



HAL
open science

Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent: identité de genre, anxiété, dépression et qualité de vie

Élodie Monferran

► **To cite this version:**

Élodie Monferran. Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent: identité de genre, anxiété, dépression et qualité de vie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02169299

HAL Id: dumas-02169299

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02169299>

Submitted on 1 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**DYSPHORIE DE GENRE CHEZ L'ENFANT
ET L'ADOLESCENT:
IDENTITÉ DE GENRE, ANXIÉTÉ, DÉPRESSION ET
QUALITÉ DE VIE**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 28 Mars 2019

Par Madame Élodie MONFERRAN

Née le 28 juillet 1985 à Vitry-Sur-Seine (94)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Assesseur

Madame le Professeur REYNAUD Rachel

Assesseur

Madame le Docteur KROUCH Tiphaine

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Je remercie sincèrement mon Directeur de thèse, Monsieur le Professeur François POINSO, de m'avoir encadrée et conseillée dans l'abord de ce sujet complexe. Merci pour votre confiance, votre bienveillance et votre compréhension face à certains de mes choix. Enfin, merci d'avoir guidé mes réflexions et mes apprentissages de la pédopsychiatrie grâce à vos enseignements théoriques et votre savoir-faire clinique d'une grande finesse, précision et délicatesse, source d'inspiration.

Je remercie Madame la Professeure Rachel REYNAUD d'avoir encadré mon travail de thèse dont le sujet est à l'interface entre pédopsychiatrie et endocrinologie pédiatrique et nous amène à travailler ensemble pour unir nos compétences complémentaires dans la prise en charge de ces jeunes patients. Merci d'apporter votre regard de pédiatre sur mon travail.

Je remercie Monsieur le Professeur Jean NAUDIN de faire partie de mon jury, merci de m'avoir transmis à travers vos enseignements la sensibilité aux regards psychanalytique, anthropologique et philosophique dans la pratique de la psychiatrie, j'en retire une grande curiosité intellectuelle.

Je remercie très chaleureusement Madame la Docteure Tiphaine KROUCH, merci à la codirectrice de thèse, pour m'avoir proposé ce sujet passionnant qui avait déjà commencé à germer dans ma tête, pour ton soutien, ta confiance, ta bienveillance. Merci à la pédopsychiatre brillante et passionnée auprès de laquelle j'ai beaucoup appris, observant ton savoir-faire, tout en intuition clinique et pertinence, merci d'être un modèle inspirant, de m'avoir guidée, sécurisée, fait confiance et permis de travailler en autonomie, c'est un grand plaisir de travailler avec toi. Enfin, merci à l'amie que tu es devenue et que j'admire, femme entière, courageuse, combattive, drôle, généreuse, fiable et au cœur immense et fondant pour les siens.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui comptent dans ma formation et ma vie d'interne, tous ceux qui m'ont guidée et m'ont fait grandir au fil de ces quatre années :

Alain et l'équipe du Pavillon 13, merci de m'avoir accueillie « jeune interne sortie de l'œuf » avec une volonté de transmission et une bienveillance qui m'ont été précieuses pour faire mes premiers pas.

Frédérique, Stéphanie et Rémy, l'équipe des ex-Tilleuls et celle du C.M.P. de Saint-Barnabé, merci pour votre accompagnement et votre sympathie, merci de m'avoir fait découvrir une activité ambulatoire passionnante et de m'avoir fait une grande confiance.

Marion et l'équipe de « la Une », merci pour ton encadrement, sécurisant et permettant un travail en autonomie, pour ton partage d'expérience et ta bonne humeur, ou comment associer sémiologie, humour et imitations !

Tiphaine, c'est là que notre histoire commence, merci à toi, merci à l'équipe de l'A.S.A. : Babeth, secrétaire-maman d'une efficacité redoutable et aux petits soins, Marie-Do, Gabrielle, Émilie, merci de m'avoir guidée avec passion intellectuelle et douceur dans mes premiers pas sur les sentiers tortueux de la psychanalyse. Merci à l'équipe de l'OASIS : Mathilde, Caro, Suzy, merci pour votre accompagnement dans ma découverte de l'autisme et ces questionnements passionnants, de la richesse clinique des contes, merci pour votre créativité et votre gentillesse.

Sandrine et l'équipe de la Farandole, merci de m'avoir offert ce travail purement clinique au contact de ces enfants, vertigineux et passionnant, Denis, Nath, le groupe des poissons !, Nico, Anaïs, Marion, merci pour cette expérience géniale, si riche cliniquement, plouf à vous. Merci pour votre spontanéité, votre humour, votre confiance, ce fut un grand plaisir de travailler et de me marrer avec vous.

L'équipe du C.M.P. de Saint-Loup, Tiphaine encore toi, Mélanie, ta douceur et ton sang-froid en toute circonstance, tes conseils, Anne-Marie, ta curiosité intellectuelle, ta spontanéité, ta générosité.

Marie-Laure, Corine, María, Katia et Annie, merci à toutes de m'avoir guidée avec autant de bienveillance et de générosité lors de mon immersion dans le monde fabuleux des Sourds et de la L.S.F. Merci pour cette ambiance de travail joyeuse et sereine, nos repas en privé, une sincère affection unit cette équipe et ça fait du bien ! 🙌

Last but not least, l'équipe de l'U.P.E. : Michel, Sophie, les Pascales, Corinne, Anne-Va, Nicole, Lysiane, merci pour votre sympathie, votre générosité, le partage de vos connaissances et expériences auprès des mamans et de leurs bébés, clinique passionnante. Merci infiniment à tous pour votre indulgence et votre soutien dans les moments où je vous ai délaissés (j'en suis sincèrement désolée) pour mon mémoire et ma thèse, vous en aurez entendu parler !

Enfin, je remercie très chaleureusement celles et ceux qui me sont chers, votre amour, votre amitié, vos attentions et encouragements m'ont accompagnée tout au long de ces années.

Guillaume, merci pour ta joie, ta spontanéité, ton esprit vif et audacieux, ton énergie, ta combativité, ta sérénité et ta douceur au quotidien, merci pour ton soutien inconditionnel et tes inlassables encouragements durant cette année stressante, de m'avoir aidée à survivre à la pédiatrie !, pour ton aide précieuse dans mon travail de thèse qui ne serait pas ce qu'il est sans toi, regard frais et compétences de geek salvatrices ☺ Merci pour ton amour, ta grande confiance en moi. Pour tous les beaux projets que l'on a ensemble ; c'est un immense bonheur de t'avoir rencontré et que tu sois dans ma vie.

Papa et Maman, merci pour votre soutien moral durant toutes ces années, votre confiance dans mes choix, même si vous avez d'abord été déboussolés ! Pour votre soutien matériel quand j'en ai eu besoin. Pour les valeurs que vous m'avez transmises, l'honnêteté, la gentillesse, la loyauté, l'importance du partage, le goût du voyage. Papa, merci de ne pas être venu déguisé, Maman, je suis très émue et heureuse que tu aies tenu à m'entendre soutenir ma thèse, que tu aies passé le pas ☺

Éva, ma sœur adorée, merci pour la joie et la sérénité que tu mets dans ma vie, pour mon enfance drôle et intense à tes côtés, nos aventures dans la campagne, nos créations et scénarios, nos discussions sans fin, nos chants à tue-tête et fous-rires. Merci pour cette complicité de tous les instants, cet amour inconditionnel, ce trésor est toujours intact. Merci pour ton intelligence, ta curiosité, ta sensibilité, ton humour, ton courage, ton audace, tu es une grande source d'inspiration et de réconfort.

Joce, ma tante givrée, merci d'avoir toujours cru en moi, d'avoir vu en moi des qualités que je ne voyais pas, d'avoir été cette oreille attentive si précieuse, ce soutien toujours bienveillant.

Jonathan, merci pour ton soutien et tes encouragements indéfectibles durant nos années lyonnaises sans lesquels je n'en serais pas là, merci pour nos expéditions autour du monde, pour ces précieux moments de dépassement de soi, de grand bonheur *into the wild*, pour ton humour à toute épreuve, ton esprit aventurier, nos fous-rires, merci d'être mon ami pour la vie.

Laélia, ma pintade à roulette, premier coup de foudre avec la psychiatrie, merci à l'interne brillante et généreuse pour tout ce que tu as transmis de connaissances et d'envie à l'externe curieuse et fascinée que j'étais, pas si modestement que tu le dis. Et merci pour tout le reste, j'admire ton esprit libre et décalé, aventurier, sensible et créatif.

Godelieve, oh my God, ma Gogo, les bancs de la fac, les révisions, les concours blancs et le « pas blanc », toujours à côté l'une de l'autre, soutien et réconfort... Merci d'avoir été là, c'était bon de partager nos stress et fantaisies, décompresser ensemble, toi la fausse calme qui fissure en soirée, merci pour nos discussions et fous-rires. Et c'est un grand bonheur que tu sois là.

Céline, ma Linouch, ça ne nous rajeunit pas ça, il est loin le CP ! Quelle amitié, 28 ans... Malgré les occasions plus rares ces derniers temps, voilà que tu sautes sur des billets d'avion, un grand merci. C'est un immense bonheur pour moi que tu sois là aujourd'hui, ça représente beaucoup.

Marine, première rencontre marseillaise, solaire, sanguine et généreuse, merci pour ton accueil et ta sympathie, première co-interne devenue amie, on s'est suivies de stage en stage, c'était drôle et rassurant ces premiers pas ensemble. Puis nos soirées, nos restos, nos vacances en Corse ! Merveilleux souvenirs. Merci pour ta force, ton écoute, ta générosité.

Célia, Anna, Manon, Julie, Léa, merci pour notre amitié, nos moments de partage, nos soirées animées, arrosées, dansées, jouées, les calmes et posées aussi, drôles et légères, nos cinés, concerts, cafés, débats et discussions, nos sorties grimpe et virées à la montagne ou en Italie (on n'a même pas raté l'avion ! ☺). Un sincère merci pour tout ça.

Et merci aux Poinsonettes, Marine, Victoire, Sabine, Laure, Fanny, Maud et Dalia, c'est un plaisir de travailler et d'échanger avec vous, toujours dans l'écoute et la bonne humeur.

Table des matières

I	INTRODUCTION	7
II	REVUE DE LA LITTÉRATURE	8
II.1	Évolution des critères diagnostiques	8
II.2	Différentes formes cliniques	14
II.3	Prévalence	21
II.4	Comorbidité psychiatrique	24
II.4.1	Troubles internalisés	24
II.4.2	Troubles neurodéveloppementaux.....	29
II.4.3	Comorbidité et décision thérapeutique	32
II.5	Hypothèses étiologiques	34
II.5.1	Psychopathologie et hypothèses psychologiques.....	34
II.5.2	Hypothèses biologiques	39
II.6	Prise en charge et traitement.....	40
II.6.1	Les psychothérapies	41
II.6.2	La transition sociale.....	44
II.6.3	Les traitements hormonaux	45
II.6.4	Aspects éthiques	55
III	ÉTUDE CLINIQUE.....	56
III.1	Problématique, objectifs et hypothèses	56
III.2	Matériels et méthodes	57
III.2.1	Recrutement de la population	57
III.2.2	Outils méthodologiques	57
III.3	Résultats	63
III.3.1	Caractéristiques démographiques et cliniques de la population.....	63
III.3.2	Résultats de l'entretien semi-dirigé	64
III.3.3	Résultats du questionnaire sur les souvenirs d'enfance	66
III.3.4	Résultats de la GIDYQ.....	67
III.3.5	Résultats de la STAI	73
III.3.6	Résultats de l'ECAP.....	75
		5

III.3.7	Résultats de la LSAS.....	77
III.3.8	Résultats de la CDI.....	79
III.3.9	Résultats de la VSP-A.....	81
III.3.10	Résultats individuels par adolescent.....	84
III.3.10.1	Milan.....	84
III.3.10.2	Térence.....	91
III.3.10.3	Lilian.....	98
III.3.10.4	Virginie.....	106
III.3.10.5	Le cas particulier de Louis.....	112
IV	DISCUSSION.....	120
IV.1	Nouvelles formes cliniques : enjeux diagnostiques et thérapeutiques.....	120
IV.2	Synthèse de mes résultats.....	122
IV.3	Limites de l'étude.....	124
IV.4	Perspectives.....	124
V	CONCLUSION.....	125
VI	BIBLIOGRAPHIE.....	126
VII	ANNEXES.....	136
VIII	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	153

I INTRODUCTION

La dysphorie de genre est la souffrance générée par l'inadéquation ou l'incongruence entre le genre ressenti et vécu d'un individu et son sexe de naissance ou genre d'assignation.

La transidentité ou la variance de genre ne sont pas des troubles mentaux, c'est bien la dimension de la souffrance ou détresse et/ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie, qui en fait un trouble.

Chez l'enfant et l'adolescent, il est encore peu fréquemment rencontré dans la pratique clinique des pédopsychiatres en dehors des centres et consultations spécialisés. En effet, sa prévalence est faible mais il est important de noter qu'elle est en nette augmentation ces dernières années, probablement en raison d'une plus grande visibilité de la transidentité et de la dysphorie de genre dans les médias et d'un développement des centres et consultations spécialisés pour leur prise en charge.

On définit aujourd'hui différentes formes cliniques de dysphorie de genre selon la temporalité d'apparition du trouble : la dysphorie de genre à début précoce (qui débute dans l'enfance) et celle à début tardif (qui débute durant l'adolescence ou à l'âge adulte), qui possède comme sous-entités cliniques celle débutant durant l'adolescence et celle à début rapide.

Ces enfants et adolescents présentent fréquemment des comorbidités psychiatriques, principalement des troubles anxiodépressifs, ainsi que des difficultés sociales et psychoaffectives.

La diversité des formes cliniques associée à cette forte comorbidité place le clinicien face à des enjeux diagnostiques et thérapeutiques complexes. Certains auteurs suggèrent qu'une approche diagnostique dimensionnelle serait intéressante, notamment concernant l'intensité de l'anxiété de ces enfants et adolescents dans l'évaluation de la dimension « dysphorique » (souffrance) de leur trouble.

Enfin, la littérature fait état d'un effet bénéfique de la transition (sociale et hormonale) et d'un faible taux de désistement chez l'adolescent présentant une dysphorie de genre à début précoce ; mais on dispose de peu de données chez l'adolescent présentant une forme à début tardif et/ou rapide.

Pour ces différentes raisons, j'ai réalisé un travail clinique auprès d'un groupe de 6 adolescents dysphoriques de genre avec pour objectif d'évaluer chez chacun d'eux leur identité de genre et le type de dysphorie de genre présentée, l'intensité de leur anxiété (générale, phobique et sociale) et de leurs ressentis dépressifs, ainsi que la perception de leur qualité de vie à 2 moments de leur trajectoire espacés d'environ un an, afin d'observer d'éventuelles évolutions de ces éléments cliniques en regard avec leur prise en charge.

II REVUE DE LA LITTÉRATURE

II.1 Évolution des critères diagnostiques

Le mot *gender* apparaît au XIV^{ème} siècle et en dehors du sens grammatical, il a aussi désigné l'« état d'être mâle ou femelle », mais ce dernier sens n'est devenu commun qu'au milieu du XX^{ème} siècle. Les travaux de Money et Stoller décrits ci-dessous ont permis de distinguer l'aspect biologique du *sex* des aspects sociaux, culturels et psychologiques du *gender*.

Comme Colette Chiland le détaille en 2013 dans son « glossaire pour clarifier les problèmes concernant le genre et l'homosexualité » (1), en anglais seuls les termes de *sex* et *gender* sont possibles, là où en français nous pouvons employer le terme de *sexué*. Elle différencie *sexué* et *sexuel*, le *sexué* rendant compte de ce qui différencie un sexe de l'autre alors que le *sexuel* devrait être employé pour ce qui conjoint les sexes, c'est-à-dire l'orientation sexuelle. Elle propose donc de parler en français d'identité sexuée et d'en distinguer le plan biologique (mâle/femelle), psychologique (sentiment intime exprimé par les rôles de genres) et social (statut social que symbolise notamment l'état civil). L'identité sexuée, ou identité de genre, est référée à ce qu'une personne ressent subjectivement, ce sentiment pouvant être plus ou moins éloigné de ce que la société définit.

En 1952, John Money, psychologue venu de Nouvelle-Zélande, soutient sa thèse de doctorat à l'université de Harvard sur l'hermaphrodisme (2) et redonne au mot *gender* son sens identitaire en 1955. Il vient travailler à Baltimore au Johns Hopkins Hospital avec Lawson Wilkins, créateur du premier service d'endocrinologie pédiatrique, où il a alors la possibilité de comparer des garçons et des filles ayant la même condition médicale d'ambiguïté sexuelle, les uns élevés dans leur sexe biologique, les autres dans l'autre sexe. Son constat fut que, très majoritairement (100 cas sur 105), les enfants s'accommodaient bien d'un sexe d'assignation contraire à leur sexe biologique s'ils avaient été élevés avec conviction dans ce sexe par leurs parents (3). Il y avait donc ce qui apparaît comme une dissociation entre nature et culture, que Money considère comme une interaction au cours du développement. Il propose alors pour en rendre compte le terme de *gender role* (4). Selon lui, il est très clair que le genre est « le statut social en fonction du sexe ». La personne annonce par ses paroles et ses actes qu'elle « a » l'un des deux statuts attribués dans une culture binaire (éventuellement un autre statut dans une culture qui n'est pas binaire). Ce statut, elle l'a de par son sexe biologique, ou bien de par son éducation et ses interactions avec l'environnement.

Après le *gender role* de 1955, Money parle en 1956 de *gender identity* puis va utiliser l'acronyme G-I/R, *gender identity/role*, associant les deux dimensions, rôle et identité : selon lui, le genre est comme une pièce de monnaie avec une face intime, le sentiment d'être un homme ou une femme donc de relever du statut d'homme ou de femme, l'identité ; et une face publique, la proclamation qu'on a le statut social d'homme ou de femme, le rôle (3).

Dès 1955, les textes de Money, très appréciés pour leur grande qualité clinique, ouvraient le chemin vers l'affirmation que le bébé était neutre à la naissance si on pouvait en faire à volonté un garçon ou une fille. Si on peut à volonté faire de tout bébé un garçon ou une fille, c'est que la réalité biologique n'a aucune importance dans la construction de l'identité sexuée, qui peut être le produit de l'éducation ou un libre choix, la distinction entre hommes et femmes est alors purement sociale et arbitraire. C'est effectivement ce à quoi aboutissent actuellement le mouvement lesbien, gay, bi, trans, intersexe, queer (LGBTIQ) et le néo-féminisme. La large diffusion de ce courant de pensée débute dans les années 1970 et va culminer avec les écrits de Judith Butler à partir de 1990.

En 1953, Benjamin introduit le terme *transsexualism*. Dans toutes les sociétés, il a existé des hommes insatisfaits de leur statut d'homme et des femmes insatisfaites de leur statut de femme ; le fait nouveau apporté par ce terme de Benjamin, c'est le développement des connaissances scientifiques, la découverte et le maniement des hormones et des techniques chirurgicales pour *traiter* ces hommes et ces femmes. On se met alors à parler du « traitement du transsexualisme », que nous appelons aujourd'hui la « transformation hormono-chirurgicale du sexe » (THC). Christine Jorgensen fut la première personne à bénéficier en 1953 d'un tel traitement considéré comme réussi, auprès des équipes de Hamburger (5) et Benjamin, traitement ayant permis la transformation de George Jorgensen, GI américain, en Christine Jorgensen, actrice de music-hall (6).

Le transsexualisme est considéré par Benjamin sur un continuum selon l'intensité du désir chez un sujet d'être de l'autre sexe. Il qualifie de vrais transsexuels ceux qui souhaitent que l'on pose un acte chirurgical sur leur corps afin de le rendre concordant avec leur sentiment d'appartenance au sexe désiré (7).

Concernant les définitions médicales diagnostiques, le DSM-I en 1952 (8) et le DSM-II en 1968 (9) catégorisaient les cas d'homosexualité et de travestisme parmi des déviations sexuelles, comme ce fut le cas de Christine Jorgensen par exemple (10).

Le DSM III (11) n'inclut le transsexualisme qu'en 1980 aux côtés d'un autre diagnostic qui concerne les enfants (*gender identity disorder of childhood*), et subdivise en 1987 dans sa version révisée le diagnostic entre :

- ✓ *Transsexualisme,*
- ✓ *Trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant,*
- ✓ *Trouble de l'identité sexuelle chez l'adolescent ou l'adulte, de type non transsexuel (gender identity disorder of adolescent or adulthood, no transsexual type),* ce dernier rendant compte des cas où la personne adopte l'autre sexe mais ne souhaite pas de chirurgie,
- ✓ *Trouble de l'identité de genre non spécifique (gender identity disorder not otherwise specified)* quant à lui, était employé lorsque la personne ne remplissait pas tous les critères du trouble de l'identité de genre.

