

Éditorial

Genre, sexe et identité : une société qui change, des pratiques aussi

Gender, sex and identity: Changes from society to practice

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, au Canada, puis 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. Comme le rappellent Mendes et al. dans leur revue de littérature [1], le terme de dysphorie de genre (DG), tel qu'il est défini dans le DSM-5, relève d'une souffrance significative exprimée chez un sujet vis-à-vis de l'écart ressenti entre son identité de genre et son sexe de naissance. Le terme de « dysphorie de genre » a été employé chez l'adulte il y a une trentaine d'années par Norman N. Fisk de façon à rendre compte de la complexité des situations rencontrées auprès de la clinique transsexuelle, mais aussi afin de mettre l'accent sur la souffrance exprimée par ces personnes pour justifier l'importance d'une prise en charge [2]. Le terme de transsexualisme a été théorisé par Harry Benjamin en 1953, bien que le terme ait été employé auparavant par Hirschfeld [3]. Aujourd'hui, le transsexualisme tend à définir les personnes qui ont fait une transition sociale vers l'autre genre, c'est-à-dire qu'ils sont reconnus comme appartenant au sexe opposé à celui de leur sexe de naissance. Ces personnes ont fréquemment bénéficié d'un traitement hormonal et chirurgical de réassignation de sexe, cela afin que leurs corps correspondent au mieux avec leurs sentiments d'appartenance au sexe désiré [4].

Si l'identité se construit pour chacun d'un nouage entre le corps réel, son image, et la dimension symbolique, il s'agit pour ces personnes avec l'aide du traitement hormono-chirurgical de réduire la discordance entre ces trois dimensions de sorte qu'un sujet puisse advenir [5]. Huet et al. revisite à partir d'entretiens avec une femme trans-adulte, le chemin psychique parcouru dans l'accession à la féminité [6] tandis que Krouch et Moro proposent d'étudier la construction de l'identité sexuée selon les différents modèles théoriques. Trois modèles y sont abordés, le modèle psychanalytique, le modèle sociocognitif, pour finir par le modèle intégratif [7]. Il apparaît à la plupart des auteurs que la DG est d'origine multifactorielle : génétique, biologique et psychique. Mendes et al. proposent une revue des travaux dans ces différents domaines [1].

Depuis 2013, plusieurs consultations spécialisées dont celle du service de pédopsychiatrie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ont vu le jour en France, offrant aux enfants et aux adolescents questionnant leur identité sexuée avec ou sans différence du développement sexuel ainsi qu'à leurs familles un accueil pluridisciplinaire, une évaluation, une information et le cas échéant des soins [8]. Il s'agit également d'accueillir les parents transgenres qui souhaitent pour leur famille un accompagnement dans le parcours de réassignement, et/ou dans la parentalité après transformation.

Des parents inquiets de certains comportements de leurs très jeunes enfants consultent pour avis : un petit garçon de 4 ans qui se déguise en princesse et demande avec insistance du verni sur ses ongles ; plus tard dit-il, il aura un bébé dans son ventre. Tel autre à 5 ans refuse de regarder ni toucher son pénis lors de la toilette, affirmant à sa mère être une fille. À cet âge, les petites filles masculines inquiètent moins, reconnues par la société comme « garçons manqués ». Le motif de consultation peut être la gêne des parents, leur souhait d'accompagner au mieux leur enfant face à ce qu'ils ont identifié comme une particularité, ou bien une situation d'inconfort à l'école avec des moqueries et parfois des formes d'exclusion sociale, scolaire ou familiale. Avant la puberté, la littérature témoigne de ce que la plupart de ces enfants construiront finalement leur identité sexuée dans le sexe qui leur a été assigné à la naissance [9,10]. Au contraire les adolescents qui s'affirment transgenres à partir de la puberté persisteront le plus souvent en ce sens et s'engageront dans une réassignation hormono-chirurgicale le moment venu [11]. La demande de consultation émane alors le plus souvent de l'adolescent qui a convaincu ses parents de l'accompagner. Il demande une prise en charge pour une transformation hormonale dont il pense savoir déjà tout grâce aux informations recueillies sur internet. Il pose fréquemment des questions sur les possibilités de préserver sa fertilité avant traitement et sur les modalités ultérieures de procréation dans la configuration qui est la sienne.

