

IDENTITÉ DE GENRE ET PSYCHIATRIE

[Marion Bernard](#), [Marielle Wathelet](#), [Jessica Pilo](#), [Clara Leroy](#), [François Medjkane](#)

Éditions GREUPP | « [Adolescence](#) »

2019/1 T. 37 n°1 | pages 111 à 123

ISSN 0751-7696

ISBN 9782906323278

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-adolescence-2019-1-page-111.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions GREUPP.

© Éditions GREUPP. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

IDENTITÉ DE GENRE ET PSYCHIATRIE |

MARION BERNARD, MARIELLE WATHELET, JESSICA PILO,
CLARA LEROY, FRANÇOIS MEDJKANE

L'adolescence est une période d'affirmation de soi et, en cela, marquée par l'émergence des questions relatives au genre. Celles-ci s'expriment à cet âge de la vie mais peuvent être présentes depuis la petite enfance. L'avènement de la question pubertaire peut alors revêtir, pour les adolescents transidentitaires, un véritable « choc ». Sur le plan médical, ce vécu renvoie au diagnostic de « dysphorie de genre », tel que décrit dans le DSM 5. Il est défini par la souffrance et l'inconfort liés à l'incongruence de genre, et vient remplacer les concepts de « troubles de l'identité sexuelle » et de « transsexualisme ».

Si le vécu transidentitaire a été associé depuis le XVIII^e siècle à une pathologie psychiatrique, le consensus scientifique et médical établit aujourd'hui qu'il correspond à « une question de diversité, pas de pathologie »¹. Le vécu transidentitaire, comme le vécu identitaire, renvoie à une construction de l'identité que tout un chacun, au cours de son développement psychoaffectif, élabore de manière singulière (Beek, Cohen-Kettenis et coll., 2017). Dans le cadre des recommandations internationales de la World Psychiatric Association for Transgender Health (WPATH), il est spécifié que « l'expression des caractéristiques de

1. *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. 7^{ème} version.* Rapport 2012 de la WPATH, consultable en ligne : www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf. Traduction officielle des *Standards of Care* (1979), révisés en 1980, 1981, 1990, 1998 et 2001. La 7^{ème} version est initialement parue en 2011 in *The International Journal of Transgenderism*, 13 : 165-232.

genre, identités incluses, ne sont pas stéréotypiquement associées au sexe d'assignation de naissance. C'est un phénomène humain commun et culturellement diversifié qui ne doit pas être considéré comme intrinsèquement pathologique ou négatif »². Dans ce cadre, les actuelles révisions de la Classification Internationale des Maladies, dans sa onzième version, tendent à proposer une dépathologisation du vécu transidentitaire afin d'intégrer les demandes de soins éventuellement attendantes dans le champ de la médecine sexuelle.

Si ce vécu ne peut être intrinsèquement associé à une pathologie mentale, il n'en demeure pas moins qu'il constitue un facteur de risque important de souffrance psychique, en lien avec les discriminations vécues par les personnes concernées. Ainsi, le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare l'« état d'urgence mondial » concernant la prévention du suicide³ et identifie les personnes LGBTI comme un groupe particulièrement vulnérable. En France, le premier rapport de l'Observatoire National du Suicide (ONS) relate un risque accentué chez les minorités sexuelles⁴, notamment les jeunes adultes et adolescents. L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) a évalué un risque relatif jusqu'à 10 dans la population adolescente transidentitaire (Mazaheri Meybodi, Hajebi et coll., 2014). Est également mise en évidence, par rapport à la population générale, une augmentation des comorbidités associées – comme les troubles de l'humeur et les addictions.

À travers une revue systématique de la littérature, réalisée sur la base de données Pubmed – avec les mots clés « *gender dysphoria* », « *comorbidities* » et « *psy* », et en excluant les articles trop généraux et ceux parus avant 2013 (date du DSM 5 et du diagnostic « dysphorie de genre »), nous avons recueilli six articles. Tous montrent une prévalence des troubles psychiatriques associés, chez les adultes comme les

2. *Ibid.*

3. *Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial*. Rapport 2014 de l'OMS, consultable en ligne : www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/.