Le DSM-IV en 1994 (12) et le DSM IV-TR en 2000 (13) ne parlent plus de transsexualisme mais proposent un ensemble commun désigné par *gender identity disorder, trouble de l'identité de genre*, qui avait été traduit par *trouble de l'identité sexuelle* (terme faisant maintenant référence à l'orientation sexuelle) (10). Comme l'explique Marchand en 2015, le diagnostic rend compte d'un panel plus étendu de profils car l'identité de genre n'inclut pas obligatoirement le binarisme masculin ou féminin comme le laisse entendre le transsexualisme, qui se définit lui, par le passage d'un sexe à un autre (14).

Zucker et al. notent en 2010 (15) que parmi les modifications notables de cette édition, on relève l'usage des termes « sentiment persistant », « fortement », « profond désir » qui devrait permettre de distinguer les enfants présentant un véritable trouble de l'identité de genre des enfants qui sont dans une phase de doute identitaire transitoire.

Cette édition inclut aussi un critère indispensable qui est celui de souffrance clinique significative qui affecte une ou plusieurs sphères de la vie sociale ou professionnelle de l'individu.

Cependant, l'approche catégorielle du DSM reste critiquée ; selon certains auteurs comme Cohen-Kettenis et al. (16), une approche dimensionnelle permettrait de discriminer de façon plus fine les différents cas rencontrés dans la clinique et ainsi d'ajuster au mieux la prise en charge. Ils analysent et discutent les critères diagnostiques du transsexualisme et de la dysphorie de genre dans les DSM III à IV-TR, soit de 1980 à 2000.

Zucker et al. ont fait de même avec les DSM III, III-TR et IV pour le diagnostic chez les enfants (15).

L'évolution des critères diagnostiques pose des problèmes de définition clinique et nosographique pour différentes raisons : la confusion causée par les similarités et différences associées

aux termes de transsexualisme et dysphorie de genre, l'incapacité des critères actuels à décrire la totalité du large spectre de la variance du genre, le risque potentiel d'exams physiques invasifs inutiles pour exclure des formes cliniques intersexuées (Troubles du Développement Sexuel), la nécessité du critère D concernant la souffrance cliniquement significative ou l'altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire, et le fait que le diagnostic s'applique toujours aux personnes ayant déjà bénéficié d'un traitement hormonal ou chirurgical.

Cohen-Kettenis et al. (16) soulignent l'intérêt d'ajouter aux critères diagnostiques une approche dimensionnelle, car les variances du genre étant très hétérogènes, englober la multitude des formes cliniques en une seule catégorie ne rend pas compte de la diversité clinique et peut mener à des décisions cliniques néfastes. En effet, la forme clinique de dysphorie de genre la plus extrême correspond à la catégorie encore souvent étiquetée de transsexualisme, associée au désir de traitement hormono-chirurgical complet, alors qu'à partir du DSM-IV-TR, le diagnostic de dysphorie de genre peut être posé chez un patient en demande de traitements partiels, ces demandes partielles étant d'ailleurs de plus en plus fréquentes.

De plus, ils proposent de mesurer l'anxiété chez les patients en utilisant une échelle d'anxiété et en définissant un seuil au-delà duquel le score est pertinent pour le diagnostic de « dysphorie ». Ou encore de définir différents degrés de dysphorie de genre en fonction du nombre de critères diagnostiques présents. Ils proposent enfin la recherche de critères dimensionnels qui seraient potentiellement pertinents, comme par exemple l'âge d'apparition de la dysphorie de genre ou du sentiment de transidentité.

En 2012, le DSM-5 (17) adopte la dénomination de *dysphorie de genre (gender dysphoria)* à la place du *trouble de l'identité de genre*, le terme dysphorie relevant 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. Il distingue trois catégories :

- ✓ La dysphorie de genre chez l'enfant (*gender dysphoria in children*),
- ✓ La dysphorie de genre chez l'adolescent et l'adulte (*gender dysphoria in adolescent or adult*),
- ✓ La dysphorie de genre non spécifique (*unspecified gender dysphoria*).

Zucker, nommé en 2008 au groupe de travail du DSM-5, explique en 2012 (18) que distinguer un diagnostic pour les enfants différent de celui des adolescents s'explique par le fait que la clinique des adolescents présente plus de similarités avec celle des adultes en termes de pronostic et de prise en charge qu'avec celle des enfants, la clinique adolescente présentant néanmoins certaines spécificités.

Jusqu'alors, l'orientation sexuelle pour les individus considérés comme matures sur le plan sexuel devait toujours être précisée lors du diagnostic, en effet l'orientation sexuelle (vers les hommes, les femmes, les deux ou aucun) devait permettre de déterminer des indices de bon pronostic pour la prise en charge. Notamment, comme l'ont montré Olsson et al. en 2006 (19) et Lawrence en 2010 (20), une orientation homosexuelle au regard du sexe de naissance était un indice de bon pronostic pour le traitement hormono-chirurgical. Néanmoins, comme l'explique Zucker en 2013 (21), l'équipe en charge de la révision du DSM-5 a jugé que l'orientation sexuelle n'avait qu'une place mineure tant pour le diagnostic que pour la prise en charge des patients et elle n'est donc plus précisée.

Par ailleurs, la dysphorie de genre est pour la première fois un chapitre distingué des pathologies d'ordre sexuel. Certains auteurs, comme Meyer-Bahlburg et al. en 1994 (22), soulignent l'importance de bien distinguer les cas de trouble du développement sexuel des cas de dysphorie de genre, dans la mesure où seul un faible nombre de patients intersexués répondent aux critères de la dysphorie de genre, même s'ils notent en 2013 que cette co-occurrence a fortement augmenté (23). Selon De Cuypere (24), le vécu subjectif dans les deux cas est sensiblement le même, tout comme la prise en charge. Le DSM-5 précise simplement si un trouble du développement sexuel est associé à la dysphorie de genre.

Le changement du terme trouble de l'identité pour dysphorie implique une modification dans l'approche même de cette clinique. En effet, comme l'explique Condat en 2016 (25), la question se centre sur le vécu subjectif de l'individu vis-à-vis de son genre et non sur l'observation objective d'une non-conformité de genre. Ce terme se veut aussi moins stigmatisant car la notion de trouble n'y apparaît plus. Il reste cependant critiqué par la communauté transgenre qui souhaite un terme plus neutre comme « genre discordant », « genre dissonant », « genre incongruent » ou « genre indépendant », comme le développe Pyne en 2014 (26) dans un article sur les *gender independent kids*. Il y précise également que lors de la révision du DSM-5, une majorité d'associations de professionnels consultés pour la dysphorie de genre ont répondu à 55 % en faveur du retrait de ce diagnostic du DSM.

Concernant la Classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), sa 10ème version présentait un diagnostic proche de celui proposé par le DSM III-R, tandis que dans sa 11ème édition, la dysphorie de genre a changé d'intitulé et de chapitre, symbole fort très attendu par une majorité de personnes transgenres : on parle désormais d'incongruence de genre chez l'adolescent et l'adulte (*gender incongruence of adolescence or adulthood*), qui ne fait plus partie du chapitre des troubles mentaux et du comportement et intègre le chapitre des conditions liées à la santé sexuelle, ce qui répond aux questions que posaient Drescher et al. en 2012 (27).

A. Incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné, d'une durée d'au moins 6 mois

Chez l'enfant, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné se manifeste par au moins **6 des 8 critères suivants, le premier étant obligatoire** :

- 1- La présence d'un fort désir ou de la conviction d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)
- 2- Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre
- 3- Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux
- 4- Une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre
- 5- Une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre
- 6- Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation
- 7- Un rejet de son anatomie sexuelle
- 8- Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe

Chez l'adolescent et l'adulte, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné est associée à au moins **2 des 6 critères suivants** :

- 1- Une incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et les caractères sexuels primaires et/ou secondaires (ou bien chez le jeune adolescent, les caractères sexuels secondaires anticipés)
- 2- Un fort désir d'être débarrassé de ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires du fait de cette incongruence (ou chez le jeune adolescent le désir d'empêcher l'apparition des caractères sexuels secondaires)
- 3- Un fort désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires de l'autre genre
- 4- Un fort désir d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)
- 5- Un fort désir d'être traité comme l'autre genre (ou un genre alternatif différent du genre assigné)
- 6- Une forte conviction d'avoir le ressenti et les réactions typiques de l'autre genre (ou un genre alternatif différent du genre assigné)

B. Associée à l'existence d'une souffrance ou d'une altération cliniquement significative dans le champ social et/ou scolaire, voire seulement à une augmentation significative du risque de souffrance ou d'altération dans ces domaines

Préciser si avec trouble du développement sexuel

Préciser pour l'adolescent et l'adulte si avec transition

II.2 Différentes formes cliniques

Sur le plan clinique, les auteurs distinguent à ce jour 4 entités et sous-entités cliniques différentes dans la littérature récente :

- ✓ La dysphorie de genre à début précoce, *early-onset gender dysphoria (EOGD)*
- ✓ La dysphorie de genre à début tardif, *late-onset gender dysphoria (LOGD)*
 - La dysphorie de genre débutant durant l'adolescence, *adolescent-onset gender dysphoria (AOGD)*
 - La dysphorie de genre à début rapide, *rapid-onset gender dysphoria (ROGD)*

Zucker et al. décrivent en 2016 les 2 premières entités cliniques distinguées (28) :

- ✓ La dysphorie de genre à début précoce, *early-onset gender dysphoria*, dans laquelle les symptômes débutent dans l'enfance, retrouvée soit chez l'enfant exprimant précocement sa dysphorie de genre et qui remplit alors les critères diagnostiques chez l'enfant, soit chez l'adolescent exprimant sa dysphorie de genre plus tardivement, chez qui on retrouve rétrospectivement, auprès de l'adolescent et de ses parents, les critères diagnostiques chez l'enfant.
- ✓ La dysphorie de genre à début tardif, *late-onset gender dysphoria*, dans laquelle les symptômes apparaissent après la puberté, pendant l'adolescence ou à l'âge adulte.

Cependant, Edwards-Leeper et al. en 2012 (29) et Cohen-Kettenis et al. en 2015 (30) décrivent des adolescents présentant une forme atypique de dysphorie de genre dans laquelle on ne retrouve pas de symptômes dans l'enfance et qui présentent des symptômes apparaissant uniquement à l'adolescence. Cette entité clinique relativement nouvelle est particulièrement retrouvée chez les nées filles, comme en témoignent Zucker et al. (18). Puis, comme l'explique Littman en 2018 (31), la pratique clinique avec ces adolescents a mené à la distinction entre la forme à début tardif « typique » et la forme débutant durant l'adolescence, durant ou après la puberté, *adolescent-onset gender dysphoria*.

Il y a une dizaine d'années, on rencontrait essentiellement dans la pratique clinique des adolescents dont la majorité présentaient une dysphorie de genre à début précoce, qui avait débuté durant leur enfance et avait persisté, voire s'était aggravée, avec la puberté. En outre, on rencontrait relativement peu d'enfants exprimant précocement leur dysphorie de genre en population clinique, c'est-à-dire en consultation, en demande d'avis ou de soins. Sur les 10 dernières années, la prévalence et le profil épidémiologique de la dysphorie de genre a beaucoup changé, et l'on rencontre d'une part

de plus en plus d'adolescents présentant une forme débutant durant l'adolescence, et d'autre part de plus en plus d'enfants exprimant précocement leur dysphorie de genre.

Enfin, devant l'explosion de la prévalence de la dysphorie de genre chez l'adolescent, Littman (31) pose la question de la genèse de la dysphorie de genre ou de l'identification transgenre chez ces adolescents et décrit en 2018 une quatrième entité clinique, sous-entité de la dysphorie de genre débutant durant l'adolescence : la dysphorie de genre à début rapide, *rapid-onset gender dysphoria*. Selon elle, cela représente une nouvelle entité clinique, apparaissant pendant ou après la puberté, chez l'adolescent ou le jeune adulte, avec une prépondérance d'adolescentes nées filles (FtM), sans diagnostic durant l'enfance (et le plus souvent aucun des critères diagnostiques durant l'enfance), caractérisée par une soudaineté et rapidité de l'apparition, dans un contexte d'appartenance à un groupe de pairs dans lequel un ou plusieurs membres sont devenus dysphorique de genre et/ou se sont identifiés transgenre durant la même période. Elle évoque donc à travers cet élément clinique l'effet d'une contagion sociale, phénomène largement décrit en psychologie et sociologie, j'y reviendrai et détaillerai certains de ces résultats.

En somme, nous disposons aujourd'hui de beaucoup plus de connaissances sur les adolescents présentant une dysphorie de genre à début précoce que sur ceux avec dysphorie de genre apparue durant l'adolescence, comme en témoignent Leibowitz et al. en 2016 (32) et Kaltiala et al. en 2018 (33).

En effet, bien que toutes les études sur les adolescents dysphoriques de genre n'aient pas exclu ceux avec une dysphorie de genre apparue durant l'adolescence (18), il est important de noter que la plupart des études sur les adolescents, particulièrement celles sur les taux de persistance et de désistement et sur les résultats des traitements hormonaux et chirurgicaux ont uniquement inclus des sujets ayant une dysphorie de genre à début précoce, les sujets avec dysphorie de genre apparue durant l'adolescence ne remplissant pas les critères d'inclusion de ces études ; c'est pourquoi les résultats de ces études ne sont pas généralisables aux adolescents présentant une dysphorie de genre apparue durant l'adolescence et les taux de persistance et désistement ainsi que les résultats des traitements sont actuellement inconnus pour ces adolescents (31).

Steensma et al. en 2011 (34) ont cherché à identifier des facteurs prédictifs de persistance et de désistement de la dysphorie de genre chez les adolescents : les adolescents *persisters* et *desisters* ont indiqué considérer la période entre 10 et 13 ans comme cruciale, ils ont rapporté devenir de plus en plus conscients de leur persistance ou de leur désistement durant cette période. *Persisters* et

desisters ont déclaré que les changements dans leur environnement social, la féminisation ou masculinisation actuelle ou anticipée de leur corps, et leurs premières expériences amoureuses et attirances sexuelles ont influencé leurs comportements et intérêts liés au genre, leurs sentiments d'inconfort et d'identification de genre. Bien que les *persisters* et *desisters* ont rapporté un désir d'être de l'autre genre durant l'enfance, leurs motivations profondes de ce désir semblent être différentes. Ils ont observé une tendance chez les *persisters* à exprimer leur incongruence de genre sur un registre cognitif « *je suis un garçon/une fille* » plutôt qu'affectif « *je me sens un garçon/une fille* ».

De même, Shumer et al. en 2016 (35), ont montré sur une étude comportant 53 adolescents aux Pays-Bas que les « *persisters* » et les « *desisters* » avaient globalement une expression similaire de leur variance de genre. Cependant, ceux qui présentaient une aggravation de leur dysphorie entre 10 et 13 ans étaient plus à même d'avoir une identité transgenre stable. Il a également été observé que les enfants qui persistent auraient des symptômes plus sévères de dysphorie de genre durant l'enfance et seraient plus nombreux à avoir réalisé une transition sociale dans l'enfance.

Jusqu'en 2012, seulement 2 cliniques spécialisées (*gender clinics*), une au Canada et une aux Pays-Bas, avaient recueilli suffisamment de données cliniques pour définir empiriquement des conduites à tenir avec ces adolescents. Ces 2 institutions ont conclu que la conduite à tenir face à ces dysphories de genre apparues dans l'adolescence est plus compliquée que celle des dysphories de genre à début précoce, et que ces adolescents souffrent plus fréquemment de psychopathologie, comme l'ont montré Byne et al. en 2012 (36). Or, la question de la comorbidité psychopathologique, dont il est parfois difficile de déterminer si elle est préexistante, co-occurrence ou secondaire, est une question extrêmement compliquée chez ces adolescents, j'y reviens dans le chapitre à ce sujet.

Concernant la forme clinique à début rapide, voici un résumé des résultats obtenus par Littman et des mécanismes de contagion sociale. Les résultats de cette étude ont été obtenus par l'intermédiaire de questionnaires (90 questions) remplis par 256 parents d'adolescents ou jeunes adultes présentant une dysphorie de genre à début rapide.

Les résultats obtenus sur les caractéristiques démographiques et cliniques des adolescents et jeunes adultes dont les parents ont répondu sont les suivants :

- ✓ Sexe de naissance : nées filles : 82.8%, nés garçons : 17.2% ;
- ✓ Age moyen de ces adolescents : 16.4 ans (11-27) ;
- ✓ Début de la dysphorie de genre : durant la puberté : 48.8%, après la puberté : 51.2%.

La description de nombreux cas apparaissant au sein de groupes de pairs dont un ou plusieurs membres sont ou s'identifient comme transgenres, et l'augmentation de l'exposition à internet et aux réseaux sociaux précédant l'annonce de la transidentité soulèvent l'hypothèse d'une contagion sociale par les pairs. Les parents ont en effet rapporté que dans 2/3 des cas leur enfant avait augmenté son usage d'internet et des réseaux sociaux, et qu'il avait un ami devenu transgenre durant la période précédant la divulgation de sa transidentité :

- ✓ Appartenant à un groupe d'amis dans lequel un ou plusieurs amis est devenu transgenre durant la même période : 21.5%
- ✓ Ayant eu un usage majoré des médias et d'internet : 19.9%
- ✓ Les 2 : 45.3%
- ✓ Aucun des 2 : 5.1%

La contagion sociale est définie par Marsden (37) comme la diffusion d'affects ou de comportements au sein d'une population. La contagion par les pairs, plus particulièrement, est le processus selon lequel un individu et un ou plusieurs de ses pairs s'influencent mutuellement d'une façon qui promeut des émotions ou comportements pouvant potentiellement altérer leur propre développement ou blesser les autres. La contagion par les pairs a été associée aux symptômes dépressifs, aux troubles du comportement alimentaire, à l'agressivité, au harcèlement et à l'usage des drogues, comme le décrivent Prinstein en 2007 (38) et Dishion et al. en 2011 (39).

Les symptômes dépressifs peuvent diffuser au sein d'un groupe par les mécanismes de co-rumination, qui entraînent la discussion répétitive des problèmes, la recherche d'une réassurance excessive et des feed-back négatifs (39)(40)(41). Il a été démontré que la contagion par les pairs est un facteur de risque de troubles du comportement alimentaire, en rapport avec les symptômes internalisés et les comportements partagés et diffusés par les pairs et qu'il existe au sein du groupe une valorisation, une validation et une promotion du trouble comme identité, ainsi que des comportements partagés pour convaincre parents et personnel soignant quant aux évolutions du trouble et aux thérapeutiques.

Selon Littman, ces éléments peuvent être pertinents dans la réflexion autour des dysphories de genre à début rapide. Si des mécanismes similaires sont en marche dans ces dysphories de genre, cela complique l'évaluation et le traitement de ces adolescents.

Comme le soulignent Bechard et al. en 2017 (42), la dernière décennie a été marquée par une augmentation de la visibilité de la transidentité dans les médias, sur les réseaux sociaux, des contenus diffusés par des personnes transgenres sur les problématiques transgenres et la transition sociale et médicale, qui est à double tranchant :

- ✓ D'un côté, l'augmentation de visibilité a donné une voix aux individus qui auraient été sous-diagnostiqués et sous-traités dans le passé ;
- ✓ D'un autre côté, il est plausible que ces contenus en ligne puissent encourager des personnes ayant une vulnérabilité psychoaffective à croire que des symptômes non spécifiques et des sentiments négatifs quant à leur corps devraient être interprétés comme une dysphorie de genre émergeant d'une transidentité.

A ce propos, Byne et al. (36) soulèvent les inquiétudes suivantes :

- ✓ Les adolescents pourraient en arriver à croire qu'une transition est la seule solution à leur situation et à leurs problèmes ;
- ✓ Ces contenus auxquels ils sont exposés sont systématiquement positifs sur la transition, ce qui pourraient intensifier leurs croyances ;
- ✓ Ces adolescents pourraient souhaiter faire pression sur les médecins pour avoir accès rapidement aux traitements médicaux.

Il existe en effet des sites populaires auprès des adolescents et jeunes adultes diffusant l'idée que des symptômes non spécifiques peuvent être considérés comme une dysphorie de genre, que la transition est une urgence, et donnant des conseils pour obtenir rapidement des traitements hormonaux (reddit.com, tumblr.com, transgenderreality.com) (31).

