

## DYSPHORIE DE GENRE À L'ADOLESCENCE : ENJEUX IDENTIFICATOIRES CHEZ LE CONSULTANT

[Leslie Sulimovic](#), [Guillemette Balsan](#)

EDP Sciences | « Perspectives Psy »

2019/1 Vol. 58 | pages 35 à 43

ISSN 0031-6032

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2019-1-page-35.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour EDP Sciences.

© EDP Sciences. 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.

# Dysphorie de genre à l'adolescence : enjeux identificatoires chez le consultant

Leslie SULIMOVIC<sup>1</sup>, Guillemette BALSAN<sup>2</sup>

## Résumé

Les progrès de la science offrent aujourd'hui la possibilité de changer de sexe. Les souffrances liées au genre sont aujourd'hui reconnues sous le terme de dysphorie de genre et les récentes études montrent l'intérêt d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire des adolescents en souffrant, soulignant ainsi l'importance de l'écoute nécessaire à fournir par les psychiatres. Nous avons souhaité dans cet article reprendre les dernières recommandations internationales des standards de soins de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) datant de 2011 afin de guider nos réflexions quant aux questions posées par les jeunes que nous accueillons en consultation concernant la sensation de ne pas appartenir au bon genre. L'étude aura pour but de faire entrer en résonance et en questions nos positionnements, notamment identito-identificatoires, en tant que soignant exerçant dans un cadre de consultation non spécialisée pour dysphorie de genre, avec ceux des jeunes et de leurs familles dans ces cas singuliers.

**Mots clés :** dysphorie de genre, adolescence, psychiatrie, identification, sexe.

## *Issues of a consultation with a teenager for gender dysphoria*

### **Abstract**

*Scientific advances now offer the possibility of changing sex. Gender-related suffering is now recognized as gender dysphoria and recent studies show the value of early and multidisciplinary care for adolescents suffering from gender dysphoria, underlining the importance of the necessary listening skills to be provided by psychiatrists. In this article, we have taken up the latest international recommendations of the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) standards of care from 2011 to guide our reflections on the questions asked by the young people we welcome in consultation about the feeling of not being of the right sex. The aim of the study will be to bring into resonance and question our positioning, particularly in terms of identity and identification, as a caregiver working in a non-specialised consultation framework for gender dysphoria with those of young people and their families in these particular cases.*

**Key words:** gender dysphoria, adolescence, psychiatry, therapeutical, sex.

<sup>1</sup>Pédopsychiatre, Cheffe de clinique Assistant, Institut Mutualiste Montsouris, Département de Psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France. [sulimovic.leslie@gmail.com](mailto:sulimovic.leslie@gmail.com)

<sup>2</sup>Pédopsychiatre, Institut Mutualiste Montsouris, Département de Psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France. [guillemette.balsan@imm.fr](mailto:guillemette.balsan@imm.fr)

« Tu aimes ces changements, mais tu les perçois tout de même comme une sorte de compromission, un pari de visibilité, comme dans ton dessin d'un fantôme qui proclame :

*Sans ce drap, je serais invisible. »*

Les argonautes, Maggie Nelson (2018)

***Le sexe, bisexuel, multi-sexe (sexe pluriel)... « Il y en a plusieurs ; il peut changer »...***  
**(sous-titre du numéro de Sciences et Avenir. Août 2018, n° 858)**

Dans le Zohar, livre central de la mystique juive, le premier Adam est un modèle d'humanité androgyne ; un homme à deux visages et à deux genres créés en un seul corps. C'est dans le deuxième chapitre de la Genèse que le chirurgien divin sépare les deux côtés de l'être bisexué pour bâtir une humanité à deux sexes distincts.

Le mythe platonicien de l'androgyne est relaté par le personnage d'Aristophane dans *Le Banquet* (IV<sup>e</sup> siècle avant notre ère). Au commencement, il existait trois espèces dont chacune possédait deux visages : la femelle, le mâle et l'androgyne composée des deux premières, mâle et femelle réunis. Ayant provoqué la colère des dieux, ces derniers furent punis. Ils furent ainsi séparés en deux moitiés afin de diminuer leurs pouvoirs. Alors chaque moitié recherchait l'autre pour l'enlacer mais mourait triste, ne pouvant s'unir à elle. Zeus, touché de pitié, imagina un expédient et plaça les organes génitaux à l'avant du corps pour que le mâle puisse engendrer avec la femelle. C'est de ce moment que daterait l'amour inné des hommes les uns pour les autres, l'amour recomposant l'unique nature.

Plus proche de nous dans le temps, S. Freud porta l'accent sur l'hypothèse d'une bisexualité psychique ; point d'ancrage fructueux d'un fin équilibre masculin/féminin qui animerait chaque être humain.

