DYSPHORIE DE GENRE DE L'ADOLESCENT : UN APPEL À LA PRUDENCE

CHRISTOPHE GAULD¹

DYSPHORIE DE GENRE DE L'ADOLESCENT : UN APPEL À LA PRUDENCE

Chez l'adolescent, le diagnostic de dysphorie de genre est délicat, car il se trouve dans une période de bouleversement hormonal, de changements physiques et d'inconfort psychique. La prise en charge pédiatrique, endocrinologique, voire chirurgicale va dépendre de ce discernement diagnostique. La confirmation diagnostique de l'incongruence de genre est d'autant plus importante qu'elle va pouvoir conduire à un suivi individualisé et personnalisé. Nous avons ainsi tenté de déceler comment comprendre cette intrication de cadres nosologiques dans la période de l'adolescence. La prudence s'impose lorsque l'incongruence de genre se révèle être associée à une personnalité ou un trouble psychiatrique, dont l'instabilité peut induire une confusion chez les soignants. La relation de cooccurrence entre trouble psychiatrique et dysphorie de genre, d'un point de vue clinique (et non statistique), semble être particulièrement délicate à démêler. Une réflexion prudente peut cependant permettre d'apporter une information adéquate, un diagnostic précis et un suivi personnalisé.

Mots-clés : *Dysphorie de genre, incongruence de genre, adolescence.*

Cet article se veut purement descriptif. Il ne saurait tenter d'imposer une vision engagée d'une thématique hautement polémique. Son but – au-delà de l'explicitation des concepts tels qu'ils sont enseignés aux praticiens du soin (en psychopathologie) – est de montrer que même si les termes employés par les différents corps de métier, les associations, les groupements d'individus ou les institutions politisées diffèrent, sur la forme, ils doivent inspirer une grande prudence quant à leur utilisation.

1. Médecin et doctorant en philosophie. Assistant des hôpitaux, Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, hôpital Bellevue, service de psychiatrie.

Les composantes traitées ici ne font que synthétiser les *connaissances actuelles des soignants* sur le sujet. Ces connaissances et ces représentations, nécessairement incomplètes et fragmentaires, doivent pourtant être prises en compte par tous, pour que le débat soit constructif : ce n'est qu'à travers la reconnaissance des différences conceptuelles qu'un travail articulant les intervenants de milieux distincts pourra être envisagé. En effet, la représentation scientifique, enseignée dans le milieu du soin et proposée aux jeunes soignants, engagera la position conceptuelle de ces derniers sur ces questions identitaires. Et par essence, elle se confrontera avec la réalité du quotidien des individus concernés. Il ne sera pas discuté ici de la légitimité du milieu du soin dans la considération de cette revendication identitaire.

Sans une considération polysémique et une acceptation pluraliste de ces modèles explicatifs et descriptifs divergents, la discussion ne pourrait être entamée. Ainsi, l'article suivant proposera volontairement une vision « médicalisée » de « l'incongruence de genre », et n'engage pas pour autant la prise de position éclairée de l'auteur, qui cherche à rester en retrait de ces appréciations.

PRÉSENTATION SCIENTIFIQUE

La non-conformité de genre, ou incongruence de genre, telle qu'elle est définie dans la *Classification internationale des maladies*, 11^e édition (CIM-11, et nommée « transsexualisme » dans la CIM-10), correspond au ressenti d'une identité, d'un rôle ou d'une expression de genre qui diffèrent de la norme culturelle prescrite pour les personnes d'un sexe déterminé (Drescher, 2012). La dysphorie de genre, décrite dans le DSM-5 (Reed, 2016 ; *American Psychiatric Association*, APA, 2015), correspond à la souffrance psychique éventuellement générée par cette discordance. Il s'agit donc d'un mal-être en lien avec un trouble de la perception de l'identité (Bockting, 2013).