Concernant la rapidité et soudaineté de l'annonce de la transidentité chez ces adolescents, Littman a recueilli les résultats suivants :

- ✓ Âge à l'annonce : 15.2 ans (10-21)
- ✓ Annonce apparaissant inattendue aux parents, sans élément antérieur de dysphorie de genre :
Oui : 80.9%, Non : 12.9%
- ✓ Si un moment au cours duquel votre enfant ne semblait pas dysphorique de genre est repéré, combien de temps y a-t-il eu entre ce moment et l'annonce de la transidentité :
 - Ne semblait pas dysphorique de genre au moment de l'annonce : 32.4%
 - < 1 semaine à 3 mois : 26%
 - 4-6 mois : 12.4%
 - 7-9 mois : 4%
 - 10-12 mois : 11.6%
 - > 12 mois : 8%
- ✓ Combien de temps après l'annonce votre enfant a-t-il demandé une transition ?

- En même temps : 33.7%
- < 1 semaine à 1 mois : 12.9%
- 2-5 mois : 10.2%
- > 6 mois : 7.5%
- N/A : 29.4%
- ✓ Concernant les demandes quant à la transition, votre enfant :
 - Vous a dit qu'il voulait une hormonothérapie cross-sex : 67.2%
 - Vous a dit qu'il voulait aller dans un centre spécialisé : 58.7%
 - Vous a dit qu'il voulait un traitement chirurgical : 53.4%
 - Vous a parlé de la problématique des suicides chez les adolescents transgenres comme une raison d'accepter le traitement : 31.2%
- ✓ Votre enfant a de très grandes attentes sur le fait que la transition va résoudre ses problèmes dans le domaine social, scolaire, professionnel et de sa santé mentale : Oui : 55.9%, Non : 5.1%
- ✓ Votre enfant avait la volonté de travailler sur ses problèmes de santé mentale avant de chercher les traitements de la dysphorie de genre : Oui : 43.9%, Non : 28.1%.

Enfin, concernant l'évolution de la dysphorie de genre et les taux de persistance et désistement, Littman recueille les données suivantes :

- ✓ Persistance et désistement au moment de l'étude :
 - Adolescents s'identifiant toujours comme transgenre (persistance) : 83.2%
 - Adolescents ne s'identifiant plus comme transgenre (désistement) : 5.5%
 - Dont adolescents ne s'identifiant plus comme transgenre après avoir réalisé une transition (ayant donc « dé-transitionné ») : 1.2%
 - Adolescents doutant de leur transidentité : 2.7%
 - Parents ne sachant pas si leur enfant s'identifie toujours comme transgenre : 8.6%
- ✓ Durée de la transidentité au moment de l'étude (moyenne et écart-type) :
 - Chez les adolescents s'identifiant toujours comme transgenre (persistance) : 14.4 mois (0.1-72 mois)
 - Chez les adolescents ne s'identifiant plus comme transgenre (désistement) : 24 mois (0.75-120 mois)
 - Chez les adolescents ne s'identifiant plus comme transgenre après avoir réalisé une transition (ayant donc « dé-transitionné ») : 15 mois (3-36 mois)

L'identification transgenre dans ces cas de dysphorie de genre à début rapide peut donc être temporaire, 8.2% des adolescents ayant désisté ou traversant une période de doute selon leurs parents.

De plus, les résultats de l'étude sur la comparaison des durées d'identification transgenre dans les 3 sous-populations montrent que les adolescents ayant désisté ont une plus longue durée d'identification transgenre (moyenne à 24 mois) que ceux qui s'identifient encore comme transgenre au moment de l'étude (moyenne à 14.4 mois). Ces résultats suggèrent qu'une période d'observation plus longue pourrait révéler des taux plus élevés de désistement.

Concernant les adolescents qui ont désisté après une transition, on note une durée d'identification transgenre plus courte que chez ceux n'ayant pas réalisé de transition (moyenne à 15 mois, de 3 à 36 mois). Selon l'auteure, ces données parentales concordent avec les données jusque-là anecdotiques issues de témoignages d'adolescents qui ont désisté de leur dysphorie de genre à début rapide entre 9 et 36 mois après l'apparition du trouble.

II.3 Prévalence

On retrouve dans la littérature des données de prévalence très variables les unes des autres, selon le pays étudié et la mesure réalisée (de la variance de genre à la dysphorie ayant amené à consulter en centre spécialisé).

En 1985, Meyer-Bahlburg et al. (43) estimaient la prévalence de la dysphorie de genre chez l'adulte entre 1/24 000 et 1/37 000 des sujets nés garçons (MtF) et 1/103 000 à 1/150 000 des nées filles (FtM).

En 1993, en comptabilisant les personnes recevant une hormonothérapie au sein du principal centre spécialisé des Pays-Bas, Bakker et al. (44) rapportent une prévalence de 1/12 000 chez les sujets nés garçons et 1/30 000 chez les nées filles.

Les récentes études estiment la prévalence de la dysphorie de genre, la transidentité et la variance de genre chez l'adolescent et l'adulte entre 0.2 et 1.1% de la population générale (la variance de genre caractérise une variation individuelle dans les rôles et comportements de genre qui dévie des normes culturelles spécifiques au genre, qui n'implique pas de détresse et est donc en cela différente de la dysphorie de genre (45)).

Kuyper et al. en 2014 (46) mesurent 3 aspects de la dysphorie de genre sur un échantillon de la population hollandaise (8 064 personnes âgées de 15 à 70 ans) : identité de genre, dégoût du corps de naissance et désir d'avoir un traitement hormonal ou chirurgical de réassignation sexuelle. Les résultats montrent que :

- ✓ 4.6% des nés garçons et 3.2% des nées filles rapportent une identité de genre ambivalente (identification à l'autre sexe identique et à leur sexe de naissance identique) ;
- ✓ 1.1% des nés garçons et 0.8% des nées filles rapportent une identité de genre incongruente (identification à l'autre sexe plus fortes que celle à leur sexe de naissance) ;
- ✓ De plus faibles pourcentages sont retrouvés pour le dégoût du corps et le désir de traitements, en combinant le nombre d'hommes ou femmes rapportant une identité de genre ambivalente ou incongruente avec le dégoût du corps et le désir de traitements, ils retrouvent 0.6% des nés garçons et 0.2% des nées filles.

Flores et al. en 2016 (47) réalisent une étude de prévalence des personnes transgenres aux Etats-Unis selon leur ethnicité et estiment que 0.5% des adultes blancs, 0.8% des adultes africains, afro-

américains et noirs, 0.8% des adultes « latinos » ou hispaniques et 0.6% des adultes d'autres ethnicités s'identifient comme transgenres.

Zucker et al. en 2017 (48) retrouvent une prévalence de transidentité en population générale, chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte de 0.5 à 1.3%, ce qui est nettement supérieur aux taux de prévalence basés sur les échantillons de patients de centres spécialisés.

En effet, à partir des données en population clinique reçus dans un centre spécialisé, Arcelus et al. en 2015 (49) retrouvent une prévalence d'approximativement 1/14 700 chez les nés garçons (ou 6.8/100 000) et 1/38 500 (ou 2.6/100 000) chez les nés filles.

Wiepjes et al. réalisent en 2017 (50) une étude sur la cohorte de la totalité des patients (enfants, adolescents et adultes) reçus en centre spécialisé à Amsterdam de 1972 à 2015 : ils ont reçus 6 793 patients, 4 432 nés garçons, 2 361 nées filles, le nombre de patients reçus par an a été multiplié par 20, de 34 personnes en 1980 à 686 personnes en 2015. À partir de ces données, la prévalence estimée aux Pays-Bas en 2015 est de 1/3 800 pour les MtF et 1/5 200 pour les FtM.

De Vries et al. en 2012 (51) ont décrit l'augmentation du nombre de jeunes patients reçus chaque année dans le centre spécialisé à Amsterdam :

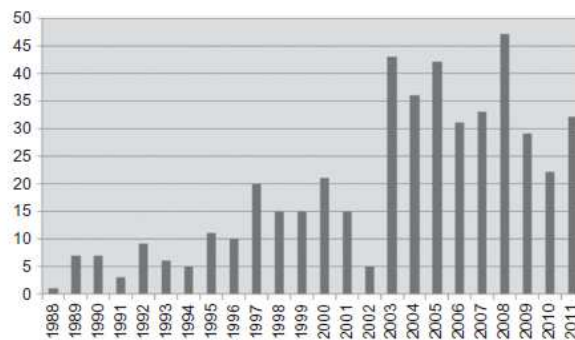


FIGURE 1 Referred children, Dutch Gender Identity Clinic, 1987–2011.

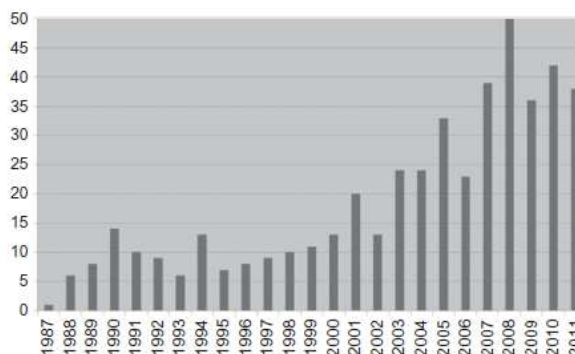


FIGURE 2 Referred adolescents, Dutch Gender Identity Clinic, 1987–2011.

Khatchadourian et al. ont fait de même en 2014 au sein du centre spécialisé canadien de Vancouver (52) :

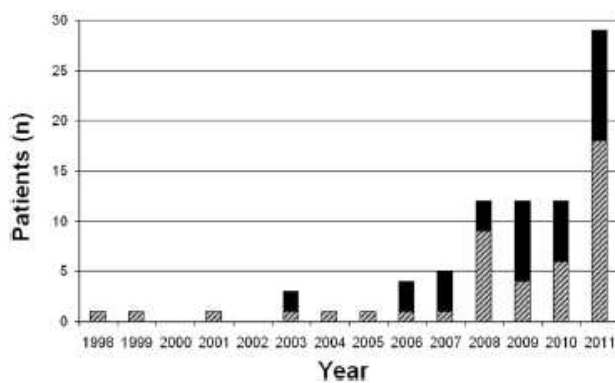


Figure. Number of new patients with gender dysphoria seen in 1998-2011. MtF, black bars; FtM, hatched rectangles.

Concernant le sex-ratio chez l'enfant, on note une prévalence plus élevée des nés garçons que des nées filles dans la plupart des échantillons des centres de référence, mais il est possible que les garçons féminins consultent plus tôt, parfois avec des symptômes même peu marqués, alors que les filles masculines sont socialement mieux tolérées et sont beaucoup moins nombreuses à consulter.

En effet, une vaste étude longitudinale réalisée par Van Beijsterveldt et al. en 2006 (53) à partir du registre des naissances des jumeaux des Pays-Bas, portant sur environ 14 000 enfants jumeaux âgés de 7 ans n'ayant pas consulté en centre spécialisé, a établi une prévalence de 3,2 % de dysphorie de genre chez les nés garçons et 5,2 % chez les nées filles, diminuant à respectivement 2,4 % et 3,3 % à l'âge de 10 ans ($n \approx 8\,500$).

En revanche, on a observé une récente inversion du sex-ratio chez l'adolescent, passant d'une sur-représentation des nés garçons à celle des nées filles (52).

C'est également ce que l'on retrouve à l'échelle nationale auprès de l'équipe parisienne du Dr Condat avec 42% de nés garçons et 58% de nées filles au sein de leur échantillon composé essentiellement d'adolescents, d'âge moyen de 15.5 ans. Tandis que les enfants reçus sont principalement des nés garçons, de 5 à 7 ans (54).

II.4 Comorbidité psychiatrique

II.4.1 Troubles internalisés

De Vries et al. (55) réalisent entre 2002 et 2009 une étude auprès de 105 adolescents (52 nées filles et 53 nés garçons) présentant une dysphorie de genre à début précoce, avec intensification des symptômes au début de la puberté, reçus au centre spécialisé d'Amsterdam. Des évaluations psychologiques et pédopsychiatriques ont été réalisées auprès des adolescents et de leurs parents. Ils montrent que 67.6% des 105 adolescents n'ont pas de comorbidité psychiatrique, 32.4% en ont au moins une, 15.2% au moins 2. Les troubles les plus retrouvés sont :

- ✓ Les troubles anxieux (incluant phobie spécifique, anxiété sociale, agoraphobie, anxiété de séparation et anxiété généralisée) chez 21% des adolescents, dont :
 - Anxiété sociale chez 9.5% ;
 - Phobie spécifique chez 7.6% ;
- ✓ Les troubles de l'humeur (incluant épisode dépressif majeur et dysthymie) chez 12.4%, dont :
 - Épisode dépressif majeur chez 8.6% ;
- ✓ Les troubles avec comportements perturbateurs (incluant TDAH et trouble oppositionnel avec provocation) chez 11.4%, dont :
 - Trouble oppositionnel avec provocation chez 8.6%.

Le taux de 32.4% d'adolescents présentant au moins une comorbidité est plus élevé que la prévalence retrouvée en population générale : 21% dans un échantillon national d'adolescents hollandais (56), 17% dans un échantillon national d'adolescents nord-américain (57) ; mais relativement faible comparée à celle obtenue chez des enfants prépubères dysphoriques de genre dans cette même clinique en 2007, dont 52% présentaient une comorbidité ou plus (58), et comparée aux résultats d'autres études montrant plus de comorbidité chez les adolescents comparés aux enfants (59,60), j'y reviens ci-dessous.

Le taux de 9.5% d'adolescents présentant une anxiété sociale est bien plus élevé que la prévalence retrouvée en population générale : 1.65 à 6.5% dans les échantillons nationaux hollandais et nord-américains. Cette sur-représentation de l'anxiété sociale indique que le développement des relations avec leurs pairs chez ces adolescents est altéré.

En effet, dans une étude multicentrique au sein des centres spécialisés d'Amsterdam et de Toronto, Steensma et al. montrent en 2014 (59) que les relations avec les pairs est le critère le plus prédicteur de psychopathologie à la CBCL (remplie par les professeurs), et, comparant enfants et adolescents, que les adolescents de l'étude ont des relations avec leurs pairs plus pauvres que ce que l'on retrouve chez les enfants.

Face à ces données, De Vries et al. ont mené en 2016 (61) une autre étude multicentrique évaluant auprès des adolescents (par la YSR), de leurs parents et professeurs (par la CBCL) la prévalence des troubles internalisés (émotionnels) et externalisés (comportementaux) chez ces enfants et adolescents, et trouvent des scores moyens de troubles émotionnels et comportementaux dans l'intervalle pathologique de façon significative chez les enfants comme chez les adolescents de l'étude, avec une prépondérance de troubles internalisés par rapport aux troubles externalisés.

Ils ont également mis en évidence que le critère le plus prédicteur de troubles psychoaffectifs avec ces 2 échelles était la pauvreté des relations avec les pairs ; et trouvent notamment que les nés garçons ont des relations avec leurs pairs plus pauvres que les nées filles dans les 2 cliniques. Ceci est rattaché au fait que l'identification, les rôles et les comportements transgenres seraient, de même que chez les filles « garçons manqués » (*Tom boy*) et les garçons « filles manquées » ou efféminés (*Sissi boy*), mieux acceptés socialement. Selon les auteurs, ces résultats sont en accord avec ceux d'autres études montrant que l'ostracisme social et la victimisation par les pairs sont des facteurs de risque de psychopathologie chez les enfants et adolescents dysphoriques de genre (62–65).

En 2015, Kaltiala-Heino et al. (66) mènent une étude sur 47 enfants et adolescents pris en charge en centre spécialisé en Finlande. Leur échantillon présentait une psychopathologie importante avec 74% des enfants et adolescents (35 sur les 47) prenant des traitements psychiatriques pour d'autres raisons que la dysphorie de genre. Ils retrouvaient dans cet échantillon :

- ✓ Des symptômes dépressifs chez 64 % des enfants et adolescents,
- ✓ Une persécution importante à l'école chez 57 % (les brutalités à l'école ayant commencé avant le début de la dysphorie de genre et n'étant pas liées au genre pour 67 % d'entre eux),
- ✓ Des tentatives de suicide ou comportements auto-agressifs chez 53 %,
- ✓ Ceci sans différence significative entre les filles et les garçons.

D'après les données recueillies depuis l'ouverture de la consultation spécialisée à la Pitié-Salpêtrière en 2013, l'équipe parisienne retrouve une co-occurrence de troubles psychopathologiques chez 77% des enfants et adolescents reçus (54), avec principalement :

- ✓ Dépression : chez 70% des enfants et adolescents reçus, principalement idéation suicidaire et comportements auto-agressifs (scarifications, blessures), 20% ont un antécédent de TS ; concernant les tentatives de suicide, on retrouve chez les MtF une prévalence de TS supérieure à celle observée chez les garçons cisgenres, tandis que chez les FtM elle est identique à celle observée chez les filles cisgenres ; ils notent qu'après transition, la prévalence des TS et automutilations est identique chez les adolescents dysphoriques de genre qu'en population générale ; ils identifient 4 facteurs psychosociaux principaux : le manque de soutien social, la solitude, la victimisation et la stigmatisation ;
- ✓ Anxiété : chez 45% des enfants et adolescents reçus, principalement angoisse de séparation chez les jeunes nés garçons et l'anxiété sociale, présente chez 10% de leurs patients ;
- ✓ Ostracisme : chez 65% des enfants et adolescents reçus, brutalités et harcèlement à l'école ; ils notent qu'il est important de considérer l'ostracisme comme une co-occurrence et non comme une conséquence de la dysphorie de genre afin d'y porter une attention toute particulière dans la prise en charge globale du patient (soutien psychique, des capacités sociales, et/ou à la transition sociale) ;
- ✓ Sur le plan scolaire : 40% ont une rupture scolaire dans leur histoire, 20% des troubles des apprentissages ;
- ✓ 35% ont un antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie ;
- ✓ 30% ont ou ont eu des hallucinations acoustico-verbales (ce qui complique leur prise en charge thérapeutique).

Comme les auteurs hollandais le mentionnent dans leur discussion (55), la faible prévalence de comorbidité des études de de Vries (comparée aux autres études précédemment citées) peut être lié en partie au fait que les adolescents « chez lesquels il était évident que la dysphorie de genre n'était pas le problème principal » ont été exclus de l'échantillon étudié.

Concernant le sex-ratio des comorbidités, d'importantes différences ont été retrouvées entre les nés garçons et les nées filles. Comparés aux nées filles, les nés garçons souffrent plus souvent de 2 comorbidités ou plus, 22.6 versus 7.7%, notamment de trouble de l'humeur, 20.8 versus 3.8%, et d'anxiété sociale, 15.1 versus 3.8%. De plus, les adolescents dysphoriques de genre présentent des types de psychopathologie habituellement associée au genre vécu et désiré : en population générale, les taux d'anxiété et de dépression sont plus élevés chez les adolescentes que chez les adolescents, et inversement les taux de troubles avec comportements perturbateurs sont plus élevés chez les garçons que chez les filles (56,57). Au contraire dans les 2 études de de Vries et al. en 2011 et 2016 (55,61), les

nés garçons présentent plus de troubles de l'humeur et d'anxiété sociale et moins de troubles avec comportements perturbateurs que les nées filles.

Fuss et al. en 2015 (67) retrouvent les mêmes résultats et précisent que les troubles émotionnels internalisés prévalent.

En 2015, Reisner (68) retrouve que la vulnérabilité des jeunes dysphoriques de genre inclut l'anxiété, la dépression, le risque suicidaire et l'auto-agressivité, mais selon lui autant chez les garçons que chez les filles.

Coolidge retrouve en 2002 une corrélation modeste mais significative entre dépression et dysphorie de genre.

Certains auteurs ont étudié l'anxiété de séparation chez les enfants et adolescents dysphoriques de genre :

Chez l'enfant, Zucker étudie en 1996 (69) un échantillon de 115 garçons de 6.3 ans en moyenne, reçus dans la clinique spécialisée de Toronto, formant 2 groupes, un groupe remplissant tous les critères diagnostiques de la dysphorie de genre, l'autre groupe ne remplissant pas tous les critères : il montre que les garçons diagnostiqués dysphoriques de genre présentent davantage de traits d'angoisse de séparation que les garçons du groupe ne remplissant pas tous les critères diagnostiques (64.4 versus 38.1%), sans présenter en revanche davantage de diagnostic d'angoisse de séparation.

Selon Coates, l'angoisse de séparation, les symptômes de dépression et les difficultés à gérer l'agression sont au premier plan (70). Elle avance que le garçon pris par l'angoisse induite par la séparation d'avec la mère confondrait l'être et l'avoir : « avoir maman » par « être maman ». Cela expliquerait selon elle les comportements efféminés des petits garçons.

Coolidge et al. dans une étude de 2002 (71) sur des jumeaux ne retrouvent pas de corrélation entre angoisse de séparation et dysphorie de genre.

Les liens entre psychopathologie maternelle ou familiale et dysphorie de genre chez l'enfant ou l'adolescent ont également été étudiés :

Zucker et al. relèvent en 1996 (69) plus de psychopathologie chez les parents d'enfants dysphoriques que dans la population générale, ce que retrouvent également Coates en 2008 (70) et de Vries et al. en 2012 (51).