En ne laissant plus le seul pouvoir à la biologie de décider si un corps est celui d'un garçon ou d'une fille, la science permet un accroissement vertigineux du libre arbitre individuel. Les progrès scientifiques permettent aujourd'hui par exemple d'arrêter par traitement hormonal la puberté puis de construire ou reconstruire chirurgicalement des organes génitaux externes de l'autre sexe.

L'idée d'écrire cet article est venue de réflexions communes nées de la rencontre avec des adolescents et jeunes adultes exprimant une souffrance à vivre dans leur corps « assignés », selon eux, à l'autre genre.

Ce que nous présenterons ici sera une ébauche de pensée concernant notre implication sur les questions de changement de sexe en tant que psychiatres dans une unité de consultation pour adolescents et jeunes adultes.

## Définitions

Aux origines de la psychanalyse, Sigmund Freud a revisité la notion de *sexualité*. Alors qu'elle ne concernait à l'époque que la condition de la survie de l'espèce, il a inclus la sexualité source pulsionnelle de plaisir, la sexualité infantile « perverse et polymorphe » et a fini par associer les pulsions sexuelles aux pulsions d'autoconservation pour symboliser la pulsion de vie face à la pulsion de mort. À partir de ses travaux sur la sexualité, puis sur l'homosexualité, S. Freud introduit la notion de *bisexualité psychique*, relief inconscient auquel s'amarre les notions de féminin et de masculin propres à chaque individu.

Jean Laplanche, reprenant les lectures de S. Freud, introduit une troisième notion essentielle pour aborder les questions de l'identité sexuelle : celle du *sexual*. La triade *genre-sexe-sexual* esquisse pour lui le fonctionnement identitaire humain. J. Laplanche voyait donc déjà, dans les écrits de S. Freud, une ébauche de la notion de genre (Laplanche, 2003).

Pour lui, le *genre* est pluriel, d'ordinaire double dans nos sociétés judéo-chrétiennes, mais par nature pluriel comme dans l'évolution sociale.

Le *sexe*, lui, est duel : comme l'impose la reproduction sexuée et par suite la symbolisation humaine. Celle-ci définit la dualité en : présence/absence, phallique/castré.

Enfin, le *sexual* est multiple et polymorphe. Il est la partie inconsciente du sexe et trouve son fondement dans le refoulement et le fantasme. Il permet ainsi secondairement de pouvoir incarner les multiples visages inconscients du genre et est l'objet de la psychanalyse. Il est préalable pour Freud à la différence des sexes et à celle des genres.

Ce que nous dit J. Laplanche, lecteur de S. Freud, c'est que le *sexual* a trait à la sexualité infantile, celle du pervers polymorphe, inconsciente et refoulée, tandis que le *sexué* a

trait à la sexualité dite classique, reproductive et biologique.

Il propose aussi comme hypothèse que le *sexual* ne serait en fait que le résidu inconscient du refoulement-symbolisation du genre par le sexe. Il incarne ainsi toutes les facettes du genre, lié à la fois à la biologie, à l'histoire personnelle et à la culture.

Le concept de *genre* est un concept anglo-saxon. En sciences sociales, il signifie les différences sociales entre hommes et femmes. Ces différences sont aujourd'hui admises, grâce aux *gender studies*, comme produisant des conséquences psychologiques, mentales, économiques, démographiques, ou encore, politiques.

À l'origine, c'est en 1955 que John Money utilise de nouveau le mot *genre*. Ce mot apparu au XIV<sup>e</sup> siècle était utilisé initialement pour désigner l'état d'être mâle ou femelle. Pour J. Money, *sex* tend à se référer aux différences biologiques alors que *gender* aux différences culturelles et sociales.

C'est à partir de son travail de thèse sur l'hermaphrodisme que le psychologue J. Money permet de repenser le concept de genre dans un sens plus sociétal : les patients inclus dans son étude s'accommodaient très majoritairement d'un sexe d'assignation contraire au sexe biologique s'ils avaient été élevés avec conviction dans ce sexe par leurs parents. Il permet alors d'introduire le concept fondamental aujourd'hui de *gender role*, c'est-à-dire tout ce qu'une personne dit ou fait pour rendre public qu'elle a le statut de garçon/homme ou bien celui de fille/femme. Le rôle de genre désignerait un construit social, contrairement au rôle de sexe qui renverrait à un donné biologique (Money, Hampson, & Hampson, 1955).

L'*identité de genre*, quant à elle, est un terme introduit par Robert Stoller et réfère au genre auquel une personne a le ressenti d'appartenir. Si ce sentiment ressenti subjectivement est plus éloigné de ce que la société définit, on parle alors de *genre non conforme*.