Le sex-ratio est d'un garçon pour une fille (Byne, 2012). L'occurrence de l'incongruence de genre n'est pas rare : elle représente 90 000 adolescents (sur les 8 millions) en France. L'âge clef de révélation est autour de 10-13 ans : cela est dû à l'apparition d'interactions différentes avec les pairs, à l'apparition des signes physiques de la puberté, et aux premières relations amoureuses. Après le début de la puberté et sans traitement, la probabilité de persistance d'une incongruence de genre à l'âge adulte est élevée (Steensma, 2011)¹. Il y a relativement peu de consultations dans les centres spécialisés en France. On note cependant une « explosion » des consultations aux États-Unis et Canada en dix ans (augmentation d'un facteur 30, Aitken, 2015). Le diagnostic et le rationnel de prise en charge restent pourtant mal maîtrisés par les praticiens non spécifiquement formés.

1. Dans trois études cliniques suivant des adolescents qui ont bénéficié d'une suppression hormonale de la puberté (agoniste GnRH), aucun des adolescents participants ne s'est abstenu de pratiquer une « chirurgie d'affirmation du genre » après avoir commencé cette suppression (Steensma, 2011).

INCONGRUENCE DE GENRE ET DYSPHORIE DE GENRE

L'*incongruence* de genre correspond au ressenti intrinsèque de ne pas posséder le sexe correspondant à son genre. Elle ne se « soigne » pas, n'est pas un trouble, et peut se maintenir après une prise en charge psychologique adaptée. Cette incongruence entre corps vécu et corps réel est à comprendre en termes de « ressenti existentiel ». La *dysphorie* de genre correspond à la souffrance liée au sentiment d'incongruence. Étymologiquement, elle se rapporte au fait que le genre soit psychologiquement « mal-porté ». La dysphorie de genre correspond au fardeau psychologique (Cohen-Kettenis, 2013) de l'incongruence.

Une jeune adolescente de 13 ans avait été amenée aux urgences psychiatriques pour tentative de suicide par phlébotomie. Elle nous révélait que son mal-être provenait d'un inconfort phorique concernant son genre. On pourrait affirmer qu'elle souffrait psychologiquement de devenir femme. On notera bien que, chez notre patiente, c'était la *dysphorie de genre* qui s'exprimait. L'*incongruence*, vécu existentiel, n'était pas au premier plan. C'est cette dissociation entre incongruence de genre et dysphorie de genre qui sera interrogée dans la suite de l'article : que faire de cette souffrance psychique, bien tangible, quand le ressenti d'incongruence sous-jacent n'est pas cliniquement évident ? En d'autres mots, existe-t-il une dysphorie de genre primitive, sans incongruence ?

INTRICATION ENTRE DYSPHORIE DE GENRE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Cette jeune patiente présentait également une tristesse de l'humeur et un ralentissement psychomoteur, avec aboulie et anhédonie. Dans le passé, elle avait pu décrire la survenue de cycles infradiens de phases d'excitation, alternant avec un état de base dépressif, émaillé d'auto-agressivité. Quel trouble pouvait bien présenter cette jeune adolescente ? Bipolarité, dépression, entrée progressive dans un futur trouble de personnalité... ou dysphorie de genre primitive et isolée ?

Il n'en sera pas débattu ici. Mais l'intrication entre ces éventuels diagnostics et la dysphorie de genre, première plainte rapportée, soulève un conflit : celui de la difficulté à déceler le *caractère primaire ou secondaire* de la dysphorie. Il est légitime de se demander s'il existe réellement une incongruence de genre sous-jacente à la dysphorie exprimée. Elle pourrait correspondre à ce ressenti existentiel de ne pas posséder les « bonnes » caractéristiques sexuelles. Cette dysphorie pourrait également être un épiphénomène d'un autre trouble psychiatrique sous-jacent. Pour le dire autrement, une incongruence de genre peut certes entraîner une dysphorie de genre. Mais pourrait-on admettre qu'il existe une dysphorie de genre *sans incongruence de genre*, en lien avec un trouble psychiatrique ? Il semble que oui. Si l'adolescent présente un mal-être psychologique en lien avec le genre auquel il appartient, il s'agit d'une dysphorie de genre. Pourtant, il peut ne pas avoir d'incongruence de genre à proprement parler, faute de ressenti existentiel profond le dissociant de son genre.

