce n'est pas de son ressort, mais mettre en exergue et encourager les appartenances à des groupes importants pour le jeune, et rechercher des signes psychiatriques associés (idées suicidaires, crises d'angoisse, difficultés scolaires, avec les pairs...). Dans ces cas, il pourra alors proposer avec prudence une rencontre avec un psychologue ou un pédopsychiatre présenté comme pouvant aider le jeune sur le plan des troubles qu'il pense secondaires à la DG : il est préférable d'adresser le jeune à un professionnel que l'on connaît.

Si le jeune doute, se pose des questions, le pronostic est bien meilleur. Le pédiatre peut complexifier la situation avec d'autant plus de facilité qu'il aura connu le jeune depuis qu'il est bébé. Il le questionnera sur son orientation sexuelle, le rassurera en cas d'angoisse sur les conséquences d'une éventuelle homosexualité (bien plus faciles et moins définitives que celles liées à une transition sexuelle), fera ressortir les angoisses, colères, autres souffrances psychiques et discutera de leur possible rôle dans la constitution de la DG (et non exclusivement d'en être la conséquence). Enfin il amènera le jeune à réfléchir à chacune des différentes étapes qu'il envisage : en général, les sites internet lui ont déjà donné beaucoup d'éléments positifs, mais nous

I Revues générales

pouvons le pousser à réfléchir aux complications iatrogènes et effets irréversibles des traitements hormonaux (plus que la stérilité qui leur semble irréaliste, ils peuvent être sensibles aux risques d'alopécie, prise de poids, surveillance médicale à vie, etc.), aux éventuelles imperfections, douleurs et complications des traitements chirurgicaux.

■ Conclusion

“Dans toutes les sociétés, il a existé des hommes insatisfaits de leur statut d’homme et des femmes insatisfaites de leur statut de femme. Le fait nouveau, c’est le développement des connaissances scientifiques (la découverte et le maniement des hormones) et des techniques chirurgicales... On parle

de “changement de sexe”, mais on n’a changé que l’apparence, en la rapprochant de celle de l’autre sexe, et l’état civil.” (Chiland, 2016).

Aujourd’hui, et sans perspective actuelle d’évolution, la perpétuation de l’espèce humaine ne peut pas se faire sans la mise en présence de deux gamètes, un ovule issu d’un individu XX et un spermatozoïde issu d’un individu XY (la nécessité d’un utérus porté par un individu XX semble pouvoir être dépassée...). Quelles que soient les discussions sur la pression sociale qui impose un genre à un nouveau-né, cette réalité biologique restera indépassable encore de nombreuses décennies. La possibilité de “choisir” son genre qui est offerte aujourd’hui n’a pas que des avantages chez les enfants et les adolescents, car

tout choix augmente l’angoisse proportionnellement à ses conséquences (nous le constatons à la fin des études secondaires et des études supérieures, où les adolescents ont tellement de choix possibles que leur angoisse est à son comble, alors que ces choix n’ont pourtant rien de définitif...).

Les médecins, confrontés à la DG chez des enfants et des adolescents, leur doivent de respecter le fondement du serment d’Hippocrate, *primum non nocere* (en premier, ne pas nuire).

L’auteure a déclaré ne pas avoir de liens d’intérêts concernant les données publiées dans cet article.