Concernant la dysphorie de genre à début rapide, Littman en 2018 (31) a questionné les parents d'adolescents dysphoriques de genre sur la psychopathologie *préexistante* à la dysphorie de genre et a obtenu les résultats suivants :

- ✓ 62.5% des adolescents ont un diagnostic (ou plus) de trouble mental ou neurodéveloppemental, par ordre de fréquence :
 - Anxiété : 46.6%
 - Dépression : 39.4%
 - *Aucun* : 37.5%
 - Trouble Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité : 11.6%
 - Trouble obsessionnel compulsif : 8.4%
 - Trouble du Spectre Autistique : 8%
 - Trouble du Comportement Alimentaire : 4.8%
 - Trouble Bipolaire : 3.2%
 - Psychose : 2.4%

- ✓ Expérience traumatique ou stressante précédant la dysphorie de genre :
 - Oui : 48.4%
 - Non : 36.1%

- ✓ Type de traumatisme :
 - Familial (divorce des parents, décès d'un parent, trouble mental chez un des parents) : 44.2%
 - En rapport avec le sexe ou genre (viol, tentative de viol, harcèlement sexuel, relation amoureuse abusive, rupture) : 30.1%
 - Social (harcèlement, isolement social) : 20.4%
 - Déménagement ou changement d'établissement scolaire : 17.7%
 - Psychiatrique (hospitalisation en psychiatrie) : 8%
 - Médical (maladie grave ou hospitalisation médicale) : 6.2%

- ✓ Gestion des émotions négatives (qualité de *coping* à partir d'un exemple donné sur l'échec à un examen) :
 - Excellente/bonne : 13.3%
 - Moyenne : 27.5%
 - Mauvaise/très mauvaise : 58%

- Avec 61% des enfants et adolescents « submergés par les émotions fortes et essayant (ou faisant tout pour) les éviter »
- ✓ Vulnérabilités sociales :
 - Durant son adolescence, votre enfant a souffert d'anxiété sociale : 69.4%
 - Votre enfant a eu des difficultés pour interagir avec ses pairs : 44.3%
 - Notion d'isolement social (votre enfant n'interagissait pas avec ses pairs en dehors des activités scolaires) : 43.1%
 - Votre enfant s'est senti exclu par ses pairs durant une grande partie de sa scolarité : 36.5%
 - Votre enfant a subi un harcèlement persistant avant l'apparition de la DG : 29%.

II.4.2 Troubles neurodéveloppementaux

De nombreuses études ont mis en évidence une sur-représentation des troubles neurodéveloppementaux, Troubles du Spectre Autistique (TSA) et/ou traits autistiques, et Trouble avec Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH), chez les patients avec dysphorie de genre. Il existe une volumineuse bibliographie sur ces questions, je me centrerai dans ce paragraphe sur les études sur la co-occurrence dysphorie de genre/variance de genre et TSA/trait autistique.

Comme le notent Nabbijohn et al. en 2018 (72), curieusement, alors que la dysphorie de genre et les TSA sont 2 troubles bien distincts et semblent concerner pour chacun d'entre eux une minorité de la population générale, de nombreuses études quantitatives ont rapporté un TSA ou des traits autistiques fréquents chez les patients dysphoriques de genre et une dysphorie ou variance de genre fréquente chez les patients diagnostiqués TSA.

En effet, de Vries et al. retrouvent dans une étude de 2010 (73) une incidence de 7,8 % de TSA dans un échantillon de 204 enfants et adolescents avec dysphorie de genre (115 nés garçons, 89 nées fille, âge moyen 10.8 ans), plus précisément 6.4% chez les enfants prépubères et 9.4% chez les adolescents. Ces taux sont bien supérieurs aux taux retrouvés dans la population générale estimés à 1-1.5%, avec 3-4 fois plus de garçons diagnostiqués (74), (75).

Cette étude a alors ouvert la voie à de nombreuses autres recherches à ce sujet, ayant toutes retrouvé la fréquence de cette co-occurrence. Van der Miesen et al. publient en 2016 une revue de la littérature à ce sujet (76), ils ont sélectionné et discuté 25 études publiées à ce sujet et détaillent les

différentes hypothèses proposées pour expliquer le lien entre dysphorie de genre et TSA, concluant qu'aucune d'entre elles ne bénéficie de preuve suffisante à ce jour. Ces hypothèses sont divisées en facteurs biologiques, sociaux et psychologiques, pour ne citer que les principales : théorie du cerveau hyper-masculin et exposition prénatale à des taux élevés de testostérone (ce qui pourrait être une hypothèse chez les FtM mais pas chez les MtF) ; troubles de la communication sociale, pauvreté des relations avec les pairs, harcèlement, aversion pour le genre masculin suite aux brutalités vécues chez les MtF ; trouble obsessionnel compulsif et intérêts obsessionnels, rigidité psychique, altération de la théorie de l'esprit, orientation sexuelle, développement de l'identité de genre.

A titre d'exemples :

Jacobs et al. en 2014 (77) propose l'hypothèse selon laquelle la formation d'une identité sexuée claire dépend de compétences sociales, cognitives et de communication qui peuvent être perturbées chez les enfants porteurs de TSA : ils peuvent faire l'expérience d'une perturbation de leur *moi* (ou *self*) ayant des conséquences sur l'appréhension des catégories liées au genre masculin ou féminin. Plus particulièrement, les patients avec TSA sans déficience intellectuelle ont des difficultés pour se représenter les émotions et s'identifier à celles des autres.

Des auteurs ont cherché à identifier les traits autistiques spécifiques présentés par les jeunes dysphoriques de genre, une hypothèse étant qu'ils pourraient présenter des difficultés particulières dans les domaines des comportements stéréotypés et de la résistance au changement, ce qui a été infirmé (78).

Jones et al. s'appuient en 2012 (79) sur la théorie du cerveau hyper-masculin en comparant les femmes avec TSA, hyper-masculinisées dans certains de leurs comportements, et les femmes avec dysphorie de genre (FtM) masculinisées, chez qui il retrouvent des scores élevés de quotient autistique (*Autism Spectrum Quotient, AQ*). Ils comparent 5 groupes (FtM, MtF, femmes typiques, hommes typiques et syndrome d'Asperger) et montrent que les FtM ont des scores supérieurs aux femmes et hommes typiques et aux MtF, mais inférieurs aux patients avec syndrome d'Asperger. Ils en dégagent alors l'hypothèse que les femmes dysphoriques de genre ayant plus de traits autistiques, elles rencontrent des difficultés sociales pour être en relation avec leurs pairs féminines et trouvent alors plus simple de s'identifier à des groupes de pairs masculins.

En 2013, Pasterski et al. (80) examinent la co-occurrence entre dysphorie de genre et traits autistiques dans la population adulte pour voir si cette forte prévalence persiste après l'enfance et l'adolescence, ainsi que pour fournir une évaluation supplémentaire du sex-ratio de cette co-occurrence : auprès de 91 adultes dysphoriques de genre pris en charge dans une clinique spécialisée, ils retrouvent une prévalence de traits autistiques faisant poser un diagnostic de TSA de 5.5%, qu'ils comparent aux valeurs en population générale comprises entre 0.5 et 2%. Ils ne retrouvent pas de différence significative entre MtF et FtM. Ces résultats questionnent également les hypothèses soulevées à ce jour.

En 2014, Strang et al. ont déterminé (81) le nombre d'enfants qui souhaiteraient être de l'autre sexe au sein d'un groupe d'enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux, ainsi que dans 2 groupes témoins filles et garçons : les parents d'enfants porteurs de TSA et de TDAH ont rapporté une variance de genre plus fréquente que celle retrouvée dans les 2 groupes témoins :

- ✓ Chez les 165 enfants TSA et TDAH, on retrouve 5,4% de variance de genre chez les enfants TSA et 4,8% chez les enfants TDAH ;
- ✓ Chez les 1 605 enfants du groupe contrôle (754 filles et 851 garçons), on retrouve une variance de genre de 0 à 0,7 %.

Ainsi, les patients atteints de TSA expriment 7,59 fois plus de variance de genre, et ceux atteints de TDAH 6,64 fois plus que les enfants en population générale.

Skagerberg et al. en 2015 (82) ont demandé aux parents de 166 jeunes dysphoriques de genre (âge moyen 14.3 ans) de compléter la SRS (*Social Responsiveness Scale*, échelle de réceptivité ou réciprocité sociale), les informations concernant le diagnostic de TSA étaient extraites de leurs dossiers médicaux : 45.8% des patients avaient un score normal (dont 2.8% avaient un diagnostic de TSA), 27% avaient un score de trouble modéré (dont 15.6% avaient un diagnostic de TSA et 6.7% une suspicion de TSA), et 27% sévère (dont 24.4% avaient un diagnostic de TSA et 26.7% une suspicion de TSA). Aucune différence n'est retrouvée sur les traits autistiques entre les nées filles et les nés garçons. Ils soulignent qu'il est difficile de déterminer si les TSA constituent un diagnostic séparé ou s'ils font partie des troubles liés à la dysphorie de genre. Il est probable que la combinaison entre TSA et dysphorie de genre participe à la variabilité clinique de présentation de la dysphorie de genre. Reste donc à savoir si les traits autistiques sont une conséquence de la dysphorie de genre ou s'ils sont retenus comme un diagnostic séparé. Dans certains cas au contraire, la dysphorie de genre semble être un trait du TSA qui constitue alors une entité à part.

En 2015, VanderLaan et al. (83) retrouvent les mêmes résultats, également sans différence entre les nées filles et les nés garçons. De plus, ils constatent une augmentation des intérêts obsessionnels et une certaine rigidité de convictions et de croyance chez les enfants dysphoriques de genre, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin. Si ces convictions ont tendance à s'assouplir après l'âge de 5 ans, ce n'est pas le cas chez les TSA qui n'atteignent pas ce niveau de flexibilité dans leur développement du genre. Ainsi, les fragilités mineures liées à la dysphorie de genre entraîneraient une fixation rigide aux stéréotypes de genre.

En 2018, van der Miesen et al. ont examiné (78,84) les traits autistiques chez 490 enfants avec dysphorie de genre, comparés à 2 507 enfants à développement typique et à 196 enfants avec TSA, les scores obtenus au CSBQ par les enfants dysphoriques de genre sont compris entre ceux des enfants à développement typique et ceux des enfants avec TSA. Le groupe dysphorie de genre montre des degrés élevés de symptomatologie autistique dans tous les sous-domaines de l'échelle, pas seulement dans les sous-domaines « comportements stéréotypés » et « résistance au changement ». De plus, il n'y a pas de différence entre les genres (MtF, FtM).

Ils comparent également le désir d'être du genre opposé et que les troubles émotionnels et du comportement (avec le YSR, *Youth Self-Report* et l'ASR, *Adult Self-Report*) chez 573 adolescents (469 nés garçons, 104 nées filles) et 807 adultes (616 nés garçons, 191 nées filles) avec TSA à 1 016 adolescents et 846 adultes en population générale. Ils retrouvent que 6.5% des adolescents et 11.4% des adultes avec TSA répondent qu'ils aimeraient être du genre opposé, pour des valeurs de 3 et 5% dans les groupes en population générale.

II.4.3 Comorbidité et décision thérapeutique

Chez l'adolescent, l'évaluation pédopsychiatrique a pour but d'explorer l'identité de genre et sa construction, d'identifier ses éventuelles difficultés psychoaffectives et comorbidités psychiatriques, d'évaluer si la dysphorie de genre est la problématique principale de l'adolescent, afin de pouvoir réfléchir et décider collégalement de l'indication ou non du traitement hormonal (suppression pubertaire et/ou hormonothérapie du sexe opposé), et de définir sa temporalité.

Or, les comorbidités et difficultés psychoaffectives repérées peuvent être préexistantes, co-occurentes ou secondaires à la dysphorie de genre, ce qui est notamment le cas des troubles anxiodépressifs, la dysphorie de genre pouvant entraîner ces états, et un trouble anxieux ou dépressif pouvant conduire à des interrogations plus générales sur l'identité.

Différents auteurs précisent qu'il est important de prendre en considération les facteurs de vulnérabilité psychique de chaque adolescent dans l'évaluation de l'indication du traitement hormonal et du moment le plus adapté à son introduction : à quel point et à quel moment l'adolescent est-il prêt à débiter le traitement ? Chez certains patients, la période d'évaluation peut être de quelques mois avant la suppression pubertaire et d'un an avant l'hormonothérapie de sexe opposé ; chez d'autres au contraire on posera l'indication de prolonger la période d'exploration psychothérapeutique (85), (86), (87), (33,66).

En effet, Cohen-Kettenis et al. en 2011 (85) et Costa et al. en 2015 (88) soutiennent que si les facteurs de vulnérabilité psychique (anxiété, dépression, auto-agressivité par exemple) sont clairement secondaires à la dysphorie de genre ou une conséquence de l'ostracisme social, il est probable qu'ils s'améliorent avec l'initiation du traitement hormonal et une thérapie psychosociale de soutien (comportant soutien psychologique et soutien à la transition sociale).

Au contraire, ils précisent que si la vulnérabilité psychique est antérieure à l'émergence de la dysphorie de genre, si elle résulte d'une prédisposition à un trouble de l'humeur ou à un trouble anxieux, un trouble de personnalité naissant, chez un adolescent avec des antécédents personnels et familiaux et/ou évoluant dans une dynamique familiale difficile, il est probable qu'une prise en charge psychologique plus vaste soit requise.

De même, de Vries et al. en 2011 (89) expliquent que les lourdes comorbidités psychiatriques et les difficultés globales permettant de repérer que la dysphorie de genre n'est pas la problématique principale de l'adolescent peuvent être des critères d'exclusion au traitement immédiat et orienter vers un traitement différé.

En revanche, la dysphorie de genre peut également survenir dans un contexte de trouble psychiatrique sévère, la conduite à tenir dans ces situations est alors claire : le groupe de travail de l'*American Psychiatric Association* sur le traitement de la dysphorie de genre note que ces adolescents doivent être évalués avec une grande attention pour détecter l'émergence du désir de réassignation sexuelle dans un contexte de traumatisme ou de trouble psychiatrique sévère (schizophrénie, épisode maniaque, dépression avec symptômes psychotiques) qui peuvent produire une confusion du genre vécu. Quand elle est présente, une telle psychopathologie doit être prise en charge avant d'accompagner l'adolescent dans sa décision de transition (qu'il s'agisse de poursuivre ou non sa réassignation sexuelle) ou dans sa transition déjà débutée ou réalisée.

II.5 Hypothèses étiologiques

II.5.1 Psychopathologie et hypothèses psychologiques

Voici une présentation très succincte des différents modèles développés à ce propos, psychanalytique, socio-cognitif et intégratif :

✓ Les modèles psychanalytiques :

- La théorie freudienne de la bisexualité psychique : couple actif–passif, féminin–masculin (Freud, L'organisation génitale infantile, 1923)

Le couple actif–passif constitue une opposition primordiale dans le psychisme de l'être humain. Ces 2 pôles antagonistes et complémentaires forment 2 composantes essentielles de la vie pulsionnelle. Selon Freud, il n'y a pas des pulsions actives et des pulsions passives, c'est le but même de ces pulsions qui revêt un caractère soit actif, soit passif. La sexualité humaine est une psychosexualité où le féminin et le masculin se succèdent, s'opposent, s'intriquent, constituant la bisexualité psychique, qui atteint son apogée avec l'organisation œdipienne. Mais dans le cadre de la bisexualité psychique, d'origine corporelle, Freud est parti d'une vision phallogcentrique de la sexualité, ce qu'on n'a cessé de lui reprocher. Il décrit l'avènement du féminin au moment de la puberté avec la connaissance du vagin : « Au stade de l'organisation pré-génitale sadique-anale, il n'est pas encore question de masculin et de féminin, l'opposition entre actif et passif est celle qui domine. Au stade suivant, celui de l'organisation génitale infantile, il y a bien un masculin, mais pas de féminin. C'est seulement quand le développement s'achève, à la puberté, que la polarité sexuelle coïncide avec masculin et féminin. Le masculin rassemble le sujet, l'activité et la possession du pénis ; le féminin perpétue l'objet et la passivité. Vers la fin de son enseignement, il s'élève contre les notions conventionnelles associant actif et viril d'une part et féminité et passif d'autre et propose de caractériser psychologiquement la féminité par un penchant vers des buts passifs, ce qui n'est pas la même chose que de parler de passivité, et il souligne à ce propos qu'il est parfois nécessaire de déployer une grande activité pour atteindre des buts passifs (Freud, La Féminité, 1932).

- Le primat du phallus et le complexe d'œdipe

Dans la petite enfance, la différence des sexes inaugure le primat du phallus et l'œdipe. Depuis Freud, nous savons que chez le petit enfant, la première reconnaissance de la différence des sexes se fait autour de la présence ou de l'absence du pénis. Sur un plan anatomique, les sexes sont différents,

ça c'est ce que le réel du corps impose. Seulement voilà, ce réel est immédiatement élaboré par l'enfant (garçon ou fille) dans une construction imaginaire où cette différence est forcément assujettie à l'ordre d'un manque (« *pourquoi je n'ai pas de zizi ? pourquoi j'ai un zizi et pas toi ?* »). Et c'est cette construction imaginaire du manque qui fait que les sexes sont différents pour lui et qui postule implicitement l'existence d'un objet imaginaire parfois manquant : le phallus. Sur un plan perceptif, l'enfant n'ignore absolument pas que les femmes et les hommes sont différents au niveau biologique (il le voit très bien dans sa vie quotidienne au sein de sa famille, à l'école) mais il est incapable de penser ces 2 sexes comme fonctionnant différemment par rapport au phallus. C'est pourquoi Freud a nommé cette période de l'enfance le primat du phallus. C'est cela qui amène l'enfant au complexe d'Œdipe.

Le complexe d'Œdipe se décline en 3 temps :

- Au 1^{er} temps, vers 18 mois, à la fin du stade du miroir, l'enfant cherche à s'identifier à l'objet du désir de la mère ;
- Au 2^{ème} temps, l'enfant est contraint d'accepter que le père puisse rivaliser avec lui auprès de la mère, c'est là l'incidence même de la castration ;
- Au 3^{ème} temps, le déclin du complexe d'Œdipe surgit quand le père n'apparaît plus à l'enfant comme un rival, il devient le détenteur supposé du phallus et l'enfant qui en est dépourvu va le convoiter là où il se trouve (identification au père pour le garçon et désir d'enfant pour la fille).

○ À l'adolescence, après la période de latence : la 2^{ème} rencontre de la différence des sexes

Durant toute son enfance, le sujet a cru, a fantasmé qu'il pourrait obtenir le phallus le jour où il deviendrait grand. Mais au moment-même où il accède enfin à la maturité sexuelle, dans ce temps où son corps devient géniteur, l'adolescent, fille ou garçon, découvre que la promesse œdipienne n'était qu'une illusion, car ce phallus n'appartient finalement pas plus au père qu'à quiconque, puisqu'il est en fait un symbole. Symbole qui occupe une place de limite dont la fonction est de venir ordonner les rapports humains en les séparant en 2 catégories. En effet, comme dit ci-dessus, le partage entre masculin et féminin passe plus par le rapport au phallus que par la réalité biologique. Les prémices de cette séparation ont eu lieu, tant à la période phallique par la découverte de la différence biologique des sexes qu'à la période de latence par l'apprentissage des rôles sociaux masculins et féminins et par les identifications aux adultes de même sexe. Pourtant c'est à l'adolescence, après la poussée pubertaire qui transforme le corps et les sensations internes, que chaque sujet va devoir se reconnaître d'un des côtés de la sexualité dans son rapport à la jouissance, en tant que satisfaction du désir inconscient. Une jouissance qui va se répartir différemment entre les sexes à l'adolescence, au moment où le réel du

corps se particularise dans un sexe préexistant mais qui n'avait pas pour l'enfant de réelle consistance psychique.

✓ **Les modèles socio-cognitifs :**

○ La théorie cognitivo-comportementale (90) décrit 3 stades évolutifs :

- Vers 2 ans, l'enfant entre dans le stade nommé *identité de genre* durant lequel il va différencier et classer les adultes en homme ou femme, suivi d'une auto-classification de soi, ceci selon des caractéristiques socio-culturelles et physiques telles que les vêtements, la coiffure ;
- Vers 3 ou 4 ans, il accède au stade de la *stabilité de genre* durant lequel, il comprend que le sexe de l'autre est une construction stable au cours du temps. Les filles deviendront des femmes et les garçons des hommes ;
- Enfin, vers 5 ans, ils passent au 3ème stade qui est celui de la *constance de genre* : ils intègrent alors que le genre est constant au-delà du temps et des situations. Le stade de constance de genre est totalement atteint en général vers 7 ans, lorsque les enfants adoptent le même raisonnement pour des personnes qui leur sont totalement inconnues.