4. *Suicide. États des lieux des connaissances et perspectives de recherches*, Rapport 2014 de l'ONS, consultable en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf.

adolescents. Une étude multicentrique européenne indique que 70% des patients présentant une dysphorie de genre ont un diagnostic psychiatrique de l'axe I du DSM (Saleem, Rizvi, 2017). Les troubles de l'humeur semblent les plus fréquents. Sur une étude rétrospective de 218 patients, 34.4% présenteraient ou auraient présenté un épisode dépressif (Judge, O'Donovan et coll., 2014). Des chiffres comparables sont retrouvés dans une étude iranienne portant sur 83 patients où 33.7% auraient un syndrome dépressif associé à la dysphorie (Mazaheri Meybodi, Hajebi et coll., 2014). Une autre étude portant cette fois sur les adolescents, signale un risque de dépression multiplié par 4 à 6 par rapport à la population adolescente générale (Kaltiala-Heino, Bergman et coll., 2018).

Concernant les troubles bipolaires, 2.29% des patients auraient un co-diagnostic de dysphorie de genre et de bipolarité (Judge, O'Donovan et coll., 2014). À propos des troubles anxieux, l'étude iranienne montre que 20.5% des patients auraient un diagnostic de phobie spécifique, et 15.7% un trouble de l'adaptation (Mazaheri Meybodi, Hajebi et coll., 2014). Une étude sur 210 patients indique que 31.4% présenteraient un diagnostic d'anxiété sociale, et ce score serait hautement corrélé à un épisode dépressif (Bergero-Miguel, Garcia-Encinas et coll., 2016). D'autres études évoquent enfin une forte représentation des troubles du spectre autistique (TSA), tels que décrits dans le DSM 5. Selon une revue de littérature concernant les adolescents, ceux présentant une co-occurrence de dysphorie de genre et de TSA représenteraient 6 à 20% de la population concernée (0.6 à 0.7% en population générale) (Kaltiala-Heino, Bergman et coll., 2018). En outre, une étude rétrospective de 532 patients indique que 6% auraient un diagnostic relevant du spectre autistique certain (Heylens, Aspeslagh et coll. 2018). L'étude irlandaise précise que 2.29% des patients présenteraient un diagnostic syndromique d'Asperger associé (Judge, O'Donovan et coll., 2014).

L'ensemble de ces études rend compte d'une grande fréquence des comorbidités psychiatriques dans la population transidentitaire, notamment les troubles anxio-dépressifs qui semblent surreprésentés par rapport à la population générale. Cependant elles sont peu nombreuses, confirmant l'intérêt d'étudier davantage les populations transidentitaires, en particulier chez les adolescents.

En appui des données de la littérature, nous avons entrepris une recherche clinique portant sur la fréquence des comorbidités psychiatriques associées, avec l'hypothèse d'une surreprésentation des troubles anxio-dépressifs chez les adolescents trans, ayant un diagnostic de dysphorie de genre, qui se présentent au dispositif *Transidentité(s)* du CHRU de Lille. Il s'agit d'une étude descriptive, monocentrique et transversale. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'impact de certaines variables sur la fréquence des comorbidités anxio-dépressives, notamment le parcours de transition, l'orientation sexuelle et l'insertion socio-professionnelle. En effet, dans l'étude de l'INPES sur les minorités sexuelles et le risque suicidaire, les garçons (enfants et adolescents) qui ne se conforment pas aux stéréotypes de genre et qui manifestent des traits relevant du féminin sont plus à risque d'avoir des idées suicidaires ou de développer une symptomatologie dépressive, indépendamment de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle (Beck, Firdion et coll., 2014). Par ailleurs une étude sur les comorbidités psychiatriques chez 105 adolescents présentant une dysphorie de genre, indique une co-occurrence des troubles psychiatriques deux fois plus importante chez les adolescents MTF (*Male to Female*) – soit 22.6% d'adolescents MTF présentant un co-diagnostic psychiatrique, en particulier des troubles émotionnels (l'anxiété pour 21%, les troubles de l'humeur pour 12.4%) (De Vries, Doreleijers et coll., 2011).