Colette Chiland a laissé un héritage riche sur les questions de genre en ayant notamment mis en avant l'idée que ces questions de société sur la liberté de choix faisaient fi de l'importance de la réalité biologique dans la construction de l'identité sexuée. Elle propose de parler en français d'*identité sexuée* et d'en distinguer les plans biologique (mâle/femelle), psychologique (sentiment intime exprimé par les rôles de genres) et social (et statut social que symbolise notamment l'état civil) (Chiland, 2013). Le

terme *sexué* renvoie à l'identité de sexe : ce qui différencie un sexe de l'autre.

L'*identité sexuelle* était utilisée auparavant avec la même définition que l'identité sexuée, mais ce terme traditionnellement français souffre dorénavant de l'utilisation anglo-saxonne de *sexual identity* qui réfère à l'orientation sexuelle maintenant vécue comme identité. Le terme d'identité sexuelle est désormais utilisé dans ce même sens et est donc lié à la question du choix d'objet. Le terme *sexuel* renvoie à ce qui conjoint les deux sexes.

Le terme de *transsexualisme*, théorisé par Harry Benjamin en 1953, tend à définir les personnes qui ont fait une transition sociale vers l'autre genre : ils sont reconnus comme appartenant au sexe opposé à celui de leur sexe de naissance. Ces personnes peuvent aujourd'hui bénéficier d'une transformation hormono-chirurgicale (THC) de réassignation de sexe afin que leurs corps correspondent au mieux à leur sentiment d'appartenance au sexe désiré.

La modification par le DSM5 (American Psychiatric Association *et al.*, 2013) de l'appellation *Trouble de l'identité sexuée* vers *Dysphorie de genre* (DG) met l'accent sur la dysphorie, ce qui impose comme critère diagnostique l'existence d'une souffrance psychique en lien avec l'écart ressenti entre son identité de genre et son sexe de naissance. Ce qui est alors pathologique n'est pas cet écart, mais la souffrance qu'il peut engendrer.

La revue de la littérature de Mendes *et al.* insiste sur l'importance des signes anxiodépressifs et des idéations suicidaires chez ces jeunes et montre la nécessité de considérer l'aspect psychologique dans leur accompagnement (Mendes, Lagrange, & Condat, 2016). Il implique donc de prendre en charge les co-morbidités présentes, mais aussi d'aider le jeune à faire face aux difficultés de stigmatisation qu'il pourra rencontrer lors de son parcours, justifiant la pertinence de la création de centres référents et spécialisés afin de permettre un partage des pratiques cliniques.

### ***Quelles recommandations trouver dans la littérature concernant la prise en charge d'adolescents souffrant de DG ?***

Depuis le 18 juin 2018, l'OMS affirme que les personnes transgenres ou transsexuelles ne souffrent pas de maladie mentale. Elle s'ap-

puie notamment sur une étude mexicaine publiée dans le *Lancet* en 2016, montrant que les personnes concernées souffrent davantage des rejets sociaux (Robles *et al.*, 2016). Cette clarification aura pour but de réduire la stigmatisation et de faciliter l'accès à un traitement hormonal ou à une chirurgie.

Notre institution n'est pas un centre référent doté de consultations dédiées spécifiquement au changement de sexe. Au-delà de questions diagnostiques et thérapeutiques, notre travail se situe dans un accompagnement bienveillant des interrogations propres à l'adolescence. À l'opposé du moralisant, notre travail se veut tolérant mais aussi contenant : un cadre, des limites qui rassurent, et qui permettent d'accueillir au mieux les oscillations parfois angoissantes de l'adolescence dont parfois les questionnements des jeunes liés au changement de sexe.

Comment accueillir au travers de notre prisme psychiatrique les questions de genre, lorsqu'elles sont abordées par les adolescents ?

En France, il n'existe pas de consensus ni de recommandations d'experts. Pour en trouver, il nous faut aller chercher des recommandations européennes ou internationales. Ici, nous avons choisi de travailler avec la septième édition des standards de soins datant de 2011 de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (Coleman *et al.*, 2012). Ces dernières sont une de celles auxquelles certains membres de la Société Française d'Études de la prise en Charge de la Transidentité (SoFECT), association créée en 2010, font référence.