Longtemps le genre a été principalement considéré comme une variable discrète à deux dimensions, trois dans quelques cultures. La différence sexuée était l'un des repères majeurs dans la construction tant de l'identité que de la relation à l'autre, en

tant que trait d'identification. Mais nous observons que les adolescents que nous recevons dans le cadre de notre consultation se réfèrent au genre comme à une variable continue, continuum de masculin à féminin en passant par le neutre. Dans le même temps, le choix d'objet sexuel n'est plus binaire entre hétérosexuel et homosexuel, voire bisexuel ; le choix d'objet peut se placer ailleurs quelque part sur le continuum du genre, « j'aime que mon partenaire soit entre masculin et neutre, plus près du neutre ». Pour certains, peu importe le genre, ce qui compte est la personne aimée, détachée de toute référence au genre, ils se disent alors *genderblind* ou « pansexuel », reprenant ainsi des signifiants qu'ils ont découverts sur Internet et dans lesquels ils se reconnaissent.

À propos de la possibilité de devenir parents dans le futur, de nombreux adolescents ont grandi dans des familles monoparentales ou des familles recomposées. Pour eux, l'idée de devenir parent tout seul, ou au contraire de former une famille dans laquelle trois ou quatre adultes assument la fonction parentale n'a rien d'étrange ni de choquant. Dès avant leur transformation hormonale, ils envisagent de préserver leur fertilité de façon à avoir recours ultérieurement à l'assistance médicale à la procréation avec si nécessaire don de gamètes et le cas échéants mère porteuse. Ils savent que c'est interdit en France, mais ils savent aussi grâce aux forums Internet et à la mondialisation de l'information que c'est possible de l'autre côté de la frontière, se disent que d'ici à ce qu'ils aient l'âge et la maturité de porter un projet parental, les lois françaises auront peut-être évolué. Ils sont finalement en phase avec les recommandations de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [12] qui préconise d'évoquer la préservation de fertilité dès le début d'une prise en charge hormonale chez les adolescents.

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 trajectoires individuelles 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 ?

Depuis la première transformation hormono-chirurgicale rapportée en 1953 [13], les soins medico-chirurgicaux pour les personnes trans sont devenus accessibles dans de nombreux pays permettant à une personne qui s'autoperçoit comme appartenant à un genre qui vient contredire son genre assigné à la naissance de rectifier son anatomie au plus près du genre désiré. Depuis environ 15 ans, un traitement plus précoce connu sous le nom de *Dutch protocol* avec suppression de puberté [14] permet de meilleurs résultats tant physiques que psychiques, permettant d'éviter la prolongation du vécu d'étrangeté interne, l'exclusion sociale et la déscolarisation [15,16]. Comme le développe Martinier [17] dans sa contribution, il s'agit de bloquer la puberté par un analogue de la GnRH administré lorsque l'adolescent est à un stade de développement pubertaire 2 de Tanner. Ce traitement empêche l'apparition des caractères sexuels secondaires en lien avec le sexe chromosomique et permet de se donner du

temps avant d'engager des traitements qui ne seront que partiellement réversibles et de conduire une expérience vie réelle dans le genre désiré avec transition en milieu scolaire dans de meilleures conditions.

La WPATH, la United States Endocrine Society and la Netherlands Amsterdam Gender Clinic recommandent cette prise en charge précoce de la dysphorie de genre dès l'âge de 12 ans pour la suppression de puberté, avec possibilité de transformation hormonale par administration d'hormones sexuelles du sexe désiré à l'âge de 16 ans (mais cette transformation est actuellement pratiquée dès l'âge de 14 ans par de nombreuses équipes de référence) [14,18].

Si ces questions cliniques se déclinent dans la singularité de chaque enfant et chaque adolescent dans son contexte familial et social particulier, elles sont encore 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. Colette Chiland nous propose une analyse rigoureuse et précise du genre et du sexe dans leur polysémie tant en langue française qu'en langue anglaise, traversant l'histoire de la clinique transsexuelle et intersexe en passant par les mouvements sociétaux et les théories du genre. Si le désir transsexuel est de changer de sexe, en seule l'apparence et le genre changent et Colette Chiland interroge ce qui pourrait relever d'un déni du biologique dans certains discours actuels [19].