L'orientation sexuelle pourrait avoir un impact sur le développement d'un trouble anxieux ou dépressif. En se référant aux études menées par le Dr. Meyer aux États-Unis, et notamment au modèle du « stress des minorités », les personnes homosexuelles ou bisexuelles sont plus à risque de développer une symptomatologie anxio-dépressive, ou même des idées suicidaires, que les personnes hétérosexuelles (Meyer, 2003). Selon l'INPES, les personnes ayant déclaré des comportements homo- ou bisexuels ont deux fois plus de risques de présenter un épisode dépressif caractérisé (Beck, Guilbert, 2007). Enfin, la déscolarisation ou l'absence d'emploi sont autant de facteurs de marginalisation. Les diagnostics associés au rejet scolaire (Zugaj, Gotheil et coll., 2016) les plus représentés sont les troubles anxieux et la dépression. Tout comme le rejet scolaire, l'absence d'emploi chez les adolescents et

jeunes adultes est associée à une majoration du risque de dépression, notamment en lien avec l'isolement social (McGee, Thompson, 2015).

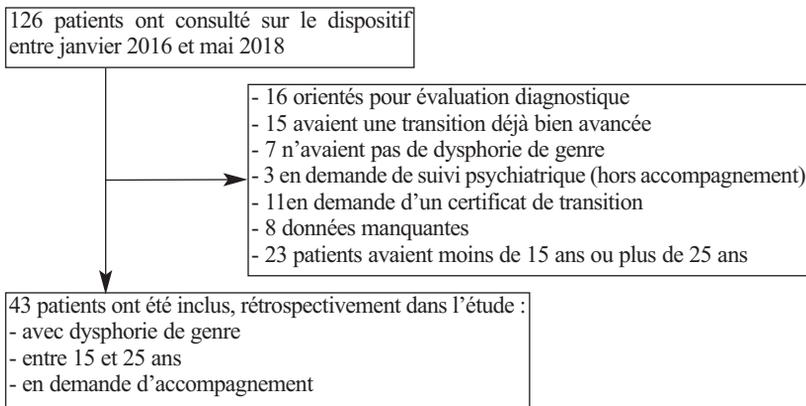
MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le CHRU de Lille a ouvert en janvier 2016 le dispositif *Transidentité(s)*. Il s'agit d'une unité de consultation pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, endocrinologues, chirurgien, médecins sexologues et de la reproduction) proposant l'accueil et le cas échéant l'évaluation diagnostique d'une dysphorie de genre, l'évaluation thérapeutique, l'accompagnement individualisé à un parcours de transition (sociale et/ou hormonale et/ou administrative et/ou chirurgicale) en appui des standards de soins édités par la WPATH. Les professionnels rencontrent tous les patients se questionnant sur leur identité de genre sans limite d'âge. C'est une unité de recours régional.

Échantillonnage

126 patients ont été vus sur la consultation entre janvier 2016 et mai 2018. Pour cette étude, seuls 43 ont été inclus (voir Flow Chart). Les critères sont : âge compris entre 18 et 25 ans ; diagnostic de dysphorie de genre ; en demande d'accompagnement.

Flow Chart des inclusions dans l'étude



Concernant le diagnostic de dysphorie de genre, l'évaluation est faite cliniquement par le ou les praticiens recevant le patient en consultation, *via* les critères du DSM 5. Pour les éventuels diagnostics psychiatriques associés, l'évaluation est également clinique, selon la CIM 10. Toutes les informations concernant le patient, notamment son statut relationnel et professionnel, sont recueillies lors des entretiens préliminaires.

Analyses statistiques

Concernant l'analyse descriptive, les variables quantitatives sont résumées par leur moyenne et écart-type en cas de distribution normale, ou par leur médiane et intervalle interquartile lorsque la distribution est anormale. Concernant les analyses bivariées, elles sont réalisées pour évaluer : les différences des caractéristiques des individus en fonction du parcours de transition ; la répartition des pathologies psychiatriques associées en fonction du parcours de transition ; l'impact de certains facteurs (parcours, orientation sexuelle, statut socio-professionnel) sur la présence d'un co-diagnostic psychiatrique.