## Aspects épidémiologiques

Il faudrait considérer ces données comme un point de départ pour d'autres recherches, les résultats pouvant être biaisés du fait que les études ont été réalisées dans des pays où il existe des centres spécialisés, en général en Europe du Nord. Le taux de prévalence retrouvé pour les personnes réalisant une transition du sexe masculin au sexe féminin (MtF) serait de 1/11 900 à 1/45 000 et de 1/30 400 à 1/200 000 pour les personnes en transition du sexe féminin au sexe masculin (FtM) (De Cuyper *et al.*, 2007). On rapporte un nombre de cas de plus en plus important, certainement car les soins sont mieux reconnus (Zucker, Bradley, Owen-Anderson, Kibblewhite, & Cantor, 2008).

## Approche thérapeutique

Les études récentes rapportent un taux de satisfaction allant de 87 % pour les patients MtF à 97 % pour les patients FtM (Green & Fleming, 1990). Les regrets sont extrêmement rares (< 1,5 %).

Les traitements sont aujourd'hui davantage individualisés ce qui transcenderait la compréhension binaire M/F du genre et qui proposerait ainsi différentes combinaisons thérapeutiques, loin des associations systématiques conseillées jusqu'alors, ignorant la diversité considérable des rôles et identités de genre.

Chez l'enfant, la DG n'est pas forcément persistante à l'âge adulte (6 à 23 % en fonction des études) (Bradley & Zucker, 1990 ; Cohen-Kettenis, 2001).

La persistance serait plus élevée chez les adolescents mais l'on manque encore de données, sachant par ailleurs que le pourcentage d'adolescents traités dépend de l'organisation des soins, des assurances, des différences culturelles, des opinions des professionnels de santé et des procédures diagnostiques. Dans la majorité des DG chez l'enfant et l'adolescent, on ne retrouve pas de pathologie psychiatrique grave (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, 2011).

Il est recommandé que le psychiatre évolue dans une multidisciplinarité pour évaluer de façon spécifique la DG, et de façon plus globale l'adolescent dans son environnement (famille, milieu scolaire et amical). Le rôle de soutien est crucial, tant auprès des familles que du jeune, et cela sans imposer de vision binaire de genre. Il est fortement conseillé de maintenir une relation thérapeutique tout le long de la transition, continuité garante de choix réfléchis.

Concrètement, la prise en charge des adolescents présentant une DG comprend plusieurs phases.

La première phase du traitement est celle de la transition sociale, la moins invasive et faisant expérimenter des changements de rôles et d'expression de genre, suivie de l'hormonothérapie, la chirurgie et une psychothérapie associée.

Les interventions physiques pour les adolescents peuvent être réversibles (hormonothérapie permettant un blocage de la puberté), partiellement réversibles (hormonothérapie masculinisante/féminisante) ou irréversibles (chirurgies génitales – uniquement après la



majorité légale et après au moins 12 mois congruent au rôle de genre avec l'identité de genre – ; chirurgie mammaire FtM – au plus tôt après un minimum de temps de vie réelle dans le genre désiré et après une année de traitement de testostérone –).

L'impossibilité pour les adolescents d'accéder à un traitement médical constitue, selon la WPATH, une prolongation de la DG contribuant à une apparence qui génère violence et stigmatisation. Le niveau d'abus lié au genre serait associé au degré de détresse psychiatrique au cours de l'adolescence (Nuttbrock *et al.*, 2010). La continuité des soins, notamment en santé mentale, est essentielle tant en pré per et post-opératoire, qu'au moment du passage de l'adolescence à l'âge adulte.

## Interrogations cliniques

Nous avons souhaité illustrer nos questionnements de médecin à partir de vignettes cliniques en tentant d'inverser l'exercice de style qu'est l'étude de cas classique. Ainsi, plutôt que de décrypter la clinique psychopathologique, il s'agit de décortiquer afin d'analyser nos pratiques, notre rôle et notre positionnement en tant que psychiatre consultant pour adolescents et jeunes adultes. C'est-à-dire, comment la rencontre avec de jeunes patients nous mène à interroger notre fonction de soignant.

### Alex

Alex, 16 ans, nous est adressé pour prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) par un confrère d'une consultation dédiée aux DG. Il bénéficie déjà lorsque nous le rencontrons d'une prise en charge spécialisée endocrino-pédiatrique et psychiatrique. Le diagnostic de DG a été posé dès l'enfance : Axel est en transition FtM. Le TCA est associé à une douleur morale intense, avec une tristesse persistante malgré la mise en œuvre des traitements de réassignation de sexe. Il décrit une tension interne permanente, qu'il qualifie « d'énervements », laquelle culmine en présence de ses parents, et en particulier du père, pouvant aller jusqu'à faire émerger des idées suicidaires.

Alex vit seul dans un studio, au-dessus de chez ses parents. La famille ne se retrouve que pour les repas, moments de forte angoisse pour le jeune homme.