Le risque en effet 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. Depuis trois ans, la diversité de nos observations cliniques a amené 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 est 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 ? Les questions éthiques ne sont pas en reste : qu'en est-il du consentement de ces enfants et adolescents à ces prises en charges au regard du principe d'autonomie ? Quels sont les éléments qui conduisent les experts de la WPATH à préconiser de transformations hormonales partiellement réversibles chez des adolescents dès 14 ou 16 ans, estimant qu'il y va de la bienfaisance et de la non-malfaisance ? Quid de l'équité alors que les consultations spécialisées et la possibilité de mettre en œuvre des prises en charge restent rares en France ? Sur quelles bases accepter ou refuser de préserver la fertilité des adolescents transgenres avant transformation hormonale ?

La question du consentement à des soins irréversibles se pose de façon plus aiguë encore pour les patients intersexes pour

lesquels des chirurgies irréversibles conduisant à l'assignation d'un sexe sont entreprises avant que l'enfant n'ait acquis le langage. Medjkane et al. [20] proposent un tour d'horizon des pratiques actuelles dans ce champ tandis que Brunet [21] pose les problématiques éthiques et juridiques.

La richesse clinique mise en évidence au travers de notre pratique nous conduit à un abord clinique multidisciplinaire tenant compte des différentes dimensions pertinentes : génétique, hormonale, psychique, développementale, familiale et sociale. Nous avons en premier le lieu le souci de proposer aux enfants et adolescents que nous recevons dans le cadre de notre consultation une écoute pluridisciplinaire de qualité, une information, puis un parcours de soins individualisé tenant compte des recommandations internationales ainsi qu'un accompagnement de leur famille.

Pour assurer la prise en charge et un parcours de soin coordonné, des équipes formées sont nécessaires sur l'ensemble du territoire. 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 d'accueillir le patient dans sa demande, d'accueillir encore sa famille, de les entendre dans ce qu'ils nous disent d'eux-mêmes, pour ouvrir à une réflexion intégrée et non pas rabattre les faits cliniques sur des critères diagnostiques ou des préjugés dogmatiques.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur est financé par la fondation Pfizer.

Références

- [1] Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016 [sous presse].
- [2] Fisk NM. Editorial: gender dysphoria syndrome – the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *West J Med* 1974;120(5):386–91.
- [3] Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press; 1966.
- [4] American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- [5] Condat A. L'affirmation transgenre dans l'enfance et à l'adolescence – Sexe, science et destin. In: *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent*. Ed. Éres; 2016 [sous presse].
- [6] Huet J, Ouvry O, Revol M. Hortense et la question féminine. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016 [sous presse].
- [7] Krouch T, Moro MR. Trouble de l'identité de genre chez l'enfant et l'adolescent : expériences de prise en charge à l'étranger. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016 [sous presse].
- [8] Condat A, Bekhaled F, Mendes N, Lagrange C, Mathivon L, Cohen D. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64:7–15.
- [9] Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011;16(4):499–516. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104510378303> [Epub 2011 Jan 7].
- [10] Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, London: Guilford; 1995.
- [11] De Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 2011;8(8):2276–83. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x> [Epub 2010 Jul 14].
- [12] World Professional Association for Transgender Health (WPATH) *Standards of Care*, 7th version; 2012 <http://www.wpath.org/>.
- [13] Hamburger C, Sturup GK, Dahliversen E. Transvestitism; case with hormonal, psychiatric and surgical therapy. *Nord Med* 1953;49(24):844–8.
- [14] de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex* 2012;59(3):301–20. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>.
- [15] Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with Gender Identity Disorder referred to a Pediatric Medical Center. *Pediatrics* 2012;129(3):418–25. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-0907> [Epub 2012 Feb 20].
- [16] de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, et al. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 2014;134(4):1–9.
- [17] Martinerie L. Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [sous presse].
- [18] Schmidt L, Levine R. Psychological outcomes and reproductive issues among gender dysphoric individuals. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2015;44:773–85.
- [19] Chiland C. Qu'est-ce que le genre ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64:1–6 [en ligne sur <http://www.sciencedirect.com>].
- [20] Medjkane S F, Kechid G, Caré N, Frochisse C. Accompagnement des enfants porteurs de Désordre du Développement Sexuel et de leurs familles, un exercice multidisciplinaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016 [sous presse].
- [21] Brunet L. Ordre social contre ordre « naturel » : la mention du sexe sur l'état civil des personnes intersexes. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016 [sous presse].

A. Condat

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France
Adresse e-mail : acondat@free.fr