Pour comparer des moyennes, un test de Student est réalisé quand les conditions d'application de test paramétrique sont respectées. Sinon, un test de Wilcoxon est effectué. Pour comparer des proportions, on réalise un test de Chi-2 si les conditions d'application de test paramétrique sont respectées. Si tel n'est pas le cas, un test de Fisher est effectué. Dans tous les cas, un p-valeur inférieur à 0,05 correspond à un test significatif.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

43 patients ont donc été inclus (tableau I). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 19 ans. Les hommes trans (parcours FTM) sont majoritaires dans l'étude (n=29). Pour la plupart, ils ont débuté une transition sociale (n=40), quelques-uns ont débuté une transition hormonale (n=10). La majorité est scolarisée, soit au collège/lycée pour 15 d'entre eux, soit en supérieur pour 16 d'entre eux. La plupart des patients déclarent être célibataires, et la majorité de l'échantillon a une attirance pour l'autre genre.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon

	Échantillon N = 43	FTM, n (%) 29 (67,4)	MTF, n (%) 14 (36,6)	P
Âge, m (DS)	19,0 (3,0)	18,2 (2,6)	20,6 (3,1)	0,015
Département, n (%)				0,881
59	25 (58,2)	16 (55,3)	9 (64,4)	
62	11 (25,6)	8 (27,6)	3 (21,4)	
60	1 (2,3)	1 (3,4)	0 (0,0)	
80	1 (2,3)	1 (3,4)	0 (0,0)	
28	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (7,1)	
75	1 (2,3)	1 (3,4)	0 (0,0)	
NA	3 (7,0)	2 (6,9)	1 (7,1)	
Transition sociale, n (%)	40 (93,0)	29 (100,0)	11 (78,6)	0,029
Transition hormonale, n (%)				0,457
Oui	10 (23,3)	5 (17,3)	5 (35,7)	
Bloqueurs de puberté	1 (2,3)	1 (3,4)	0 (0,0)	
Non	32 (74,4)	23 (79,3)	9 (64,3)	
Transition chirurgicale, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	NA
Orientation sexuelle, n (%)				1
Hétérosexualité	22 (51,2)	15 (51,8)	7 (50,1)	
Homosexualité	8 (18,6)	5 (17,2)	3 (21,4)	
Bisexualité	3 (7,0)	2 (6,9)	1 (7,1)	
Asexualité	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (7,1)	
Pansexualité	1 (2,3)	1 (3,4)	0 (0,0)	
NA	8 (18,6)	6 (20,7)	2 (14,3)	
Statut marital, n (%)				0,422
Célibataire	33 (76,8)	24 (82,8)	9 (64,3)	
En couple	9 (20,9)	5 (17,2)	4 (28,6)	
NA	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (7,1)	
Statut professionnel, n (%)				0,357
Déscolarisation	2 (4,6)	2 (6,9)	0 (0,0)	
Collège, lycée	15 (35,0)	12 (41,4)	3 (21,4)	
Études supérieures	16 (37,3)	10 (34,5)	6 (43,0)	
Emploi	5 (11,6)	2 (6,9)	3 (21,4)	
Handicap ou invalidité	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (7,1)	
(R)insertion scolaire ou professionnelle	2 (4,6)	2 (6,8)	0 (0,0)	
Sans emploi	1 (2,3)	1 (3,4)	0 (0,0)	
NA	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (7,1)	

Recodage des variables pour réalisation des tests :

- Variable « département » en « Nord », « Pas-de-Calais » et « Autre département »
- Variable « département » en « Nord », « Pas-de-Calais » et « Autre département »
- Variable « transition hormonale » en « Oui » (pour « Oui » et « Bloqueurs de puberté ») et « Non »
- Variable « orientation sexuelle » en « Homosexualité », « Hétérosexualité » et « Autre sexualité »
- Variable « situation professionnelle » en « étudiant » (pour « collège », « lycée » et « études supérieures »), « emploi »

et « autre situation »

Fréquence des comorbidités psychiatriques
 Tableau III : Différents types de diagnostic associés en fonction du parcours de transition et résultats de l'analyse bivariée