Avec les débuts de la puberté, la DG s'accroît et alimente des passages à l'acte comme

des crises clastiques au collège et des scarifications en particulier sur les seins.

C'est alors que débute les TCA de type anorectique restrictif et Alex prend une apparence plus masculine. Il choisit un prénom masculin adopté par son entourage proche.

À cette même période la famille déménage en région parisienne pour faciliter sa « transition sociale ». Cette première phase de la THC débute avec ainsi un changement de lycée dans lequel Alex est inscrit en tant que garçon. Un an après l'instauration de l'hormonothérapie, le jeune homme, bien que mineur, bénéficie d'une mastectomie bilatérale grâce à l'accord parental. Plus récemment, il a pu faire réaliser des papiers d'identité avec la mention « M ». Le TCA persiste encore à ce jour sous la forme d'anorexie-boulimie, de même que la tristesse et la colère.

### Sacha

Nous rencontrons Sacha lorsqu'il a 17 ans au décours d'une hospitalisation en psychiatrie pour tentative de suicide par phlébotomie. Celle-ci est la tragique acmé d'une souffrance évoluant depuis deux ans, avec un mouvement de repli et une rupture de communication avec sa famille. Après la révélation à ses parents qu'il se sent plus garçon que fille, le mal-être devient croissant, avec multiplication des passages à l'acte : alcoolisation et scarifications sur les bras et les cuisses. Par ailleurs, une perte de poids importante en six mois signe l'entrée dans un TCA à type d'anorexie-boulimie avec vomissements. Sacha n'aime pas son corps de femme qui l'empêcherait d'aller vers les autres. Il se perçoit douloureusement comme décevant pour ses parents. À l'appui, une dégradation scolaire progressive avec une déscolarisation quasi complète et deux redoublements successifs.

Le dispositif de soins proposé comprend dès le début une thérapie familiale conjointement à un suivi individuel psychiatrique permettant dans un premier temps la restauration d'une meilleure communication entre Sacha et ses parents. Ces derniers accepteraient notamment l'idée d'un traitement hormonal tout en demandant en contrepartie à Sacha de prendre davantage de temps de réflexion. Après 18 mois d'accompagnement, notre prise en charge est court-circuitée : après nous avoir demandé une lettre d'agrément au THC que nous avons déclinée faute de compétence, Sacha consulte un psychiatre en ville, lequel après trois consultations l'adressera à un en-

docrinologue, ce qui, au-delà de notre prise en charge, court-circuite aussi les équipes dites officielles pour le traitement de la DG vers lesquelles nous l'avions orienté, et enfin ses parents qui se sentiront trahis. Quelques mois plus tard Sacha débute l'hormonothérapie.

À cet agir s'associe l'arrêt brutal de la thérapie familiale, et la discontinuité de plus en plus importante des consultations avec Sacha.

Par ailleurs il persiste, avec des fluctuations, des troubles anxio-dépressifs sévères, ainsi que des TCA.

## Discussion

Ces deux brèves présentations cliniques amènent à des questionnements à la fois propres à chaque situation et communs aux deux ; relevant d'une réflexion centrée sur le patient, et comme nous l'avions proposé en amont interrogeant notre propre positionnement de soignant. Il est évident qu'il est arbitraire de vouloir délimiter de façon bien tranchée ces différentes perspectives d'analyse, dont nous allons donner quelques pistes.

### • *Male/Female, M et/ou F ?*

Penser le sexe en mosaïque et non de façon binaire diffère du modèle d'identification freudien classique – même dans toute sa complexité – conjugué sur les modes de l'être et de l'avoir, pour rejoindre le modèle heuristique de la chimère d'André Green (Green, 1990).

Cela s'illustre dans le cas de Sacha par ce qui s'apparente à un mouvement de balancier identificatoire parent/enfant, patient/psychiatre, psychiatre/thérapeutes familiaux.

La diffraction des investissements par des soins en bifocalité permettrait entre autres de jeter des ponts dans ces jeux de clivages pluriels pour donner à la fois plus de souplesse au fonctionnement psychique et plus de solidité narcissique au jeune. Dans cet exemple, les thérapeutes familiaux se sont retrouvés davantage dans une identification aux inquiétudes parentales. Quant à nous, dans la configuration singulière qui a été de reprendre le suivi déjà en cours depuis plusieurs mois, la rencontre s'est faite d'emblée sur le terrain de la DG alors qu'il nous avait été transmis que celle-ci n'était plus au premier plan, voire plus à l'ordre du jour. Rencontre initiée autour du choix du mode d'adresse, comme nous le proposons toujours au premier contact. Surprise d'entendre alors le prénom « Sacha » qui

n'était pas celui du « dossier » et de « celle » dont il avait été question jusque-là dans les échanges avec nos confrères, « Anne ».