Il faut retenir que, cliniquement, le sentiment dysphorique, dès lors qu'il est exprimé, ne doit jamais être remis en question. Mais poser le diagnostic d'incongruence est particulièrement complexe au sein de cet entrelacs symptomatique (Winter, 2016). Ce cas permet de comprendre combien le diagnostic d'incongruence de genre peut être complexe, et combien il faut rester prudent à son sujet.

LE TEMPS DU DIAGNOSTIC

En clinique, dans un premier temps, c'est le motif de la plainte dysphorique qui est à faire préciser. Les études épidémiologiques prouvent que le motif de consultation en pédopsychiatrie des jeunes personnes présentant une incongruence de genre, et donc une dysphorie, porte sur quatre thématiques : la volonté d'annoncer à l'entourage leur volonté d'appartenance à l'autre genre (le « *coming-out* ») (Nuttbrock, 2010 ; Drescher, 2012) ; le désir d'une prise en charge médicale adéquate de l'incongruence elle-même (Drescher, 2012 ; Bockting, 2015 ; Fraser, 2010) ; le soutien social ou le soutien de l'entourage (Drescher, 2012 ; Fraser, 2010 ; Heylens, 2014) ; la prise en charge des troubles psychiatriques associés (Murad, 2010).

Ce sont ces éléments sur lesquels l'attention du soignant doit se porter. Or, dans l'esprit de celui-ci, la confusion entre incongruence de genre et dysphorie de genre peut rapidement s'installer. Il convient d'être particulièrement prudent quant à cette distinction. Par exemple, la jeune patiente dont nous parlions ressentait certes un inconfort psychologique lié à son genre (la dysphorie), mais ce malaise pouvait largement être lié à l'entrée dans l'adolescence. L'incongruence n'était pas évidente : sans doute, ne voulait-elle pas « changer définitivement de sexe », mais exprimait seulement sa difficulté à voir son corps évoluer.

LES CONSÉQUENCES D'UNE CONFUSION ENTRE INCONGRUENCE ET DYSPHORIE DE GENRE

C'est pourtant une prise en charge de l'*incongruence* de genre qui a été médicalement déclenchée. Cette prise en charge a « entraîné » la patiente dans un circuit pédiatrique, avec évaluation des stades pubertaires et examen endocrinien, évaluation chirurgicale, soutien social, ou proposition de rencontre de pairs (Drescher, 2016). Ce fut sans doute un égarement médical. Cet emportement découlait d'une méprise sémantique ; cette méprise était associée à un malentendu entre dysphorie de genre (souffrance psychique conçue comme *illness*) et incongruence de genre (vécu existentiel conçu comme *disease*) (Boorse, 1975).

APPROCHE TRANSDISCIPLINAIRE DE LA DYSPHORIE DE GENRE

Une fois cette prudence admise, que faire de cette dysphorie de genre, c'est-à-dire de la souffrance psychologique ? Sa prise en charge est une priorité. Le soignant doit savoir explorer quelques critères (*American Psychiatric Association*, APA, 2015), dans une politique d'*empowerment* :

- la nécessité d'accroître la capacité de l'adolescent à détecter les situations dangereuses dans son environnement social ;
- la compréhension des avantages et des risques de la révélation de soi dans des contextes variés ;
- l'exploration des réactions hypothétiques des proches à tout changement physique ;
- la compréhension de la manière dont l'identité de genre croise l'identité ethnique et culturelle ;
- le développement de stratégies d'adaptation face à l'adversité et à la stigmatisation.