○ L'apprentissage social (91) décrit 2 processus :

- *Le renforcement* fait état de l'influence de l'activité et la réaction de l'adulte envers l'enfant : sans s'en rendre compte et de façon très fine, le parent encourage son enfant lorsque celui-ci se comporte conformément à son sexe biologique et inversement le décourage lorsque ses comportements sont typiques du sexe opposé, les comportements de l'enfant seraient donc modifiés en fonction de leur conséquence ;
- *La prise d'exemple* définit le fait que l'enfant va comparer les fois où il observe son père ou sa mère, l'homme ou la femme, avoir tel comportement, effectuer telle tâche ; il déterminera alors si ce comportement est plutôt féminin, plutôt masculin ou neutre. Il s'agit de l'apprentissage des rôles de genre définis par les habitudes et normes culturelles et sociales.

○ La théorie du schéma de genre (92) :

L'enfant intègre des informations du monde qui l'entoure et les catégorise selon le sexe, il accorde une attention sélective à des aspects précis de l'environnement. Il observe et imite les individus du même sexe que lui, ainsi il mémorise et organise les expériences sociales, qu'il va alors pouvoir généraliser. Il apprend les variétés de comportements associés à son sexe. Deux types de schémas sont

principalement décrits : le schéma général intragroupe/hors groupe, incluant les 2 sexes, qui est composé des informations de base dont l'enfant a besoin pour catégoriser les objets, les traits de personnalité, les comportements, les rôles féminins et masculins ; et un schéma plus détaillé associé à son propre sexe. Il construit une sorte de bi-catégorisation de genre avec des attitudes en quelque sorte stéréotypées.

- Le modèle socio-cognitif d'influence (93) définit 3 modes d'influence :
 - Le modelage : processus où les rôles et les structures incarnés dans les exemples sont extraits pour être généralisés dans de nouveaux patterns de comportements conformes aux propriétés structurales de ce que les sujets ont vu ou entendu ;
 - L'expérience propre de l'enfant : qui contient les conduites sexuées de l'enfant en lien avec les attentes de l'entourage (renforcement positif ou négatif) ;
 - L'enseignement direct : qui raconte aux enfants les rôles et comportements liés au genre sous une forme intégrée.

L'enfant fera la synthèse de ces processus pour se construire son identité sexuée. Les facteurs personnels (cognitifs, affectifs et biologiques), les comportements et rôles de genre et les événements environnementaux (notamment les traumatismes psychiques) vont influencer cette construction.

✓ Le modèle intégratif

Associant les modèles décrits ci-dessus, certains auteurs proposent l'existence d'un modèle *cognitif et affectif interne* dans lequel l'enfant construit son identité sexuée dès les premiers mois de vie à partir de sa perception et son interprétation de messages conscients et inconscients émis par les parents. L'action de l'entourage et les capacités internes de chaque enfant rendent possible la mise en place d'un sentiment d'appartenir à un sexe, ce qui permet d'élaborer sa propre identité sexuée.

En effet, comme le décrivent Chiland en 2014 (94) et Condat en 2016 (95), l'identité sexuée commence à se construire en même temps que le sentiment de la continuité d'exister, le *self*, et se confirme à l'adolescence. Le plus souvent, la puberté marque une césure dans le vécu du corps propre, et c'est le retentissement de la possibilité d'une sexualité féconde sur l'identité qu'on vise à propos des changements pubertaires psychiques. Les changements du corps vont quant à eux parachever l'identité que l'enfant reconnaissait déjà pour sienne, l'adolescent se sentira alors homme ou femme.

Chez certains sujets, ces changements pubertaires déclenchent une véritable crise dramatique. Des garçons vivent dans l'enfance comme un malheur extrême d'être un garçon et non une fille, et la

survenue de la puberté réduit à néant leur rêve d'une transformation spontanée de leur corps en femme. De même, des filles se sentent garçon et se désespèrent à la puberté de voir pousser des seins qui les dénoncent comme filles.

L'identité sexuée n'est pas secondaire, survenant après une période d'identité « primaire » qui serait neutre. L'enfant a d'emblée un sexe dans la tête des parents, dont il n'est pas d'emblée conscient bien sûr, mais il a un vécu du corps propre différent selon qu'il est garçon ou fille. On a d'ailleurs montré que les conduites parentales différaient entre père et mère selon le sexe de l'enfant : on façonne ainsi l'enfant selon les stéréotypes, les codes de sa culture et il s'y plie plus ou moins.

Au début de sa vie, ce que l'enfant éprouve est un absolu ; il ne sait pas qu'il y en a d'autres qui vivent des expériences différentes et que, parmi ces autres, certains sont plus « autres » que les autres en fonction de leur sexe. Ils le découvrent progressivement et savent distinguer filles et garçons par leurs organes génitaux à partir d'un an et demi. À 3 ans, ils disent qu'ils sont des garçons ou des filles.

Certains enfants refusent parfois leur sexe biologique. Ce refus n'est pas le caprice d'un moment, le choix occasionnel de compagnons de jeux ou de jouets de l'autre sexe ; il s'accompagne d'un chagrin profond, ils espèrent être « transformés », le garçon espère que son zizi va tomber, la fille qu'un zizi va lui pousser.

La petite fille de 3 ans n'est pas une militante féministe précoce. Elle vit un malaise intense et pense, sans le formuler avec des mots mais en l'agissant, que tout irait mieux si elle était un garçon. De même, le petit garçon en vient à penser que tout irait mieux s'il était une fille. L'un et l'autre refusent leur position et veulent « l'autre position ».

D'autres ont été des enfants mal à l'aise, isolés, solitaires, souvent en échec scolaire, sans qu'il ne le verbalise ni l'agisse. C'est seulement à la puberté qu'ils en viennent à penser que leur malaise intense est lié au fait que le sexe de leur corps ne correspond pas au sexe de leur « âme ». Ils découvrent dans les médias le nom de leur trouble : « dysphorie de genre » et, en même temps, le remède : « la transformation hormono-chirurgicale du sexe ». (94)

II.5.2 Hypothèses biologiques

Il existe de nombreux travaux étudiant d'éventuels facteurs de risque biologiques de la dysphorie de genre, je ne vais faire que citer les hypothèses proposées à ce jour, en l'état actuel des connaissances, une prédétermination biologique définitive de l'identité sexuée semble peu probable. Il n'y aurait pas un facteur biologique unique, mais de multiples facteurs, biologiques, psychologiques et sociaux qui influenceraient le développement de l'identité sexuée.

✓ Hypothèses endocriniennes et neurobiologiques :

La théorie neurobiologique de l'origine de la dysphorie de genre repose sur le fait que dans l'embryogenèse, la différenciation des organes génitaux apparaît bien avant la différenciation sexuelle du cerveau. Comme les 2 processus de différenciation ne sont pas synchrones, il se peut qu'en lien avec des niveaux d'imprégnation androgénique différents à ces 2 temps, les organes sexuels se développent vers le phénotype féminin et le cerveau vers le phénotype masculin, ou vice-versa. Ainsi, la dysphorie de genre serait à considérer comme une forme de trouble du développement sexuel limité au cerveau (96). Et l'on note une sur-représentation de la dysphorie de genre chez les patients présentant un trouble du développement sexuel (DSD) (Meyer-Bahlburg, 1994).

✓ Hypothèses génétiques :

Quelques travaux sont en faveur d'une composante génétique dans la dysphorie de genre. Des études de jumeaux, incluant des séries de cas non publiés de centres spécialisés, montrent une concordance significativement plus élevée pour la dysphorie de genre entre les jumeaux monozygotes qu'entre les jumeaux dizygotes de même sexe (72).

De plus, la différenciation sexuée du cerveau chez les mammifères étant influencée par l'activité des hormones sexuelles prénatales, on a recherché des associations entre la dysphorie de genre et des mutations des gènes codant pour les récepteurs aux hormones sexuelles ou pour leur métabolisme. À ce jour, la plupart des associations se sont avérées négatives.

Néanmoins, pour Steensma et al. (2013), si l'on constate chez patients DSD une incidence plus élevée de la dysphorie de genre, pour la plupart, même dans ces circonstances où le sujet a été exposé à des taux élevés de testostérone in utero, lorsque l'enfant a été élevé depuis la naissance dans le sexe féminin, une identité de genre féminine à l'âge adulte est la règle plutôt que l'exception. De même, en l'absence d'imprégnation androgénique prénatale, une identité de genre masculine peut se développer. Il est donc improbable pour ces auteurs que les androgènes influencent l'identité de genre d'une manière simple, exclusive et directe.

II.6 Prise en charge et traitement

Je traiterai ici les traitements psychothérapeutiques, sociaux et hormonaux, et n'aborderai pas les traitements chirurgicaux puisqu'il s'agit de thérapeutiques proposées uniquement à partir de l'âge de la majorité.

Les consultations spécialisées auprès d'enfants et adolescents qui sentent un mal-être en lien avec leur genre ont vu le jour au milieu des années 70, à Toronto, Amsterdam, New York et Londres, puis elles se sont multipliées et ces services spécialisés ont vu leur nombre de patients augmenter de façon significative chaque année.

Ces consultations ou services spécialisés font intervenir pédopsychiatres, psychologues et endocrinologues pédiatriques travaillant conjointement pour la prise en charge des enfants et adolescents. Les différents travaux de ces équipes ont permis de faire évoluer de façon remarquable les prises en charges proposées à ces enfants et adolescents. Aujourd'hui en France, depuis la première créée à Paris en 2013 à la Pitié-Salpêtrière, des consultations spécialisées se sont et continuent à se développer dans les principales grandes villes (Lyon, Marseille, Montpellier, Nice, Lille, Nancy). Il est proposé aux enfants et adolescents, ainsi qu'à leurs parents, de rencontrer dans un premier temps un pédopsychiatre, parfois accompagné d'un psychologue selon les équipes. Une période d'évaluation est réalisée sur plusieurs consultations, le médecin confirme ou non la présence d'une dysphorie de genre et s'intéresse à la présence d'éventuelles pathologies co-occurentes ; l'enfant ou l'adolescent est reçu seul et en présence de ses parents, et si cela est nécessaire et possible un suivi pédopsychiatrique et/ou psychologique est mis en place. En cours et à l'issue de l'évaluation, le pédopsychiatre présente la situation du jeune patient en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

Une étude de Cohen-Kettenis et al. en 2002 (97) a déterminé 6 facteurs amenant les parents à consulter au sein d'un service spécialisé, qui sont à prendre en considération lors de cette rencontre avec les parents :

- ✓ La croyance par les parents que le comportement de l'enfant n'est qu'une phase qui disparaîtra ;
- ✓ Leur croyance que des facteurs familiaux sont à l'origine des conflits d'identité de genre de leur enfant ;
- ✓ Leur croyance que leur enfant vit une grande détresse du fait d'être un garçon ou une fille ;
- ✓ Leur préoccupation quant au devenir de leur enfant (souhaitera-t-il une opération chirurgicale ? adoptera-t-il une orientation homosexuelle ?) ;

- ✓ Le dépassement par l'enfant d'un certain seuil de déviance vis-à-vis des normes sociales (si l'enfant commence à vouloir porter des vêtements de l'autre sexe à l'école et non plus uniquement à la maison par exemple) ;
- ✓ Un important ostracisme social.

II.6.1 Les psychothérapies

Fort d'une quarantaine d'années d'expérience auprès des enfants dysphoriques de genre, Zucker a largement décrit les modalités et bénéfices de la psychothérapie chez ces enfants (98). Il développe la théorie selon laquelle une prédisposition biologique à la dysphorie de genre associée à des causes psychodynamiques, psychosociales et familiales rendraient compte du développement du trouble. De plus, il existe une grande plasticité au changement durant l'enfance contrairement à l'âge adulte, qui va en diminuant avec l'âge même chez l'enfant, il semble donc important de prendre en charge ces patients le plus tôt possible.

Pour Zucker, il est également nécessaire d'évaluer la psychopathologie des parents, devant la fréquente psychopathologie observée chez les parents, notamment chez les mères des jeunes garçons avec dysphorie de genre. En outre, la relation d'attachement entre l'enfant et ses parents apparaît être une bonne piste d'évaluation et de travail. De même concernant la réaction parentale aux comportements précoces de l'autre genre chez leur enfant : le fait qu'une mère ne décourageant pas les comportements dits féminins de son garçon serait une variable majeure au développement d'une dysphorie de genre chez le jeune garçon.

Enfin et bien évidemment, la psychopathologie propre de l'enfant est à prendre en considération. Cela amène l'auteur à formuler une prise en charge spécifique qui, selon lui, apporte des résultats. Il traite ce trouble selon trois composantes : interventions sur le milieu naturel, interventions et traitements des parents et traitement de l'enfant.

Le traitement des parents s'attardera à discuter des interventions quotidiennes, de faits précis, puis du système familial voire de l'ambivalence présente chez certains qui pourrait être source de maintien du trouble.

Le traitement de l'enfant est une psychothérapie ouverte qui tente de comprendre comment l'enfant vit son identité de genre (confusion cognitive du genre, idéalisation du sexe opposé, angoisse de séparation). Cette thérapie abordera les questions d'angoisse, d'idéalisation de l'autre sexe, des représentations parentales pour découvrir « la solution fantasmée » de l'enfant qui envisage que devenir un membre du sexe opposé résoudra ses angoisses.

Enfin, le traitement de l'environnement naturel, devra « promouvoir des relations avec des pairs de même sexe, encourager des activités typiques du genre de l'enfant ou neutres et mettre des limites aux comportements de l'autre genre et à dialoguer avec l'enfant sur la question de genre de façon candide, adaptée à son âge de développement ».

Cette prise en charge qui peut paraître à la première lecture très dirigiste incite à comprendre qu'un jeune enfant est souvent pris au sein de fantasmes et de représentations familiales diverses qui peuvent le fixer dans une trajectoire qui n'est pas réellement la sienne. Il est nécessaire de savoir apprécier le développement dynamique, psychique et complexe de l'enfant au sein de sa famille car à cette période celle-ci joue un rôle majeur dans le devenir de l'enfant. Cette prise en charge devra être effectuée par une équipe de soignants spécialisés dans l'enfance et ses troubles.

Zucker et al. montrent également que les psychothérapies permettent de réduire le degré d'isolement social, de comorbidité psychiatrique, ainsi que la composante dysphorique de l'incongruence de genre (99).

De même, Coates (71) présente dans différentes études l'importance d'un travail individuel avec l'enfant mais également d'un travail soutenu avec les parents. Dans cette étude sur la prise en charge des garçons dysphoriques de genre d'âge préscolaire, elle se fonde sur l'angoisse de séparation des petits garçons et met en avant l'importance de renouer un lien sûr avec la mère et de tisser un lien plus ajusté avec le père. Selon elle, il est important de préciser à l'enfant et ce, dès le début de la prise en charge, que c'est toute la famille qui est en difficulté. Le travail se fera alors essentiellement de façon conjointe avec les parents, et aura pour objectifs de restaurer une relation d'attachement entre l'enfant et chacun de ses parents séparément, de permettre à l'enfant de développer un authentique sentiment de *self*, de l'aider à développer des mécanismes de *coping* pour gérer son anxiété, notamment de séparation et concernant la gestion des agressions, de l'aider à valoriser et apprécier son propre tempérament et ainsi faisant restaurer une bonne estime de lui-même, et enfin de l'aider à résoudre ses difficultés qui ont interféré avec ses capacités de se faire des amis du même sexe et du même âge que lui. Dans leur consultation, les parents sont généralement reçus une fois par semaine et l'enfant 2 fois par semaine, il peut être très utile d'accueillir un autre membre de la famille (fratrie, oncle, tante, grand-parent), et à certaines étapes du suivi, il est utile qu'un des parents rejoigne l'enfant pour favoriser le développement d'une compréhension empathique de l'expérience intime de l'enfant ou pour l'aider à dépasser un traumatisme psychique actuel ou un traumatisme ancien, non résolu, qui aurait laissé la place à une certaine confusion.

Menvielle et al. (100) mettent l'accent sur la compréhension par les parents et leur positionnement vis-à-vis de la dysphorie de leur enfant. Certains parents se retrouvent désorientés, perdus, ils peuvent se sentir coupables de ne pas avoir remarqué la souffrance de leur enfant et de ne pas avoir pu prévenir la dysphorie de genre, certains peuvent être en conflit, voire en opposition totale, avec leur enfant à ce sujet, ou être disqualifiants malgré eux, telle l'incompréhension peut être grande.

Cohen-Kettenis et al. (86) suggèrent qu'une thérapie familiale peut également être intéressante dans le cas où la dysphorie de genre vient faire émerger certains conflits entre les différents membres de la famille.

Concernant les prises en charge groupales, ils ont également montré qu'il pouvait être intéressant de proposer des groupes de rencontre et d'échanges entre les adolescents, cela permettant un partage d'expériences et présentant un intérêt thérapeutique (86).

Di Ceglie et al. ont expérimenté l'intérêt de mettre en place des groupes d'échanges entre parents (101).

Même si la souffrance psychique en lien avec le genre est au centre du tableau clinique, il est important de s'intéresser à l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent, à la qualité des liens avec ses pairs, ainsi qu'à la situation familiale.

Ainsi, auprès des adolescents, la psychothérapie est importante à différentes étapes du processus : adolescent souhaitant clarifier sa problématique, travailler des difficultés psychoaffectives, en demande d'une transition hormonale, ayant entamé le traitement, y ayant renoncé...

Comme l'explique Gallarda (55), l'accompagnement nécessite une « synchronisation des buts » entre le thérapeute et le patient, en raison de la multitude des enjeux situés bien au-delà d'une volonté d'éclairer un vécu d'incongruence avec le sexe de naissance : atténuation de la souffrance qui en découle, exploration des différentes modalités d'expression de l'identité sexuée, acceptation du corps avec ou sans traitement médical, gestion de la stigmatisation (point majeur et facteur de comorbidité), acceptation par les proches et l'environnement social, difficultés relationnelles, sentimentales, scolaires et professionnelles.

II.6.2 La transition sociale

Comme l'explique Mendès et al. en 2016 (102), la transition sociale peut être progressivement envisagée. Cette pratique est désormais proposée à l'étranger comme en France. Elle consiste à permettre à l'enfant ou à l'adolescent d'explorer le sentiment d'appartenance au sexe désiré en l'expérimentant dans son environnement (*in real life*). Cela comprend la façon dont l'enfant ou l'adolescent va se présenter, se montrer socialement, en dehors du cadre familial et/ou amical proche, son apparence physique, coupe de cheveux, style vestimentaire, ainsi que son prénom usuel.

Le choix du nouveau prénom est souvent fait avec et/ou par les parents, et l'inscription à l'école, au collège ou au lycée peut se faire sous cette nouvelle identité. Cette démarche doit être faite en partenariat avec l'établissement scolaire et en concertation avec la médecine scolaire. Ce point est important pour que l'institution scolaire soit partenaire de la démarche et puisse ainsi aider l'enfant ou l'adolescent à affronter les éventuelles difficultés qu'il pourrait rencontrer auprès de ses pairs. Selon les situations, il doit être possible de proposer aux familles que le pédopsychiatre puisse intervenir au sein de l'établissement scolaire afin de faire un travail d'information si cela est nécessaire, mais également de coordination entre le suivi de l'enfant et le milieu scolaire (102).

Un changement officiel du prénom à l'état civil est désormais possible chez les mineurs sur requête de leur représentant légal depuis le décret n° 2017-450 du 29 mars 2017 relatif aux procédures de changement de prénom à l'état civil (103).

Comme l'explique Condat et al. (55), la transition sociale peut être « ouverte », ce qui signifie que l'environnement social de l'enfant ou adolescent sera au courant de sa transition (sans changer d'établissement scolaire), ou « confidentielle », ce qui signifie l'inscription dans un nouvel établissement où personne ne sera au courant de la transition et de l'identité de genre antérieure de l'enfant ou adolescent, à l'exception de quelques membres de l'équipe pédagogique afin de permettre l'organisation pratique de certaines situations (toilettes, vestiaires, sport).

Il est particulièrement intéressant de constater, comme le montre Meyer-Bahlburg en 2010, qu'une transition sociale n'aboutit pas obligatoirement à la persistance de l'enfant dans la voie de la transformation de genre. Il arrive que l'enfant, après une transition sociale, adopte finalement le genre correspondant à son sexe de naissance (10).

La littérature a décrit les effets bénéfiques de la transition sociale sur la santé psychique des adolescents dysphoriques de genre (diminution des symptômes anxiodépressifs) ; en revanche, la difficulté que représente un retour en arrière et le parcours médical de réassignation, associée au fait qu'une transition sociale pourrait « fixer » la problématique de l'incongruence de genre, incite à être prudent et à éviter d'encourager une transition sociale chez l'enfant prépubère (52,55).

Dans une étude de 2018, Littman (32) observe un faible taux (1.2%) de désistement après transition sociale (+/- initiation de transition hormonale) chez des adolescents présentant une dysphorie de genre à début rapide.