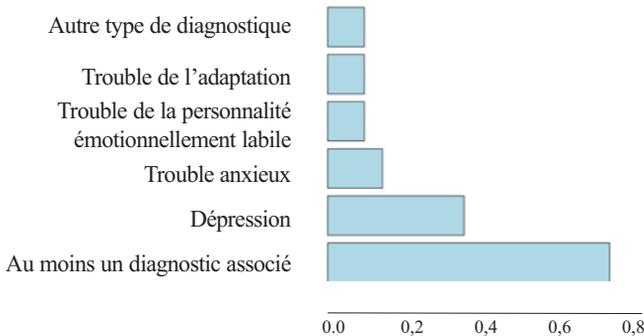
	Échantillon N = 43	FTM, n (%) 29 (67,4)	MTF, n (%) 14 (32,6)	P
Au moins un diagnostic associé, n (%)	31 (72,1)	22 (75,9)	9 (64,3)	0,482
Dépression*, n (%)	15 (34,9)	11 (37,9)	4 (28,6)	0,735
Trouble anxieux**, n (%)	6 (14,0)	5 (17,2)	1 (7,1)	0,645
Trouble de la personnalité	4 (9,3)	2 (6,9)	2 (14,3)	0,585
Trouble de l'adaptation, n (%)	4 (9,3)	2 (6,9)	2 (14,3)	0,585
Autre type de diagnostic associé, n (%)	4 (9,3)	3 (10,3)	1 (7,1)	1

*Les diagnostics suivants sont regroupés sous le terme « dépression »
 - épisode dépressif moyen ;
 - épisode dépressif récurrent épisode actuel moyen ;
 - épisode dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique.

**Les diagnostics suivants sont regroupés sous le terme « trouble anxieux »
 - anxiété généralisée ;
 - phobies spécifiques (isolées) ;
 - anxiété sociale de l'enfance ;
 - troubles anxieux, sans précision ;
 - trouble anxieux phobique, sans précision.

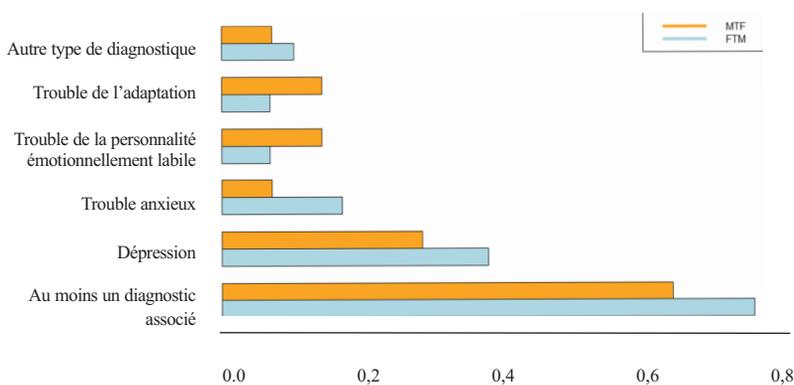
La répartition des comorbidités psychiatriques est représentée sur la figure 1. 72,1% de l'échantillon (n =31) ont au moins un diagnostic psychiatrique associé à la dysphorie de genre. Pour 34,9 % d'entre eux, la dysphorie de genre est associée à une symptomatologie dépressive. 14 % des adolescents rencontrés ont un trouble anxieux associé (n =6). Un trouble de l'adaptation est retrouvé chez 9,3 % d'entre eux. Ces chiffres sont en cohérence avec les valeurs retrouvées dans la littérature.

Figure 1 : Comorbidités psychiatriques associées



Dans un second temps, la répartition des diagnostics a été étudiée en fonction du parcours de transition (figure 2). Les résultats de ces analyses statistiques ne sont pas significatifs et ne permettent donc pas de penser à une distribution des diagnostics particulière selon un type de parcours.

Figure 2 : Répartition des diagnostics selon le parcours de transition



Enfin, il a été recherché, à travers une analyse bivariée, si certains facteurs pouvaient avoir un impact sur la présence ou non d'un co-diagnostic psychiatrique associé (tableau III). Pour cette étude, plusieurs facteurs ont été testés. Les résultats ne sont significatifs ni selon l'âge, ni selon le parcours, ni selon l'avancée de la transition, ni selon l'orientation sexuelle ou le statut relationnel (p supérieur à 0.05). Les facteurs testés ne semblent pas impacter la présence ou non d'un trouble psychiatrique associé. Il semble en revanche qu'il existe un lien significatif entre la situation professionnelle ou scolaire et l'existence d'un co-diagnostic psychiatrique ($p = 0.016$).