L'intrication délicate de différents troubles et de la dysphorie de genre rappelle combien le médecin de première ligne, qu'il soit ou non pédopsychiatre, doit savoir référer ce type de cas à un expert de la question des identités de genre (Leibowitz, 2016). La confirmation diagnostique de l'incongruence de genre est d'autant plus importante qu'elle va pouvoir conduire à un suivi individualisé et personnalisé (Wylie, 2016). La souffrance des adolescents peut se perpétuer de nombreuses années avant qu'un praticien compétent dans le domaine ne reconnaisse parfois le caractère et la gravité de leur trouble. Notons pourtant qu'un nombre croissant d'adolescents a déjà commencé à vivre dans le genre désiré dès le début du lycée (Toomey, 2010). Et une prise en charge adéquate permet d'obtenir des taux de satisfaction majeurs, avec des regrets rares (environ 1 % : 1 à 1.5 % des patients femme-vers-homme pour moins de 1 % des patients femme-vers-homme) (Toomey, 2010).

OUVERTURES DYNAMIQUES

Quel pourrait être le *sens* de cette dysphorie ? Dans cet exemple, il pourrait s'agir d'un réflexe de l'adolescente où la rencontre avec l'Autre (dans son cas, avec une amie déclarant publiquement son incongruence de genre) donne une consistance à son sentiment de vide. On pourrait également y retrouver une différenciation égotique vis-à-vis de sa mère, suivie et traitée pour un trouble bipolaire. Cette séparation identitaire se traduirait alors par une appropriation du sexe opposé. Ensuite, on pourrait explorer l'éventuel refus de son corps en cours de changement. Le mal-être de cette jeune adolescente passant par le corps, la mise en scène de ce dernier lui permet un certain accès au soin. Enfin, dans ce processus global d'individuation et de recherche de personnalité, cette jeune patiente pourrait être qualifiée de « caméléon » : elle « collerait » à toutes les pathologies qu'elle va croiser (pseudo-anorexie, ou tentative de suicide qui

était avant tout une « demande » d'hospitalisation, la jeune fille imitant les comportements de ceux qu'elle rencontre sur son chemin).

Cette analyse psychodynamique apporte un élément supplémentaire pour considérer l'incongruence de genre avec une grande prudence. Mais elle permet également de mieux prendre en compte ce cas emblématique. Les préoccupations qu'il met au premier plan sont multiples. Le sujet se trouve cerné entre la difficulté d'exprimer son identité, l'instabilité de son humeur dans une phase de transition de vie, la volonté de se libérer de ses contraintes internes et l'affrontement de situations sociales complexes. L'approche psychothérapeutique doit savoir se tourner vers ces différentes réclamations sans s'arrêter à la dissociation du genre et du sexe. La dysphorie de genre doit être comprise comme un prisme au sein duquel se diffractent les épreuves du quotidien et les problématiques plus profondes du sujet, qu'elles soient identitaires ou familiales. Il faut supporter d'être déboussolé sans craindre la potentielle dissonance de genre suscitée par la rencontre de ces patients (Marchand, 2018). Ainsi, le soignant en psychothérapie peut garder en tête une règle : il doit user d'une prudence diagnostique inversement proportionnelle à la multiplicité des thérapeutiques qu'il devra instaurer. Des auteurs comme Zucker (2008) proposent de bien distinguer la prudence dans l'affirmation de genre, dont se doit le praticien, du soutien et de l'accompagnement actif dans la compréhension de cette revendication.

Dans tous les cas, la possibilité dynamique d'une transition offre au patient une issue à sa dysphorie de genre. Le praticien doit donc savoir répondre aux quatre thématiques citées au-dessus (annoncer, coordonner, soutenir, prendre en compte les troubles associés), tout en sachant expliquer la différence entre l'incongruence de genre et la dysphorie. Il doit accepter que cette dernière est une souffrance, telle tout autre douleur psychique, et user de tous les moyens à sa disposition pour tenter de la soulager.