II.6.3 Les traitements hormonaux

Comme le décrit Martinerie en 2017 (104), l'évaluation par l'endocrinologue pédiatre intervient habituellement à la demande du pédopsychiatre une fois le diagnostic de dysphorie de genre évoqué. Cependant, cette évaluation peut être plus précoce dans le parcours de soins, en cas de suspicion d'anomalie organique ou lorsque le patient se présente spontanément à la consultation d'endocrinologie avant tout début de prise en charge.

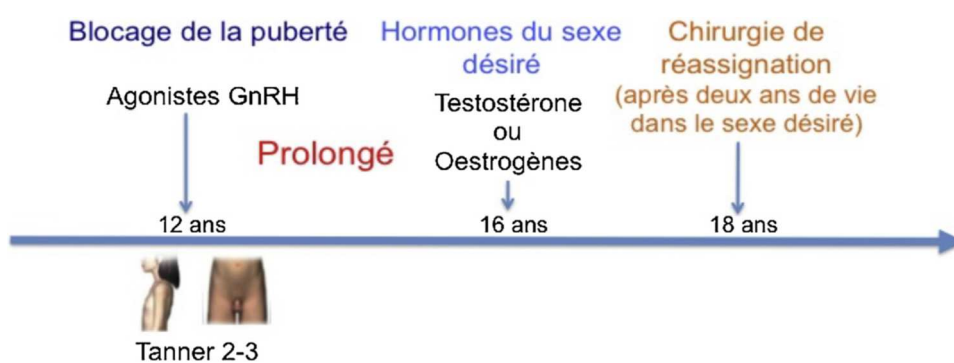
La consultation consistera en un entretien reprenant les différents éléments nécessaires à la prise en charge, puis un examen clinique et une explication sur le parcours de soins qui peut être proposé (en fonction de l'âge du patient et du moment où survient cette consultation dans le parcours de prise en charge). L'examen clinique permettra d'éliminer toute pathologie organique, d'évaluer le développement pubertaire selon les stades de Tanner, mais aussi d'expliquer les transformations corporelles induites par la puberté lorsque celle-ci a débuté. Cette consultation permettra également de reprendre les différentes informations lues et vues sur internet ou dans les médias, parfois complexes et confuses, notamment la distinction entre dysphorie de genre et différence de développement sexuel (DSD). En effet, les enfants/adolescents ayant une dysphorie de genre, n'ont habituellement pas de différence de développement des organes génitaux et le développement pubertaire ainsi que les fonctions hormonales, sexuelles et reproductives sont normales. Cependant, une telle différence peut être associée à une dysphorie de genre ; et ceci est maintenant pris en compte dans les critères du DSM-5.

Des examens complémentaires, non systématiques, pourront être proposés en fonction de l'âge de l'enfant (dosages hormonaux, caryotype et échographie pelvienne). Le parcours de soins sera ensuite détaillé avec les traitements hormonaux possibles, les critères d'éligibilité au traitement hormonal, les effets attendus réversibles et irréversibles et les effets secondaires potentiels des traitements. Une mise en garde sera faite contre la tentation et les dangers de l'automédication, en particulier pour les adolescents, très souvent pressés et désireux de se voir prescrire le traitement.

✓ **Chez l'adolescent en début de puberté :**

Une prise en charge hormonale, basée sur les recommandations internationales actuelles, émanant principalement des Pays-Bas, pionniers dans le domaine, et de l'Amérique du Nord, pourra être discutée avec l'adolescent et ses parents. Il n'existe pas de consensus en France du fait de l'absence d'étude publiée sur cette population de patients (épidémiologie, incidence, prise en charge) et de l'absence de recommandations évaluées sur le plan national.

Au début des années 2000, les équipes de pédopsychiatrie et d'endocrinologie-pédiatrique de l'Amsterdam Gender Identity Clinic (52) ont mis en place un protocole de prise en charge des adolescents ayant une dysphorie de genre confirmée. Ce protocole, qui repose sur des critères d'éligibilité stricts, permet d'arrêter le développement pubertaire à l'aide des analogues de la GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*), puis d'introduire l'hormonothérapie du sexe opposé.



Protocole de prise en charge hormonale selon la « Dutch Approach » (104)

Ces analogues de la GnRH sont les traitements hormonaux habituellement utilisés dans le traitement des pubertés précoces, la plupart des études sur les effets au long cours de ces traitements ont été menées dans ces populations. Ces analogues de la GnRH, administrés à forte dose toutes les 4

à 12 semaines vont bloquer les récepteurs de la GnRH au niveau hypophysaire et inhiber leur stimulation pulsatile, la sécrétion de la LH et de la FSH et donc des stéroïdes sexuels en sera par conséquent abolie. Cet effet est transitoire et réversible, la production pulsatile de GnRH par l'hypothalamus reprenant à l'arrêt du traitement.

Dans la dysphorie de genre, ce traitement n'est envisagé qu'après confirmation du diagnostic, avec persistance et aggravation des symptômes au démarrage pubertaire, aux stades 2 ou 3 de Tanner, aux alentours de 12 ans, mais l'âge peut varier, le début pubertaire étant défini par le développement des bourgeons mammaires chez les filles et l'augmentation du volume testiculaire chez les garçons).

Les études sur les taux de désistement et de persistance sont à l'origine des recommandations (publiées en 2009) de prises en charge internationales pour le traitement des patients transsexuels, incluant des recommandations sur la prise en charge des adolescents, mais il n'y a pas de consensus à l'heure actuelle sur un âge minimal ou une durée d'évaluation minimale avant l'instauration du traitement de suppression pubertaire. Cette période d'évaluation se déroule habituellement sur plusieurs mois, mais pourra être accélérée si la puberté en est déjà au stade 2–3. Et l'on note une tendance au niveau international à une introduction rapide de ce traitement en lien avec la rapidité de la physiologie pubertaire.

Les critères d'éligibilité au traitement par les analogues de la GnRH sont les suivants :

- ✓ Critères de la dysphorie de genre du DSM 5 présents et confirmés ;
- ✓ Puberté débutée (stade 2 de Tanner au minimum) ;
- ✓ Avoir des signes de maturation pubertaire ayant provoqué une aggravation des symptômes de la dysphorie de genre ;
- ✓ Absence de comorbidité psychiatrique pouvant interférer avec l'évaluation diagnostique ou le traitement ;
- ✓ Avoir un entourage étayé avec un support social et psychologique adéquat ;
- ✓ Démontrer une connaissance et une compréhension des traitements par analogues de la GnRH, par hormones du sexe opposé, de la chirurgie de réassignation de sexe, de leurs effets attendus et de leurs risques potentiels, ainsi que les risques et bénéfices médicaux et sociaux de la réassignation de sexe.

L'adolescent poursuit son suivi sur le plan médical et psychologique pendant toute la durée du traitement. Cette période de suppression pubertaire, qui apaise souvent le patient en réduisant

l'angoisse du développement pubertaire dans son sexe biologique et l'apparition des caractères secondaires qui seront difficiles à corriger par la suite (recours nécessaire à des interventions chirurgicales, mastectomie ou ablation de la pomme d'Adam par exemple), permet une meilleure prise en charge psychiatrique et évaluation de la persistance de la demande et est également utilisée comme phase de d'évaluation prolongée.

Cette suppression pubertaire va être poursuivie pendant plusieurs années, jusqu'à l'instauration de l'hormonothérapie du sexe désiré (par œstrogènes ou androgènes) qui sera habituellement proposée à partir de l'âge de 16 ans, parfois plus tôt en fonction des situations, tout en poursuivant les analogues de la GnRH. Ces derniers pourront être arrêtés après plusieurs années d'androgénothérapie essentiellement ou d'estrogénothérapie mais seront le plus souvent poursuivis jusqu'à la réassignation chirurgicale comprenant la gonadectomie (ablation des ovaires ou testicules).

Il n'y a classiquement pas de véritable contre-indication médicale à l'initiation du traitement hormonal, cependant des paramètres cliniques et biologiques seront surveillés sous traitement :

- ✓ Tous les 3 mois : poids, taille, taille assise, pression artérielle, développement pubertaire, dosages hormonaux : LH, FSH, estradiol/testostérone ;
- ✓ Tous les ans : fonction rénale, fonction hépatique, bilan lipidique, glycémie à jeun, insulinémie, hémoglobine glycosylée, ostéodensitométrie, âge osseux.

Ces analogues de la GnRH pris au long cours présentent-ils des risques ?

Les risques liés au traitement hormonal par analogues de la GnRH ont été très peu étudiés dans cette population de patients, la plupart des études dont nous disposons ont été menées chez des adolescents qui avaient une puberté précoce avec mise en route du traitement habituellement avant l'âge de 9 ans pour les filles et 10 ans pour les garçons. Dans ces situations, le traitement n'est habituellement pas poursuivi au-delà de 2 à 3 ans, donc sur une durée plus limitée que les adolescents ayant une dysphorie de genre. De plus, les âges physiologiques auxquels sont administrés ces traitements ne sont pas superposables entre puberté précoce et dysphorie de genre.

Si l'on reprend la littérature sur les effets secondaires au long cours des analogues de la GnRH dans la puberté précoce, ces effets sont limités, avec des études plutôt rassurantes sur le risque d'obésité, de modification de la densité minérale osseuse, de ralentissement de la croissance et de perturbations de la fertilité (104).

Une des avantages de ce traitement est qu'il est réversible, c'est-à-dire que si l'adolescent ne souhaite plus poursuivre sa transition médicale et arrêter sa suppression pubertaire, le traitement peut être suspendu et la puberté physiologique reprendra alors.

Cependant, l'adolescent et ses parents doivent être informés des effets indésirables attendus du traitement : diminution transitoire de la densité minérale osseuse, ralentissement transitoire de la vitesse de croissance, du manque de littérature concernant la taille adulte finale, la densité osseuse et la morphologie squelettique (105), de l'impact du traitement sur les éventuelles futures chirurgies, notamment la construction d'un néo-vagin chez les MtF par la technique d'inversion de la peau du pénis, la plus pratiquée, sera compromise par l'arrêt de la croissance du pénis (106), ainsi que des possibilités de préservation de la fertilité (107).

Il semblerait que ces effets s'estompent avec le temps et sont compensés après un certain temps de traitement par les hormones du sexe opposé. Cependant, peu d'études ont rapporté les effets à long terme des analogues de la GnRH dans la dysphorie de genre. D'autres études au long cours seront donc nécessaires pour réellement statuer sur l'innocuité ou non de ces traitements, dans lesquelles il faudra bien distinguer les adolescents traités au stade Tanner 2-3 des adolescents pris en charge en fin de puberté (104).

Enfin, un des aspects particulièrement sous-étudié est l'impact psychologique du retard de développement pubertaire en lui-même à un âge où tous les autres adolescents voient leur corps se transformer. Une réflexion sur cet aspect a déjà débuté et conduit certaines équipes à discuter un avancement de l'âge auquel sont introduits les hormones sexuelles du sexe désiré (108).

Concernant la tolérance du traitement, l'administration du traitement se fait par injections sous-cutanées ou intramusculaires à raison d'une injection toutes les 4 à 12 semaines. Le traitement est habituellement très bien toléré (céphalées, symptômes liés à la suppression de la sécrétion hormonale tels que des bouffées de chaleur (53).

✓ **Chez l'adolescent en fin de puberté ou pubère :**

Si l'adolescent est en fin de puberté ou pubère (stade 4 ou 5 de Tanner), sa prise en charge pourra se faire selon le même protocole avec une période réduite de suppression pubertaire, ou par une prise en charge similaire à celle proposée chez l'adulte, soit une hormonothérapie par œstrogènes ou androgènes aux doses utilisées dans les inductions pubertaires chez les patients ayant une dysfonction gonadique. Un traitement par progestatifs pourra être proposé chez les adolescents FtM, afin d'induire une aménorrhée, suivi de l'introduction du traitement par androgènes. À l'inverse, chez les adolescentes MtF, un traitement à effet anti-androgénique sera proposé avant ou avec l'introduction du traitement par œstrogènes.

Les critères d'éligibilité au traitement hormonal du sexe opposé (androgènes ou estrogènes) sont les suivants :

- ✓ Critères d'éligibilité au traitement par les analogues de la GnRH ;
- ✓ Âge \geq 16 ans.

Un délai d'un an minimum entre le début de la prise en charge (psychiatrique et endocrinologique) et une prise en charge médicale active, soit l'introduction de ce traitement, est recommandé (31).

Jusqu'à présent, ce traitement hormonal est donc proposé à partir de l'âge de 16 ans, cependant, les récentes recommandations internationales de bonnes pratiques de la Société d'Endocrinologie ne fait plus référence à un âge minimal mais à plutôt à un âge auquel l'adolescent a la capacité suffisante pour donner son consentement éclairé et considérer de façon adéquate les bénéfices et risques du traitement, alors même que peu de données soutiennent l'utilisation précoce de ces traitements hormonaux du sexe opposé (109).

L'adolescent et ses parents doivent être informés des effets indésirables attendus et des potentiels effets secondaires, notamment sur la fertilité. Les options de préservation de la fertilité doivent donc être abordées.

Les effets indésirables de ces traitements hormonaux du sexe opposé n'ont pas été étudiés chez les adolescents avec dysphorie de genre mais sont bien connus chez les adultes transgenres (31) :

- ✓ *Chez les MtF = traitement par estrogènes* : haut risque d'accident thrombo-embolique, risque modéré de macroprolactinome, cytolyse hépatique, cancer du sein, maladie coronarienne, maladie cérébrovasculaire, migraine ;

- ✓ Chez les FtM = traitement par androgènes (testostérone) : haut risque de cancer du sein ou utérin, polyglobulie, risque modéré de cytolysé hépatique.

Les effets secondaires les plus souvent rapportés chez les FtM sous progestatifs seuls sont les bouffées de chaleur, les métrorragies et les céphalées ; sous androgènes et progestatifs, fatigue importante, acné et prise de poids (poids et IMC augmentés après 6 mois de traitement combiné). Aucun effet significatif n'a été observé en termes de complications métaboliques. Les auteurs concluent que ce protocole est efficace et sûr dans cette population de jeunes patients à l'instar des adultes transgenres (110).

Les effets attendus des traitements hormonaux du sexe opposé chez les adolescents :

	Visible à partir de (mois)	Effet maximal à (années)
<i>Effets féminisants du traitement hormonal chez les MtF :</i>		
Redistribution des graisses	3–6	2–3
Diminution de la masse musculaire et de la force	3–6	1–2
Augmentation de la douceur de la peau, moins grasse	3–6	
Diminution de la libido	1–3	3–6
Diminution des érections spontanées	1–3	3–6
Développement mammaire	3–6	2–3
<i>Effets masculinisants du traitement hormonal chez les FtM :</i>		
Acné, peau grasse	1–6	1–2
Développement de la pilosité	6–12	4–5
Alopécie	6–12	4–5
Augmentation de la masse musculaire	6–12	2–5
Redistribution des graisses	1–6	2–5
Arrêt des règles	2–6	
Hypertrophie du clitoris	3–6	1–2
Atrophie vaginale	3–6	1–2
Raucité de la voix	6–12	1–2

✓ **Effets positifs des traitements et taux de désistement :**

Deux études longitudinales des Pays-Bas (89,111) ont permis de mesurer l'effet du traitement par analogues de la GnRH suivis de l'hormonothérapie du sexe opposé, en termes de résultats psychologiques et de tolérance chez l'adolescent.

La première étude longitudinale évaluait un groupe de 70 adolescents avec dysphorie de genre (33 MtF, 37 FtM) à 2 temps : juste avant l'introduction du traitement de suppression pubertaire (T0) et juste avant l'initiation de l'hormonothérapie du sexe opposé (T1). Ils ont montré qu'après 2 ans de traitement en moyenne, les symptômes dépressifs ainsi que les troubles émotionnels et comportementaux initiaux avaient diminués durant le traitement, que leur santé globale et leurs performances étaient améliorées. En revanche, l'anxiété et les sentiments de colère étaient stables aux temps T0 et T1. Dans ce groupe, aucun adolescent ne s'est « désisté » de la suppression pubertaire et tous ont poursuivi avec l'hormonothérapie du sexe opposé. Un suicide a été rapporté durant le traitement (90).

La seconde étude de la même équipe a évalué l'efficacité à long terme du protocole de soins à 3 temps : avant le démarrage de la suppression pubertaire (T0, âge moyen = 13,6 ans), à l'instauration de l'hormonothérapie du sexe opposé (T1, âge moyen = 16,7 ans) et 1 an après une chirurgie de réassignation (T2, âge moyen = 20,7 ans), chez 55 jeunes adultes (22 MtF, 33 FtM). En évaluant leur fonctionnement psychologique et leur bien-être général dans des domaines tels que les interactions sociales, l'éducation ou la qualité de vie, cette étude démontre que la dysphorie de genre a été atténuée et que le fonctionnement psychologique s'est amélioré après un traitement médocochirurgical. Leur bien-être global est devenu identique à celui de jeunes adultes du même âge en population générale (111).

Wiepjes et al. publient en 2017 (51) les résultats obtenus sur la cohorte complète de patients reçus dans le centre spécialisé principal des Pays-Bas à Amsterdam de 1972 à 2015 : sur cette cohorte de 6 793 individus transgenres, ils observent qu'un faible pourcentage d'adolescents, 1.9%, ont arrêté le traitement de suppression pubertaire, et qu'aucun adolescent n'a arrêté l'hormonothérapie du sexe opposé.

Khatchadourian et al. en 2014 (53) observent que 4% de patients arrêtent le traitement de suppression pubertaire après l'avoir démarré car ils présentent des troubles anxiodépressifs importants sous traitement et/ou ne souhaitent plus changer de genre.

Une étude souligne que le soutien de l'entourage et la réalisation concomitante d'une transition sociale, c'est-à-dire une expérience de vie réelle dans le sexe désiré, sont des éléments essentiels de réussite dans la transition hormonale (112).

✓ **Critères de décision d'instauration de ces traitements :**

En France, les décisions pour ces différentes phases de la prise en charge sont prises collégalement lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire faisant intervenir les pédopsychiatres, les endocrinologues pédiatres et les psychologues qui ont participé à l'évaluation du patient ; y sont discutés les critères et délai d'éligibilité aux traitements hormonaux.

À l'issue de ces réunions, si une prise en charge hormonale est proposée à l'adolescent, son consentement et celui de ses deux parents est recueilli après une reprise des explications concernant les effets attendus réversibles et irréversibles des traitements hormonaux, les effets secondaires potentiels à surveiller ainsi que le suivi médical et biologique nécessaire. Il faudra insister tout particulièrement sur le risque d'infertilité, en particulier pour les adolescents chez lesquels le traitement sera initié à un stade de développement pubertaire précoce (104).

Le suivi se poursuit par l'accompagnement de l'adolescent vers l'âge adulte où il pourra s'il le souhaite demander une transformation chirurgicale, qui n'est à l'heure actuelle pas autorisée avant l'âge de 18 ans (31). Un relais de la prise en charge par une équipe pour adultes est alors mis en œuvre.

Cohen-Kettenis et al. expliquent en 2011 (86) que tous les adolescents dysphoriques de genre doivent être considérés comme éligibles aux traitements hormonaux malgré de possibles comorbidités psychiatriques, mais que dans ces cas les cliniciens nécessitent de plus de temps pour prendre cette décision. Ils ont également déterminé que l'âge, le degré d'intelligence et le mode de vie des parents pouvaient être des facteurs compliquant l'évaluation clinique et la décision thérapeutique. En effet, concernant le délai d'éligibilité (immédiate ou différée) au traitement de suppression pubertaire, ils observent que les adolescents du groupe « éligibilité *différée* » étaient plus âgés, leur intelligence mesurée était plus basse et un plus faible pourcentage d'entre eux vivait avec ses 2 parents. Enfin, les

odds ratio respectifs entre les groupes éligibilité différée/immédiate pour tous les diagnostics psychiatriques (sauf la phobie spécifique) étaient supérieurs à 1.

Au Canada, Khatchadourian et al. (53) décrivent en 2014 les pratiques relatives à ces traitements à l'hôpital pour enfant et adolescents de Vancouver : le temps moyen entre la première visite à la consultation spécialisée et l'introduction des analogues de la GnRH est de 0,2 mois (de 0 à 3,2 mois) avec 44% des adolescents recevant un traitement supprimeur pubertaire dès leur première consultation. L'âge d'instauration de l'hormonothérapie du sexe opposé est de 17 ans +/- 1,6 pour les MtF et 14,7 ans +/- 2,2 pour les FtM. Le temps moyen entre la première consultation et l'instauration de l'hormonothérapie du sexe opposé était de 4,6 mois (de 0 à 42 mois). Ils rapportent qu'il est désormais de pratique courante de discuter de la préservation de la fertilité avec les adolescents avant d'initier un traitement médical ou chirurgical, sans plus de précisions.