Tableau III : Description des individus en fonction de la présence ou non d'un codiagnostic psychiatrique et résultats de l'analyse bivariée

N = 43	Sans codiagnostic, n (%) 12 (27,9)	Avec codiagnostic n (%) 31 (72,1)	P
Âge, m (DS)	20,4 (3,2)	18,5 (2,8)	0,066
Parcours de transition MTF, n (%)	5 (41,7)	9 (29,0)	0,482
Transition sociale, n (%)	12 (100)	28 (90,3)	0,548
Transition hormonale ou bloqueur, n (%)	4 (33,3)	7 (22,6)	0,467
Transition administrative, n (%)	10 (83,3)	29 (93,5)	0,308
Orientation sexuelle, n (%)			0,643
Hétérosexualité	7 (77,8)	15 (57,7)	
Homosexualité	1 (11,1)	7 (26,9)	
Autre	1 (11,1)	4 (15,4)	
En couple, n (%)	2 (16,7)	7 (23,3)	1
Situation professionnelle n (%)			0,016
En études	6 (54,5)	25 (80,7)	
En emploi	4 (36,4)	1 (3,2)	
Autre	1 (9,1)	5 (16,1)	
Département, n (%)			0,193
Nord	6 (54,5)	19 (65,5)	
Pas de Calais	5 (45,5)	6 (20,7)	
Autre	0 (0,0)	4 (13,8)	

Les estimations de la prévalence sont rares et principalement réalisées chez l'adulte. Elles montrent une majorité de personnes MTF. Dans son étude de 2015, M. Aitken, souligne une inversion du sexe-ratio chez les adolescents se présentant aux consultations de dysphorie de genre (Aitken, Steesma et coll., 2015). C'est également ce que nous retrouvons dans notre étude, où la majorité suit un parcours FTM.

Toujours conformément aux données de la littérature, notre étude trouve une surreprésentation des troubles psychiatriques chez les adolescents ayant une dysphorie de genre, en particulier une symptomatologie anxio-dépressive. Cette étude permet en outre de montrer un lien significatif entre la co-occurrence d'un diagnostic anxio-dépressif et la situation scolaire/professionnelle. En revanche, aucun autre facteur pouvant avoir un impact sur ce double diagnostic n'a pu être déterminé, notamment du fait des limites que présente l'étude. Les analyses statistiques n'ont été faites que sur 43 patients, ce qui représente un faible échantillon. Par ailleurs, il est difficile de discuter de la représentativité de celui-ci. Enfin l'évaluation diagnostique n'a pas été réalisée en appui d'une évaluation structurée et standardisée, mais recueillie après les trois premiers entretiens réalisés.

Il serait judicieux de poursuivre les études épidémiologiques concernant cette population, qui reste encore peu étudiée, à travers d'autres études portant sur des plus grands échantillons et multicentriques. Celles-ci permettraient d'analyser d'autres facteurs socio-démographiques ou susceptibles d'influencer l'apparition d'une symptomatologie psychiatrique. La mise en place d'une étude de cohorte prospective pourrait, le cas échéant, mieux circonscrire l'évolution des comorbidités au fil du temps et aider à déterminer les facteurs susceptibles d'influencer leur évolution.

En conclusion, les troubles psychiatriques sont surreprésentés dans cette population, en particulier les troubles anxio-dépressifs. Cela paraît confirmer la grande vulnérabilité de la population transidentitaire. La mise en évidence d'un lien entre les comorbidités et le statut professionnel et/ou social nous amène à faire l'hypothèse de difficultés d'intégration sociale et de possibles difficultés relationnelles, voire de stigmatisation liés au genre. Pour les cliniciens, il est donc primordial d'avoir en tête la question d'une catégorie à risque. Il est également important d'être attentif aux éléments de comorbidités qui pourraient bénéficier d'une prise en charge.