Enfin, seule une implication médico-sociale à différents niveaux garantit un accompagnement de qualité. S'il faut donc considérer avec réserve le diagnostic de dysphorie de genre, la psychothérapie doit s'appuyer sur une base clinique solide. Celle-ci est réfléchie selon l'analyse de la demande et de la souffrance du sujet. Et cette analyse demande au clinicien une connaissance pointue et actualisée des différentes notions de dysphorie, d'incongruence et sur la transition de genre.

CONCLUSION

En résumé, tout soignant doit veiller à prendre en compte les enjeux psychiques liés à cette non-conformité du sexe avec le genre, tout en veillant à l'atténuation de la souffrance qui en découle. Il doit explorer les modalités d'expression de l'identité sexuée, l'acceptation du corps, la gestion de la stigmatisation, l'acceptation par les proches (et les camarades), et les difficultés de gestion émotionnelle qui en découlent (Bujon, 2012). Au-delà de cette progression théorique diagnostique, le travail est à poursuivre du côté de l'appréhension de cet état de fait par la communauté psychiatrique qui est passée, il y a peu de temps seulement, de la notion de « trouble », à celle de « dysphorie »,

se plaçant ainsi au côté des associations œuvrant pour la déstigmatisation de cette condition (*World Professional Association for Transgender Health*, WPATH SOC-7, 2012). Le débat sur ces termes reste d'ailleurs d'actualité.

L'objectif de cette réflexion est d'amener à considérer combien la prudence médicale est importante. Il faut prendre garde aux représentations portées par le corps soignant, décrites dans ces lignes, pour que leur confrontation avec celles des autres acteurs puisse permettre un débat constructif. Les recommandations concernant la dysphorie de genre ne doivent pas être mises de côté, mais adaptées pour satisfaire les demandes personnelles des individus concernés. La résolution de cette démarche intégrative constituera la garantie d'une approche bienveillante et personnalisée.

RÉFÉRENCES

- Aitken M. *et al.* (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J. Sex. Med.*, 12, 756-763.
- Bockting W. (2015). Internalized transphobia. *The International Encyclopedia of Human Sexuality*, A. Bolin (Eds), 583-625.
- Bockting W.O. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*, 103, 943-51.
- Boorse C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, 49-68.
- Bujon T. (2012). Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans. *Sciences sociales et santé*, 30, 33-58.
- Byne W., Coleman E. (2012). Report of the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav.*, 41, 759-796.
- Cohen-Kettenis P.T. (2013). Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52, 582.
- Drescher J., Byne W. (2012). Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex.*, 59, 501-510.
- Drescher J., Winter S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*, 24, 568.
- Drescher J., Reed G. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry*, 3, 297-304.
- DSM 5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. *American Psychiatric Association*, 2015.
- Fraser L., Wylie K. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnosis of gender identity disorder in adults. *Int J Transgender*, 12, 80-85.
- Heylens G., Kreukels B. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry*, 204, 151-156.
- Leibowitz S., de Vries (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28, 21-35.
- Marchand J.B. (2018). Le genre, le sexué et le sexuel : une dialectisation de l'ordinaire à l'extrême. Dans F. Pommier (dir.), *La Folie ordinaire* (p. 231-239). Paris : Campagne Première.
- Murad M., Garcia M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol.*, 72, 214.
- Nuttbrock L., Bockting W. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res*, 47(1), 12-23.

- Reed G., Saxena S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205-221.
- Steensma T., Cohen-Kettenis P. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.
- Toomey R., Russell S.T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580-1589.
- Winter K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390-400.
- Wylie S. (2016). Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401-411.
- World Professional Association for Transgender Health, WPATH SOC-7* (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender nonconforming people. Minneapolis, 7th ed.
- Zucker K. (2008). Enfants avec troubles de l'identité sexuée : Y-a-t-il une pratique la meilleure ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(6), 350-357.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Été 2019

Christophe Gauld
1, rue Molière
38000 Grenoble
chrisgauld@hotmail.fr