Les oscillations dans l'usage des prénoms, reflet de l'indécision ou de l'état d'instabilité identito-identificatoire, et en miroir de celle de l'équipe (les uns nomment le patient Anne, les autres Sacha – les « uns et les autres » pouvant être la même personne), confinent-elles à une mise en forme de quelque chose de véritablement double et clivé ou bien sont-elles la traduction de la précarité sur laquelle se constitue l'identité du jeune adulte ?

Comme dans la discussion sur le diagnostic psychiatrique en général, la question est de savoir si les termes employés et les modèles de compréhension qui les accompagnent n'oblitérent pas la possibilité de penser une psychodynamique des soins : lesquels soulagent, soutiennent, infèrent sur des mouvements plutôt que sur une fixation, qui plus est stigmatisante. Nous renvoyons le lecteur aux erreurs de la psychiatrie des siècles derniers concernant l'homosexualité (Apfelbaum & Kahn, 2017 ; Minard, 2009).

### • *Symptôme psychiatrique et DG ?*

Les TCA sont la raison pour laquelle le centre de référence nous a adressé Alex. Pour le centre, le TCA et la DG ne sont pas liés alors que pour le patient, le lien de causalité entre TCA et DG est évident avec l'idée de masquer ainsi le plus possible les transformations corporelles de la puberté. Le symptôme alimentaire semble s'être amoindri et dissocié de sa fonction première depuis la mise en route de l'hormonothérapie, mais il est aussi apparemment devenu le seul « alibi » pour une demande de soin, motivant la demande récente de TCC ciblée sur le symptôme alimentaire. D'un schéma de soins pluriel, sur le mode institutionnel, nous nous retrouvons avec une prise en charge atomisée.

Pour Sacha, les TCA sont reliés dans son discours à la DG : que ce soit l'anorexie pour tenter de contrer les effets des hormones sexuelles, puis les conduites boulimiques à visée anxiolytique et de décharge émotionnelle. Dans les deux cas, les TCA sont actifs et associés à d'autres attaques du corps : scarifications, coups, bandage des seins.

Le symptôme alimentaire doit-il être considéré en lien avec la problématique de genre ? Selon les recommandations de soins de la WPATH, tout symptôme actif doit être pris en charge et stabilisé avant traitement. Tout

est alors question de définitions : où est la limite entre stable et instable ? Et si l'on attribue la cause de ces symptômes à la DG, peut-on imaginer que le traitement idéal serait celui de la DG ?

La reconnaissance de la DG en début de prise en charge de Sacha a été accompagnée d'une amélioration thymique quasi spectaculaire avec regain d'investissement du domaine scolaire, et une meilleure communication avec les parents. Les fluctuations qui ont suivi sont difficilement attribuables à la seule DG mais davantage à une instabilité identitaire plus essentielle. Malgré la mise en place du traitement de THC, la sensibilité aux facteurs environnementaux est telle qu'il est difficile d'évaluer le bénéfice que Sacha en tire.

Pour Alex, le traitement de la DG semble bien s'accompagner d'une amélioration thymique assez continue, bien qu'il se plaigne toujours d'aboulie sous forme d'un « ennui » au quotidien.

Comment faire la part des choses entre les évolutions au gré du TCA et les changements en lien avec la THC ? Peut-on parler de deuxième adolescence lorsque débute l'hormonothérapie ?

TCA et dépression dans cette forme narcissique disent quelque chose du rapport au corps et au regard des autres.

Alex se demande comment faire en colonie ou en internat : peut-il partager une chambre avec un garçon ? Sacha se sentirait capable d'aller vers les autres s'il était un homme, il pourrait se mettre torse nu et aller enfin sur la plage. Comment devons-nous regarder ce Moi vacillant et l'étrangeté à laquelle il nous confronte ?

#### • *Travail en référence*

Habitué à travailler en pluridisciplinarité, nous avons néanmoins vécu dans le cas de ces deux jeunes un éclatement de la prise en charge dans lequel il est difficile de définir sa place.

De façon générale, il est difficile de délimiter un espace tiers, et de nous constituer comme tiers par rapport au jeune et à sa famille, mais aussi aux équipes dites officielles et aux praticiens en libéral « non officiels » et enfin au tiers social et sociétal incarné par les associations et groupes de pairs LGBTQI. Comment considère-t-on cet environnement quand on reçoit un jeune qui va chercher là des figures d'affiliations et de soutien ? Rappelons ici l'accueil réservé et les reproches des mouve-

ments LGBTQI vis-à-vis des psychiatres sur fond de passif lourd de par leurs positions sur l'homosexualité.