Si dans certains cas l'accompagnement pédopsychiatrique et/ou psychologique vers la transition sociale et hormonale apparaît comme la conduite à tenir la plus adaptée d'un point de vue médical, il semble que ce ne soit pas le cas de tous les adolescents formulant cette demande. En effet, comme le soulignent Krouch et al. (113), il semble préférable de ne pas se précipiter systématiquement sur les protocoles existants mais plutôt d'observer et d'évaluer au cas par cas l'indication de ces traitements pour un accompagnement au plus près de la clinique chez ces patients pris dans la dynamique adolescente et sa temporalité particulière.

Des études au long cours sur le retentissement de ces traitements doivent être menées afin d'améliorer les connaissances sur l'impact psychosocial et médical d'une transition hormonale précoce.

II.6.4 Aspects éthiques

Les équipes prenant en charge ces adolescents et leur prescrivant ces traitements hormonaux soulèvent diverses préoccupations éthiques :

- ✓ Le risque de prendre de mauvaises et en partie irréversibles décisions de traitement ;
- ✓ L'évaluation de la capacité des adolescents à prendre des décisions aussi fondamentales pour toute leur existence ;
- ✓ Le fait de suspendre un processus physiologique indispensable sur le plan somatique et psychique et de maintenir le très jeune adolescent dans un état de « préadolescence », prépubère, durant plusieurs années alors que tous les autres adolescents autour de lui sont en pleine transformation ;
- ✓ Les potentiels effets indésirables à long terme sur la santé, sur le fonctionnement psychologique et psychosexuel ; et le manque d'informations dans la littérature sur les perturbations de la fertilité ;
- ✓ Les enjeux qui en découlent quant à l'accès à la parentalité des personnes transgenres et donc les possibilités de préservation de la fertilité. Aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni, une consultation dédiée sur la fertilité existe dans les centres spécialisés mais les aspects légaux ne sont pas traités dans la littérature (114). Condat et al. décrivent en 2018 les différentes modalités d'accès à la parentalité par PMA pour ces possibles futurs parents (107), après sa réflexion en 2016 sur les « avancées de la science et de la technique dépassant nos possibilités de les penser, ouvrant sur un monde inconnu » et travaillant ainsi à dépasser les questions d'alors : « Que signifie de pouvoir être à la fois femme et père, ou homme et mère à la suite d'une transformation hormono-chirurgicale transsexuelle ? Comment accompagner ces adolescents qui se pensent dans de nouveaux destins rendus possible par les développements de la science ? »

Ces questions, toujours débattues entraînent à l'heure actuelle, notamment en France, une certaine réticence de la part d'une partie de la profession médicale (psychiatres comme pédiatres) à l'utilisation des analogues de la GnRH.

Cependant, comme décrit ci-dessus, la littérature mis en évidence des effets bénéfiques sur le plan psychologique surpassant tout effet négatif lié au blocage pubertaire (90).

Des études supplémentaires dans ces domaines devraient aider à y répondre et optimiser la prise en charge des enfants et adolescents dysphoriques de genre. Par exemple, des auteurs américains (115) proposent la mise en place d'un registre complet aux États-Unis afin de suivre les évolutions à long terme des patients traités.

III ÉTUDE CLINIQUE

III.1 Problématique, objectifs et hypothèses

Mon étude a eu pour but d'évaluer auprès d'adolescents dysphoriques de genre leur identité de genre (sentiments et comportements actuels et passés), le type de dysphorie de genre présentée, ainsi que leur santé psychique par l'exploration transnosographique de l'anxiété, de la dépression et de la qualité de vie, à 2 moments différents de leur trajectoire, espacés de 9 à 11 mois.

Concernant l'identité de genre, il s'agit d'évaluer leur sentiment d'identité de genre, leurs comportements et rôles de genre, actuels et passés. Cette évaluation m'a également permis d'explorer les formes d'expression de leur incongruence de genre, leurs vécus intimes et élaborations cognitives du genre, ainsi que leurs attentes des traitements de transformation hormono-chirurgicale du sexe.

Concernant la santé psychique, il s'agit d'une évaluation transnosographique des traits anxieux et dépressifs, sans visée diagnostique à proprement parler. En effet, la surreprésentation des comorbidités psychiatriques anxiodépressives chez ces adolescents est déjà établie par la littérature, il s'agit ici d'une évaluation transnosographique quantitative ayant pour but de mesurer l'intensité de traits et/ou troubles anxieux et dépressifs. L'anxiété est évaluée selon 3 dimensions : générale, phobique et sociale, avec également l'évaluation des évitements phobiques et sociaux.

L'analyse des données aux 2 temps de leur parcours permet de détailler la fixité ou l'évolution de ces données en regard avec le contenu de leur trajectoire de vie et de leur prise en charge durant cet intervalle (suivi pédopsychiatrique, transition sociale, traitements hormonaux).

Les questions et hypothèses soulevées par mon étude sont les suivantes :

- ✓ Les données obtenues aux 2 temps de l'étude permettront-elles d'observer une fixité, une stabilité du sentiment d'identité de genre et de leurs rôles de genre ?
- ✓ Comment auront évolué entre les 2 temps leurs élaborations cognitives du genre, leur rapport aux stéréotypes de genre, leur conception du genre, binaire ou comme un spectre ?
- ✓ Les données obtenues aux 2 temps de l'étude permettront-elles d'observer une constance de leurs souvenirs d'enfance ?
- ✓ Permettront-elles d'observer une diminution de l'intensité des traits anxiodépressifs au second temps d'évaluation, une amélioration de leur qualité de vie, selon leur prise en charge ? Si c'est le cas, ou si l'inverse est observé, à quoi cela pourrait être relié ?
- ✓ Selon leur parcours entre les 2 temps de l'étude, quels seront les effets potentiels de leur transition sociale ? Sera-t-elle vécue comme une expérience de vie dans l'autre genre ? Quels seront les effets de l'introduction d'un traitement hormonal ?

III.2 Matériels et méthodes

III.2.1 Recrutement de la population

Le recrutement des adolescents de l'étude s'est fait parmi les patients reçus au sein de la consultation de pédopsychiatrie centrée sur les problématiques liées au genre du Dr KROUCH au C.H.S. Valvert. Il s'agit d'une consultation individuelle et familiale, organisée en 2 temps, l'adolescent est reçu seul puis avec ses parents (ou représentant légal), s'appuyant sur des bases psychodynamiques et systémiques. Elle cherche à comprendre et expliquer les processus de construction identitaire chez les adolescents rencontrés, leurs identifications, leur sentiment d'identité de genre, leurs attentes du traitement hormono-chirurgical de réassignation sexuelle lorsqu'il est désiré, et de façon plus globale à explorer leur fonctionnement psychoaffectif et social.

J'ai inclus dans mon étude les adolescents ayant été reçus en consultation durant la période d'inclusion, de janvier à mars 2018, pour lesquels j'ai pu recueillir le consentement des parents ou du représentant légal, ainsi que celui de l'adolescent. Une notice d'information décrivant l'étude ainsi qu'un formulaire de recueil de consentement leur ont été fournis et expliqués.

Ainsi, de janvier à mars 2018, 6 adolescents de 16 ans 2 mois à 17 ans 3 mois ont été inclus. Cinq de ces 6 adolescents ont été reçus à nouveau pour la seconde passation des questionnaires de décembre 2018 à février 2019, soit 9 à 11 mois plus tard. Un adolescent n'a pas souhaité réaliser la seconde passation.

III.2.2 Outils méthodologiques

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective qualitative évaluant l'identité de genre (3 questionnaires) et la santé psychique (5 questionnaires) de 6 adolescents à 2 temps.

Les 8 questionnaires utilisés, leurs auteurs, année de validation, données cliniques explorées, nombres d'items, cotation des réponses, scores totaux et éventuels seuils psychopathologiques sont décrits ci-dessous.

Les questionnaires concernant l'identité de genre utilisés sont validés au niveau international dans le domaine de la recherche clinique en psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent ; leurs traductions françaises ont été réalisées par l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile spécialisée du C.H.U. de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Ce sont des instruments de mesure dimensionnelle de l'identité et de la dysphorie de genre.

Les échelles d'auto-évaluation de l'anxiété, de la dépression et de la qualité de vie utilisées, ainsi que leurs traductions françaises, sont également validées au niveau international dans le domaine de la recherche clinique. Elles permettent de recueillir des données avec une sensibilité et une spécificité importantes.

Leur remplissage se fait en 10 à 15 minutes pour chaque questionnaire, soit entre 1h30 et 2h de passation au total. En tant qu'investigateur principal de l'étude, j'ai reçu chaque adolescent lors des 2 entretiens de passation, t_1 et t_2 , afin de réaliser l'entretien clinique semi-dirigé sur l'identité de genre et de répondre à leurs questions lors du remplissage des échelles d'auto-évaluation.

3 QUESTIONNAIRES EXPLORANT L'IDENTITÉ DE GENRE :

✓ Entretien semi-dirigé sur l'identité de genre pour les enfants

Gender Identity Interview for Children, Zucker, 1993 (116)

- Questionnaire semi-dirigé composé de 12 questions ;
- Concernant l'identité de genre actuelle ;
- Pour l'enfant, adapté pour l'adolescent ;
- Les réponses sont cotées selon le degré d'incongruence de genre : congruent (0), ambiguë (1), incongruent (2).

✓ Souvenirs de l'identité et des rôles de genre durant l'enfance

Recalled Childhood Gender Identity/Gender Role, Zucker, 2006 (117)

- Auto-questionnaire composé de 23 items ;
- Basé sur la remémoration des souvenirs des 12 premières années de vie ;
- 19 items relatifs aux rôles de genre et à l'identité de genre dans l'enfance, mettant clairement en évidence la relation entre identité et rôles de genre ;
- 4 items relatifs aux relations parent-enfant, mettant clairement en évidence la relation entre identification à un parent et proximité relationnelle avec ce parent ;
- Les items 1-3, 5-10, 14, 15 explore les différences entre les genres en recueillant des réponses définies comme « typiquement masculines » ou « typiquement féminines » (pour ces items, le score 1 correspond à la réponse définie comme « typiquement masculine », le score 5 à la réponse définie comme « typiquement féminine » pour les items 1-3, 7-10, 14, et inversement pour les items 5, 6, 15) ;
- Les items 4, 11-13, 18-20 reflètent le degré de conventionnalité ou « normalité » (par

exemple, comment l'enfant se sentait du fait d'être un garçon ou une fille ?) et par conséquent n'ont pas pour but de recueillir des différences entre les genres mais des différences au sein d'un même genre (pour ces items, le score 1 reflète une réponse conventionnelle ou typique, le score 5 une réponse non conventionnelle ou atypique).

✓ **Questionnaire sur l'identité et la dysphorie de genre pour adultes et adolescents (GIDYQ-AA)**

Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adults and Adolescents (118), (119)

- Auto-questionnaire composé de 27 questions
 - 13 indicateurs subjectifs (questions 1, 2, 5-10, 16, 24-27)
 - 9 indicateurs sociaux (questions 3, 4, 11, 13-15, 17-19)
 - 3 indicateurs somatiques (questions 20-22)
 - 2 indicateurs socio-légaux (questions 12, 23)
- Concernant l'identité de genre actuelle et récente ;
- Des 12 derniers mois ;
- Pour l'adulte et l'adolescent ;
- Les réponses sont cotées selon la fréquence : Toujours (1), Souvent (2), Parfois (3), Rarement (4), Jamais (5) (3 questions inversées : 1, 13 et 27) ;
- Les valeurs déterminées en population générale sont 4.81 pour les hommes, 4.79 pour les femmes ;
- Les auteurs de l'échelle ont défini un cut-off à 3 en dessous duquel on peut évoquer une identification transgenre et une dysphorie de genre avec une sensibilité et une spécificité satisfaisantes.

5 QUESTIONNAIRES EXPLORANT LA SANTÉ PSYCHIQUE :

✓ Inventaire d'anxiété état-trait (STAI)

State-Trait Anxiety Inventory (120) (121)

- Auto-questionnaire composé de 40 items sur l'anxiété-état et l'anxiété-trait
- Cattell en 1961 et Spielberger en 1966 ont défini l'anxiété-état par les états de l'organisme, à un moment donné, d'une intensité donnée, liés à l'activation du système nerveux autonome et associés à des réactions émotionnelles telles que des sentiments de tension, d'appréhension, de nervosité ou d'inquiétude. En revanche, les *traits* de personnalité peuvent être conceptualisés comme des différences interindividuelles durables dans la tendance à percevoir l'environnement d'une certaine façon et à réagir de manière spécifique avec régularité, ce qui permet la prédiction. L'anxiété-*trait* peut refléter la fréquence et l'intensité des états anxieux passés et à venir. Plus l'anxiété-*trait* d'un individu est intense, plus il est probable que ce sujet expérimente une augmentation de l'anxiété-*état* dans une situation menaçante.
- L'échelle est composée de :
 - 20 items sur l'anxiété-état explorant l'anxiété actuelle, ressentie sur le moment, chaque item est coté sur une échelle de Likert en 4 points : Non/Plutôt non/Plutôt oui/Oui, le score 4 correspondant au plus haut degré d'anxiété ;
 - 20 items sur l'anxiété-trait explorant l'anxiété habituelle, ressentie généralement, chaque item est coté sur une échelle en 4 points, selon la fréquence : Presque jamais/Parfois/Souvent/Presque toujours, le score 4 correspondant au plus haut degré d'anxiété ;
- Les scores vont de 20 à 80 ;
- Les degrés d'anxiété selon le score sont les suivants :
 - ≤ 35 : degré d'anxiété très faible
 - 36-45 : degré d'anxiété faible
 - 46-55 : degré d'anxiété moyen
 - 56-65 : degré d'anxiété élevé
 - > 65 : degré d'anxiété très élevé

✓ **Echelle comportementale d'anxiété et phobie (ECAP)**

(122)

- Auto-questionnaire composé de 97 items destiné aux jeunes de 8 à 18 ans pour évaluer leurs peurs et évitement phobique dans les activités quotidiennes (type et intensité) ;
- Échelle des peurs regroupant 76 items, le score total détermine l'intensité des peurs et signale la probabilité d'un trouble anxieux lorsqu'il est supérieur ou égal à 124 ;
- Échelle d'évitement regroupant 21 items sur les évitements, le score total détermine le degré d'évitement phobique et reflète un évitement phobique lorsqu'il est supérieur ou égal à 32 ;
- Chaque item est coté sur une échelle de Likert en 3 points selon la fréquence : Presque jamais (1), Quelquefois (2), Souvent (3) ;
- Les scores vont de 76 à 228 pour les peurs et de 21 à 63 pour les évitements.

✓ **Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (LSAS)**

Liebowitz Social Anxiety Scale, (123), (124), (125)

- Auto-questionnaire composé de 24 items sur l'anxiété sociale
 - 12 sur l'anxiété de performance
 - 12 sur l'anxiété des situations sociales
- Pour chaque item, la peur et l'évitement sont évaluées ;
- La peur est cotée selon l'intensité : Aucun 0, Légère 1, Moyenne 2, Sévère 3 ;
- L'évitement est coté selon la fréquence : Jamais 0, Occasionnel (0-33%) 1, Fréquent (34-66%) 2, Habituel (67-100%) 3 ;
- L'analyse porte sur le score total et sur les scores des sous-échelles peur (anxiété de performance et des situations sociales) et évitement (performance et situations sociales) ;
- Les scores vont de 0 à 144 pour le total, de 0 à 72 pour chaque sous-échelle ;
- Degrés d'anxiété sociale selon le score total :
 - < 30 : pas d'anxiété sociale
 - 30-59 : anxiété sociale probable, non généralisée
 - 60-89 : anxiété sociale très probable, généralisée
 - > 90 : anxiété sociale hautement probable, généralisée

✓ **Inventaire de dépression pour l'enfant (CDI)**

Children Depression Inventory (126) (127)

- Auto-questionnaire composé de 27 questions sur les sentiments dépressifs ;
- Ressentis au cours de 2 dernières semaines ;
- 3 phrases sont proposées pour chaque item, cotées 0, 1 ou 2, 0 correspondant au sentiment considéré comme euthymique, 2 au sentiment le plus dépressif ;
- Le score va de 0 à 54 ;
- Degrés de dépression selon le score :
 - 15-19 : dépression d'intensité légère
 - 20-24 : dépression d'intensité modérée
 - ≥ 25 : dépression d'intensité sévère

✓ **Vécu et Santé perçue de l'adolescent (VSP-A)**

(128–130)

- Echelle de mesure de la qualité de vie perçue ;
- Auto-questionnaire composé de 39 questions sur la qualité de vie et les conséquences de l'état de santé sur la vie quotidienne ;
- Ressenties au cours de 4 dernières semaines ;
- 11 domaines de la vie sont abordés : énergie vitale, bien-être psychologique, bien-être physique, travail scolaire, loisirs, image de soi, relation aux amis, relation aux parents, relation aux professeurs, relation au personnel soignant, vie sentimentale et sexuelle ;
- Chaque réponse est cotée selon l'intensité ou la fréquence : Jamais-Pas du tout (1), Rarement-Un peu (2), Parfois-Moyennement (3), Souvent-Beaucoup (4), Toujours-Énormément (5) ;
- Le score est exprimé en pourcentage avec un score global et par dimension, de 0 (plus mauvaise perception de la qualité de vie) à 100% (meilleure perception de la qualité de vie) ;
- Seuils retenus comme pathologiques selon le score : un score seuil de 65% est associé à des sensibilités [0.72-0.74] et spécificités [0.70-0.72] optimales pour le score globale et les différentes dimensions, seuil en dessous duquel on peut évoquer la perception d'une altération de la qualité de vie et un probable trouble de santé psychosociale.

III.3 Résultats

III.3.1 Caractéristiques démographiques et cliniques de la population

L'échantillon de l'étude est composé de 6 adolescents : 5 adolescents FtM (*female-to-male*) et une adolescente MtF (*male-to-female*). Ils ont entre 16 ans 2 mois et 17 ans 3 mois au moment de l'inclusion, entre 17 ans et 18 ans 2 mois au second temps de l'étude. Cinq d'entre eux ont été revus 9 à 11 mois plus tard pour le second temps de l'étude, 1 n'a pas souhaité participer à la seconde passation des questionnaires.

Ci-contre un tableau récapitulatif des caractéristiques démographiques :

	Milan	Julien	Térence	Lilian	Solal	Virginie
MtF / FtM	FtM	FtM	FtM	FtM	FtM	MtF
Âge T1	16 ans 8 mois	16 ans 2 mois	16 ans 3 mois	16 ans 8 mois	16 ans 10 mois	17 ans 3 mois
Âge T2	17 ans 6 mois	17 ans	17 ans	17 ans 6 mois		18 ans 2 mois
Intervalle T1-T2	10 mois	10 mois	9 mois	10 mois		11 mois
Âge - d'apparition* - d'annonce de la DG	- 9 ans - 16 ans	- 7/8 ans - 15 ans	- 7/8 ans - 14 ans	- 5/6 ans - 15 ans	- 7/8 ans - 15 ans	- 4 ans - 15 ans
Transition sociale	Oui	Partielle	Partielle	Oui	Oui	Oui
Traitement hormonal	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui

**selon l'adolescent ; l'âge d'apparition selon les parents est toujours l'âge d'annonce*

Les éléments cliniques et biographiques de 4 de ces adolescents (Milan, Térence, Lilian, Virginie) sont détaillés dans le chapitre des résultats par adolescent.

III.3.2 Résultats de l'entretien semi-dirigé

Q1 : Es-tu une fille/un garçon ?

Q2 : Es-tu une fille/un garçon ? [*l'opposé de la 1^{ère} réponse*]

Q3 : Quand tu seras grand, seras-tu un papa ou une maman ?

Q4 : En grandissant, pourrais-tu devenir une fille/un garçon ? [*l'opposé de la 1^{ère} réponse*]

Q5 : Est-ce qu'il y a de bonnes choses dans le fait d'être une fille/un garçon ?

Q6 : Y a-t-il des choses que tu n'aimes pas dans le fait d'être une fille/un garçon ?

Q7 : Qu'est-ce que tu penses être le mieux : être une fille ou être un garçon ?

Q8 : Dans ta tête, t'arrive-t-il de penser que tu aimerais être une fille/un garçon ?

Q9 : Dans ta tête, t'arrive-t-il d'être troublé.e et de n'être plus sûr.e d'être une fille ou un garçon ?

Q10 : T'arrive-t-il de te sentir plus comme une fille/un garçon que comme un garçon/une fille ?

Q11 : Dans tes rêves, es-tu une fille, un garçon, ou parfois une fille et parfois un garçon ?

Q12 : T'arrive-t-il de penser que tu es réellement une fille/un garçon ?