Si l'histoire contemporaine permet aujourd'hui de découpler le vécu transidentitaire du vécu pathologique, la question de la vulnérabilité de cette population face aux expressions psychiatriques d'une souffrance

psychique semble importante. Entre non-stigmatisation et prise en charge thérapeutique, le paradigme clinique et thérapeutique pour l'accompagnement des adolescents transidentitaires représente par conséquent un enjeu crucial pour les professionnels de la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- AITKEN M., STEESMA T. D., BLANCHARD R., VANDER LAAN D. P., WOOD H., FUENTES A. *et al.* (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J. Sex. Med.*, 12 : 756-763.
- BECK F., FIRDION J. M., LEGLEYE S., SCHILTZ M. A. (2014). *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et Perspectives*. Saint-Denis : INPES, Santé en action.
- BECK F., GUILBERT PH., GAUTIER A., LAMOUREUX PH. (2007). *Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES.
- BEEK T. F., COHEN-KETTENI P. T., BOUMAN W. P., VRIES A. L. C. DE., STEENSMA T. D., WITCOMB G. L., ARCELUS J., RICHARDS C., CUYPERE G. DE., KREUKELS B. P. C. (2017). Gender Incongruence of Childhood : Clinical Utility and Stakeholder Agreement with the World Health Organization's Proposed ICD-11 Criteria. *PLoS ONE* 12 : e0168522.
- BERGERO-MIGUEL T., GARCIA-ENCINAS M. A., VILLENA-JIMENA A., PEREZ-COSTILLAS L., SANCHEZ-ALVAREZ N., DE DIEGO-OTERO Y., GUZMAN-PARRA J. (2016). Gender Dysphoria and Social Anxiety : An Exploratory Study in Spain. *J. Sex. Med.*, 13 : 1270-1278.
- HEYLENS G., ASPESLAGH L., DIERICKX J., BAETENS K., VAN HOORDE B., DE CUYPERE G., ELAUT E. (2018). The Co-occurrence of Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder In Adults : An analysis of Cross-Sectional and Clinical Chart. *J. Autism. Dev. Disorders*, 48 : 2217-2223.
- JUDGE C., O'DONOVAN C., CALLAGHAN G., GAOATSWE G., O'SHEA D. (2014). Gender Dysphoria. Prevalence and Co-Morbidities in an Irish Adult Population. *Frontiers in Endocrinology*, 5 : 87.
- KALTIALA-HEINO R., BERGMAN H., TYÖLÄJÄRVI M., FRISÉN L. (2018). Gender Dysphoria in Adolescence : Current Perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9 : 31-41.
- MAZAHERI MEYBODI A., HAJEBI A., GHANBARI JOLFAEI A. (2014). Psychiatric Axis I Comorbidities among Patients with Gender Dysphoria. *Psychiatry Journal*, 2014 : 971814.
- MCGEE R. E., THOMPSON N. J. (2015). Unemployment and Depression Among Emerging Adults in 12 States, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2010. *Preventing Chronic Disease*, 12 : e38.

- MEYER I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in lesbian, Gay, and Bisexual Populations : Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129 : 674-697.
- SALEEM F., RIZVI S. W. (2017). Transgender Associations and possible etiology : A Littérature Review. *Cureus*, 9 : e1984.
- VRIES A. L. DE, DORELEIJERS T. A., STEENSMA T. D., COHEN-KETTENIS P. T. (2011). Psychiatric Comorbidity in Gender Dysphoric Adolescents. *J. Child Psychology and Psychiatry*, 52 : 1195-1202.
- ZUGAJ L., GOTHEIL N., DELPECH S., JUNG C., DELMAS C. (2016). La déscolarisation : étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64 : 75-80.

Marion Bernard, Marielle Wathelet, Jessica Pilo,
Clara Leroy, François Medjkane
Centre hospitalier Universitaire de Lille
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Service de Santé publique
Dispositif Transidentité(s)
2, av. Oscar Lambret
59000 Lille, France
marion.ber90@gmail.com
watheletmarielle@gmail.com
jessica.pilo@chru-lille.fr
clara.leroy@chru-lille.fr
francois.medjkane@chru-lille.fr