Avec Sacha nous avons le sentiment de rupture assez subite dans le lien tissé avec lui. Malgré une prise en charge bifocale permettant de diffracter l'investissement transférentiel et de différencier des espaces psychiques (personnel/familial), on constate comme une effraction par le soin puis une dissolution quasi instantanée. L'on peut apporter quelques nuances à cette lecture plutôt pessimiste : Sacha fait ses choix, il s'affirme ; et surtout il revient peut-être pour nous le dire.

Pour Alex, on a une multiplication des prises en charges : une psychothérapie, un suivi avec un psychiatre spécialisé pour la DG, un suivi pour TCA avec un autre psychiatre, une thérapie familiale puis une guidance parentale, une psychothérapie cognitivo-comportementale ciblée sur les TCA...

Comment travailler ainsi avec la famille ? L'une nous a plutôt fait vivre une a-conflictualisation dans une agressivité passive qui donne lieu à l'immuabilité où rien ne bouge et rien ne change, alors que le fils change ; et l'autre, beaucoup d'émotions mais des difficultés à communiquer envers les effusions explosives. Comment arriver à faire dialoguer les deux parties ?

#### • *Battre la mesure*

Pour Alex, l'accompagnement des parents est effectif avec l'engagement dans les démarches administratives et médicales. Le jeune homme persiste malgré cela dans une revendication intense et informe dirigée contre ses parents : il ne se sent pas reconnu dans sa souffrance et sa singularité.

Avec Sacha, nous sommes pris entre deux temporalités : celle des parents invitant à temporiser et celle du jeune qui veut agir ici et maintenant, tout en ayant besoin d'être rassuré sur la pérennité et la sûreté du lien filial.

De fait, face à la demande pressante du jeune, comment ajuster le tempo : une mise en tension parfois au risque de la rupture d'une radicalité adolescente qui fait écho à la dynamique narcissico-objectale (autrement dit à un équilibre entre identités et identifications), moteur du processus adolescent, lequel peut se poursuivre au-delà de la puberté.

Il s'agit en tout premier lieu de prendre le jeune en considération avec la DG puis de l'aider à cheminer sans qu'il n'interprète une temporisation – conséquence de l'élaboration-



énonciation – comme un rejet. Ici, cela devient un travail d'équilibriste. Poids et contre-poids dans le travail avec les parents, avec la tentation de séduction de part et d'autre selon les mouvements d'identifications contre-transférentiels. Au fond, tous souhaitent dans le meilleur des cas une restauration d'un climat de confiance et de relations apaisées avec la reconnaissance de la place de chacun. Il faut donc sans cesse se départir, se dégager d'une position d'arbitrage à laquelle l'on peut être assignée tout en préservant l'espace offert au singulier dans la consultation sans ignorer ce que le jeune va chercher dans la société et qui l'étaye dans sa quête d'identité. Il s'agit de redéfinir sans arrêt notre fonction : celle de celui qui soigne la souffrance.

#### • Mineur ou majeur ?

Doit-on renvoyer le jeune vers des équipes de soins pluridisciplinaires distinctes en fonction de l'âge ? La question de la majorité légale semble peu pertinente. Toute la difficulté réside en cette frontière assez floue, entre l'adolescence et l'âge adulte, et du niveau de réponse à apporter au jeune en demande de transformation de sexe à cette période de la vie. De façon schématique, la réponse donnée escamote souvent la question en mettant en avant l'âge limite de la majorité légale (réponse qui de par sa définition montre ses limites ; et de fait varie d'une culture à une autre – entre 9 ans en Iran et 21 ans par exemple pour certains états du Nord de l'Amérique). L'adolescence est un passage qui enjambe cette notion arbitraire et fixe de l'âge, bien loin des singularités des processus psychopathologiques en jeu à cette période de la vie.

### Conclusion

Sexe, Genre, Sexuel, Sexual, Sexualité, Sexué... La richesse du vocabulaire employé pour les questions ayant trait au genre est sans équivoque. Elle témoigne de l'infime précision avec laquelle ces questions doivent être traitées, et doivent être prises dans une histoire qui se doit d'être inspirante.

Cependant, nous nous devons de nous interroger sur l'objet de revendications à un plein pouvoir du sujet à décider de son corps de façon chirurgicale, en déniait l'importance d'un accompagnement psychologique à ces transformations massives et désorganisatrices sur le plan psychique. Accueillir la souffrance,

si elle existe, des personnes transsexuelles, n'est-ce pas leur offrir l'opportunité de s'accepter dans leur individualité, accompagnant les mouvements inédits liés à un changement de sexe biologique ? Ce choix ouvrant à la multiplicité des possibles doit pouvoir se faire à condition d'avoir des points de repères. Dans ces jeux et enjeux complexes, il s'agit de pouvoir soutenir un jeu selon un « play » créatif Winnicottien et non un « game » en quête d'un soi-identité déjà mort.

Car une question posée par la DG demeure : reste-t-il du vivant dans cette destructivité au cœur de la construction de soi ? ■

### LIENS D'INTÉRÊT

*Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.*

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC : Author.
- Apfelbaum L., Kahn, L. (2017). La situation de l'homosexualité dans la formation analytique (1973-2000) : Bibliographie commentée. *Annuel de l'APF*, Annul2017 (1), 185.
- Bradley S. J., Zucker K. J. (1990). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 35 (6), 477-486.
- Chiland C. (2013). Utilité d'un glossaire pour clarifier les problèmes concernant le genre et l'homosexualité, Usefulness of a glossary to clarify the issues concerning gender and homosexuality. *PSN*, me 11 (4), 7-19.
- Cohen-Kettenis P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM ? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (4), 391.
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., DeCuypere G., Feldman J., Zucker K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13 (4), 165-232.
- De Cuypere G., Van Hemelrijck M., Michel A., Caramel B., Heylens G., Rubens R., Monstrey S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 22 (3), 137-141.
- Green A. (1990). *La folie privée : psychoanalyse des cas-limites*. Paris : Gallimard 2003.
- Laplanche J. (2003). *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien 2000-2006* (2<sup>e</sup> ed). Paris : Quadrige.
- Mendes N., Lagrange C., Condat A. (2016). La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent ? : revue de littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64 (4), 240-254.

Minard M. (2009). Robert Spitzer et le diagnostic homosexualité du DSM-II. *Sud/Nord*, 24 (1), 79.  
 Money J., Hampson J. G., Hampson J. L. (1955). Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97 (4), 284-300.  
 Nuttbrock L., Hwahng S., Bockting W., Rosenblum A., Mason M., Macri M., Becker J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47 (1), 12-23.

Robles R., Fresán A., Vega-Ramírez H., Cruz-Islas J., Rodríguez-Pérez V., Domínguez-Martínez T., Reed G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3 (9), 850-859.  
 Steensma T. D., Biemond R., de Boer F., Cohen-Kettenis P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16 (4), 499-516.  
 Zucker K. J., Bradley S. J., Owen-Anderson A., Kibblewhite S. J., Cantor J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34 (4), 287-290.

## Communiqué

### COLLOQUE FRANCO-CANADIEN DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOPATHOLOGIE

Organisé par le G.E.P.P.S.S. et le C.R.I.S.E.

## Dépression et conduites suicidaires à l'adolescence Montréal, 19 et 20 juillet 2019

Programme scientifique

Présidence : Pr Real Labelle, Dr Hervé Benhamou

### Vendredi 19 juillet 2019

#### Allocution de bienvenue

#### Visite de service

Dispositif de soins pour adolescents déprimés à l'Institut Douglas de l'université McGill

#### Déjeuner libre

#### Conférences

H. Benhamou – Inductions suicidogènes familiales, à propos de la psychothérapie de la mère d'un jeune suicidé

M. Grohens – Dépression, psychotraumatisme et addiction, après attentat, chez l'adolescent

J.M. Guilé – Plan de sécurité pour crise suicidaire dans la prise en charge de l'adolescent à risque

#### Pause

Michel Wawrzyniak – La lutte à travers le cafard à l'adolescence et la responsabilité du thérapeute face à l'adolescent suicidant

M. Tousignant – Comment développer une résilience chez des jeunes vulnérables suites au suicide ?

### Samedi 20 juillet 2019

#### Conférences

R. Labelle – Vulnérabilité psychosociale, dépression et idées suicidaires chez des jeunes canadiens

B. Falissard – Comment mesurer une "vraie" prévalence de la dépression ?

A. Lesage – Parcours des soins en santé mentale et en prévention du suicide chez les jeunes.

#### Pause

H.M. Vasiliadis – Analyse coûts/bénéfices des programmes thérapeutiques chez l'adolescent dépressif.

L. Bergeron – Dominique Interactif pour Adolescent Révisé, dépression et conduites suicidaires.

B. Mishara – Les amis de Zippy et la prévention du suicide chez l'adolescent.

#### Déjeuner libre

C. Lacour-Gonay – Le C.E.S.A. un dispositif de soins, notamment pour adolescents déprimés.

D. Marcotte – Programme zénitude et prévention de la dépression.

#### Pause

#### Discussion et Conclusion

### Pour toute information et inscription :

s'adresser au Dr Hervé Benhamou

email : hbenhamou@aol.com