Selon le contenu de la réponse, celle-ci est considérée comme congruente, ambiguë ou incongruente au sexe de naissance. Les résultats ci-dessous expriment le pourcentage de chaque type de réponse aux 12 questions pour les 6 adolescents de l'étude. Leurs données sont comparées à celles du groupe contrôle réalisé par Zucker lors de la validation de son questionnaire en 1993 (groupe de 57 enfants non dysphoriques de genre reçus en consultation dans son service de pédopsychiatrie à Toronto). L'auteur explique que les réponses du registre des stéréotypes de genre (ou réponses « attendues ») doivent être cotées comme congruentes, l'objectif étant d'évaluer une éventuelle incongruence au sexe de naissance dans le registre de l'intime (psychologique, corporel et social), et non du registre « publique » des rôles et stéréotypes de genre.

Voici les résultats de mon groupe d'adolescents (valeurs moyennes) :

Questions	Réponse congruente au sexe de naissance			Réponse ambiguë			Réponse incongruente au sexe de naissance		
	Ados DG		Groupe contrôle	Ados DG		Groupe contrôle	Ados DG		Groupe contrôle
	T1	T2		T1	T2		T1	T2	
1	0%	0%	100%	17%	40%	0%	83%	60%	0%
2	0%	0%	100%	17%	20%	0%	83%	80%	0%
3	0%	0%	98%	33%	20%	1%	67%	80%	1%
4	0%	0%	97%	17%	0%	2%	83%	100%	1%
5	67%	60%	85%	17%	0%	2%	17%	40%	13%
6	33%	0%	63%	0%	40%	3%	67%	60%	34%
7	0%	40%	86%	33%	20%	7%	67%	40%	7%
8	0%	0%	86%	0%	20%	6%	100%	80%	8%
9	0%	0%	93%	50%	0%	0%	50%	100%	7%
10	17%	0%	88%	17%	20%	3%	67%	80%	9%
11	0%	0%	94%	67%	80%	4%	33%	20%	2%
12	67%	20%	96%	0%	40%	0%	33%	40%	4%

Tout d'abord, comme attendu, la tendance générale est que les adolescents de l'étude présentent pour la majorité des questions une proportion de réponses congruentes et incongruentes à leur sexe de naissance inversée par rapport au groupe contrôle.

Plus précisément pour les questions 1, 2, 3, 4, 8, 9 et 11, les adolescents du groupe contrôle présentent 86 à 100% de réponses congruentes à leur sexe de naissance, tandis qu'aucune des réponses des adolescents de l'étude n'est congruente (0%) et que 100% de leurs réponses sont incongruentes pour les questions 4, 8 et 9.

Pour les questions 7 et 10, on retrouve ces données à un des 2 temps de l'étude, et notamment pour la question 7, la proportion de réponses congruentes chez les adolescents de l'étude passe de 0 à 40%, ce qui correspond au fait que leurs réponses contenaient plus d'éléments du registre des rôles et stéréotypes de genre.

Pour la question 5 et 6, les résultats sont plus hétérogènes et on ne note pas de tendance. À noter que 13 et 34% des réponses des adolescents du groupe contrôle sont incongruentes. Ce sont des questions explorant les sentiments et représentations de son propre genre, ce qui met en évidence la différence entre *variance* de genre et *dysphorie* de genre.

Enfin, la tendance observée à la question 12 est qu'ils obtiennent plus de réponses ambiguës et incongruentes au second temps de l'étude (33% au t1 versus 80% au t2), c'est-à-dire qu'ils se pensent plus comme étant *réellement* du genre opposé au second temps.

Le contenu de leurs réponses est analysé dans le paragraphe des résultats individuels par adolescent.

III.3.3 Résultats du questionnaire sur les souvenirs d'enfance

On note chez les 6 adolescents des différences dans leurs résultats aux 2 temps, ce qui met en évidence le phénomène de distorsion de remémoration, phénomène cognitif attendu et décrit en détail par les auteurs de l'échelle, qui concluent que la mesure de la remémoration des comportements genrés dans l'enfance donne malgré tout des propriétés psychométriques raisonnables.

J'ai fait le choix de regrouper les questions par thèmes : sentiments et ressentis de genre (questions 10, 19, 20, 21), apparence (5, 14, 15), jeux, jouets et niveau d'activité (3, 4), identifications imaginaires (6, 8, 9), relations et identifications parentales (16, 17, 22, 23), dans la fratrie (12, 13) et avec les pairs (1, 2, 7, 11, 18).

Scores obtenus :

Items	Description	Ados DG FtM		Population générale Femmes	Ados DG MtF		Population générale Hommes
		T1	T2		T1	T2	
1	Camarades de jeux préférés	2.4 (1.62)	3.75 (.83)	3.7 (.65)	4 (.)	3 (.)	2.1 (0.68)
2	Meilleur(e) ami(e)	2.4 (2.06)	3.25 (2.05)	4.4 (0.82)	5 (.)	4 (.)	1.5 (0.78)
3	Jouets et jeux préférés	1.6 (.8)	2.25 (.43)	3.6 (0.76)	3 (.)	2 (.)	1.6 (0.58)
4	Niveau d'activité	2.8 (1.33)	2.5 (.87)	2.5 (0.75)	3 (.)	3 (.)	2.3 (0.86)
5	Cosmétiques / Bijoux	1.4 (.8)	1.75 (.83)	3.2 (0.91)	3 (.)	2 (.)	4.8 (0.49)
6	Admiration pour les personnages de TV / Films	1.4 (1.02)	1.25 (.83)	2.2 (0.85)	0 (.)	1 (.)	4.6 (0.63)
7	Sexe des partenaires de sports	1 (.89)	2 (1.22)	3.4 (0.7)	0 (.)	0 (.)	1.7 (0.62)
8	Rôle dans les jeux de "faire semblant"	1.6 (1.02)	1.75 (1.3)	4.0 (0.71)	2 (.)	2 (.)	1.3 (0.51)
9	Déguisements	2.2 (1.47)	2.5 (.5)	4.1 (0.67)	3 (.)	2 (.)	1.4 (0.51)
10	Ressenti masculin - féminin	0.6 (.8)	1 (1.)	3.9 (0.9)	0 (.)	0 (.)	1.6 (0.58)
11	Ressenti masculin - féminin (pairs)	1 (.)	1 (.)	3.3 (0.62)	3 (.)	1 (.)	2.9 (0.72)
12	Ressenti masculin - féminin (frère / soeur)	0.6 (.8)	0.25 (.43)	3.0 (0.89)	0 (.)	0 (.)	2.8 (0.85)
13	Dispute frère / soeur	1.2 (1.6)	1.5 (1.66)	3.8 (0.95)	0 (.)	0 (.)	3.7 (1.05)
14	Apparence masculine - féminine	2.6 (1.02)	3.5 (.5)	3.9 (0.90)	3 (.)	3 (.)	1.5 (0.67)
15	Attrait pour les vêtements féminins	1.4 (.49)	1.25 (.43)	2.4 (1.12)	2 (.)	2 (.)	4.8 (0.47)
16	Proximité émotionnelle de la mère, du père	1.6 (1.85)	1.5 (2.06)	2.2 (1.35)	1 (.)	1 (.)	2.0 (1.18)
17	Admiration pour la mère, le père	2 (1.1)	2.25 (1.09)	1.7 (0.89)	3 (.)	1 (.)	1.8 (0.99)
18	Réputation de "garçon manqué" - "garçon efféminé"	1.2 (.4)	1.5 (.87)	3.6 (1.14)	2 (.)	3 (.)	4.1 (0.92)
19	Satisfaction en tant que garçon ou fille	0.6 (.49)	0.5 (.5)	1.8 (0.85)	0 (.)	1 (.)	1.3 (0.48)
20	Désir d'être du sexe opposé	1.8 (1.17)	2 (1.22)	4.2 (0.86)	4 (.)	3 (.)	4.8 (0.44)
21	Expression d'être du sexe opposé	4 (1.55)	3.75 (1.64)	NA	5 (.)	4 (.)	NA
22	Ressenti de la préoccupation maternelle	2.8 (1.33)	2.5 (1.12)	1.5 (0.95)	1 (.)	1 (.)	1.3 (0.54)
23	Ressenti de la préoccupation paternelle	2.2 (1.72)	3 (1.87)	1.6 (0.91)	5 (.)	3 (.)	1.7 (0.87)

J'ai fait le choix de ne pas exploiter les scores moyens obtenus question par question dans cette partie de mon exposé étant donné le faible effectif de mon échantillon et y reviens dans la partie des résultats individuels par adolescent.

III.3.4 Résultats de la GIDYQ

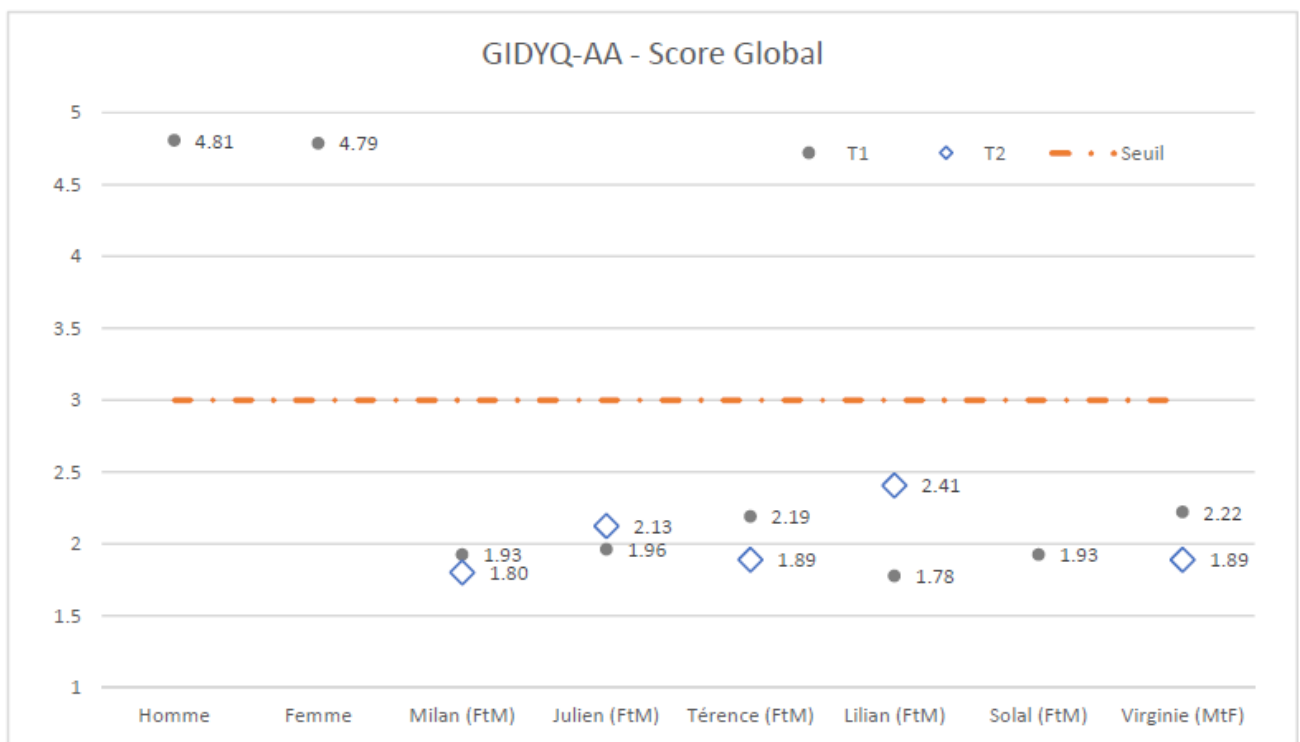
Pour la GIDYQ, j'ai pu recueillir les données de 5 adolescents aux 2 temps de l'étude et d'un adolescent au premier temps, soit 11 réponses par question. Chaque questionnaire évalue les ressentis sur l'année précédente, les données combinées des 2 temps de l'étude englobent donc les 2 dernières années (environ) pour chaque adolescent.

Comme attendu, les adolescents dysphoriques de genre présentent des résultats à la GIDYC très inférieurs aux scores en population générale (4.81 pour les hommes, 4.79 pour les femmes) et au cut-off permettant évoquer une dysphorie de genre (défini à 3), puisque l'ensemble de leurs scores se situe entre 1.78 et 2.41.

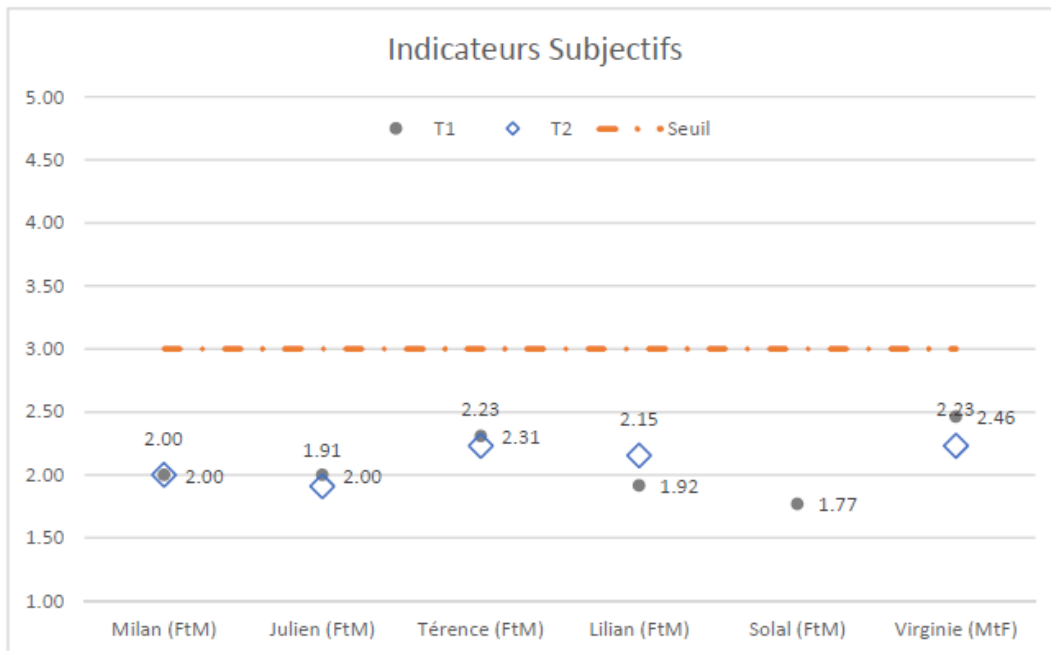
On note une certaine stabilité de leurs résultats entre les 2 temps de l'étude : tous s'identifient toujours comme transgenres et sont très nettement dysphoriques de genre aux 2 temps.

Deux adolescents présentent un léger écart entre leurs 2 scores, leur résultat au second temps de l'étude étant plus dysphorique de genre qu'au premier temps.

Un adolescent présente un écart important entre ses 2 scores, de 1.78 à 2.41, son résultat au second temps de l'étude étant moins dysphorique de genre qu'au premier temps.



✓ Les indicateurs subjectifs



Les indicateurs subjectifs sont au nombre de 13 et décrivent le ressenti ou vécu intime de l'identité de genre, ils abordent la satisfaction ou le malheur « d'être de son sexe », le désir et le ressenti « d'être de son sexe », d'être de l'autre genre et de vivre dans l'autre genre, la conception binaire ou non binaire du genre, les rêves, ainsi que le fait de se penser comme garçon, fille, « hermaphrodite/intersexe » ou « transgenre ».

On retrouve une homogénéité des résultats pour les 6 adolescents de l'étude et une constance des données aux 2 temps. Ci-dessous les réponses obtenues par ordre décroissant d'homogénéité :

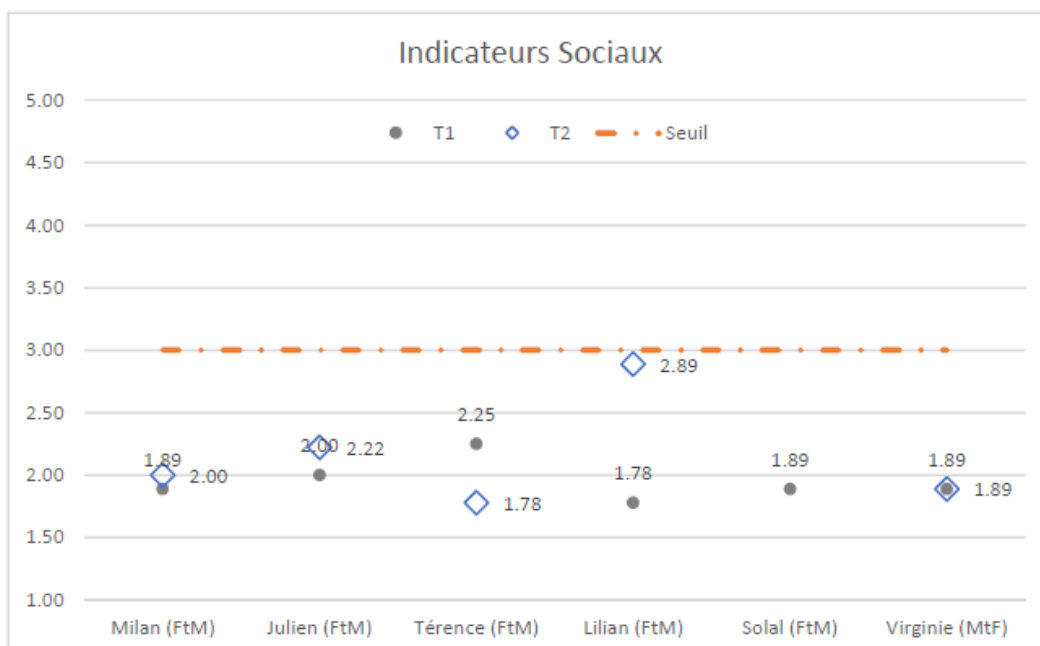
- ✓ Q1. Tous les adolescents interrogés disent qu'ils n'ont jamais été satisfaits d'être de leur sexe/genre de naissance.
- ✓ Q8. Ils ont toujours ou fréquemment (1) été malheureux d'être de leur sexe/genre de naissance. Ces données mettent en évidence que la souffrance en lien avec leur sexe/genre de naissance, insatisfaction et malheur, est très fréquente chez ces adolescents.
- ✓ Q5. Les FtM ont répondu qu'il leur était toujours arrivé de ne pas se sentir de « vraies filles » (sauf 1 n'ayant jamais ressenti cela l'année précédant le t_1 , et l'ayant toujours ressenti les mois précédant le t_2) ; il n'est jamais arrivé au MtF de ne pas se sentir un vrai garçon.
- ✓ Q6. Ils ont toujours ou fréquemment (1) ressenti qu'il serait mieux pour eux de vivre dans le genre opposé.

- ✓ Q10. Ils se sont toujours ou fréquemment (1) plus sentis du genre opposé.
- ✓ Q2. Ils ne se sont jamais ou rarement (2) sentis incertains de leur sexe, entre fille et garçon.
- ✓ Q9. Ils ne se sont jamais ou rarement (1) sentis incertains à leur sujet, ne se sentent pas « parfois comme une fille, parfois comme un garçon ».

Ces données abordant la conception binaire ou multiple du genre et le doute ou la fluctuation quant à l'identité de genre mettent en évidence une conception binaire du genre partagée par les adolescents de l'étude : ils ne doutent pas de leur genre et ne se décrivent pas comme neutre (*gender-neutral*, n'étant ni l'un ni l'autre ou les 2), ou fluide (*gender-fluid*, parfois l'un, parfois l'autre) ; ils sont sûrs d'être du genre opposé de façon binaire et fixe dans le temps.

- ✓ Q16. Tous ont toujours eu le souhait ou le désir d'être du genre opposé.
- ✓ Q24. Ils ne se sont jamais ou rarement (2) pensés comme personne « hermaphrodite » ou « intersexe ».
- ✓ Q25. Ils se sont toujours ou fréquemment (3) pensés comme personne « transgenre ».
- ✓ Q26-27. Ils se sont toujours ou fréquemment (3) pensés comme du genre opposé.
- ✓ La question 7, explorant les rêves, a obtenu des réponses plus hétérogènes, même si la tendance est qu'ils se rêvent plutôt dans le genre vécu (Toujours, Souvent, Parfois).

✓ Les indicateurs sociaux



Les indicateurs sociaux décrivent la pression ressentie venant des autres pour être du genre congruent au sexe, les efforts faits pour être de son sexe/genre de naissance, contrairement aux pairs filles et garçons, les identifications aux pairs, la reconnaissance par les inconnus et les proches d'être du genre opposé au sexe/genre de naissance, ainsi que la présentation (vestimentaire, sociale et scolaire) dans le genre opposé, ces éléments traduisant le degré de transition sociale.

On retrouve une grande homogénéité des résultats sur 5 des 13 questions et une constance des données aux 2 temps :

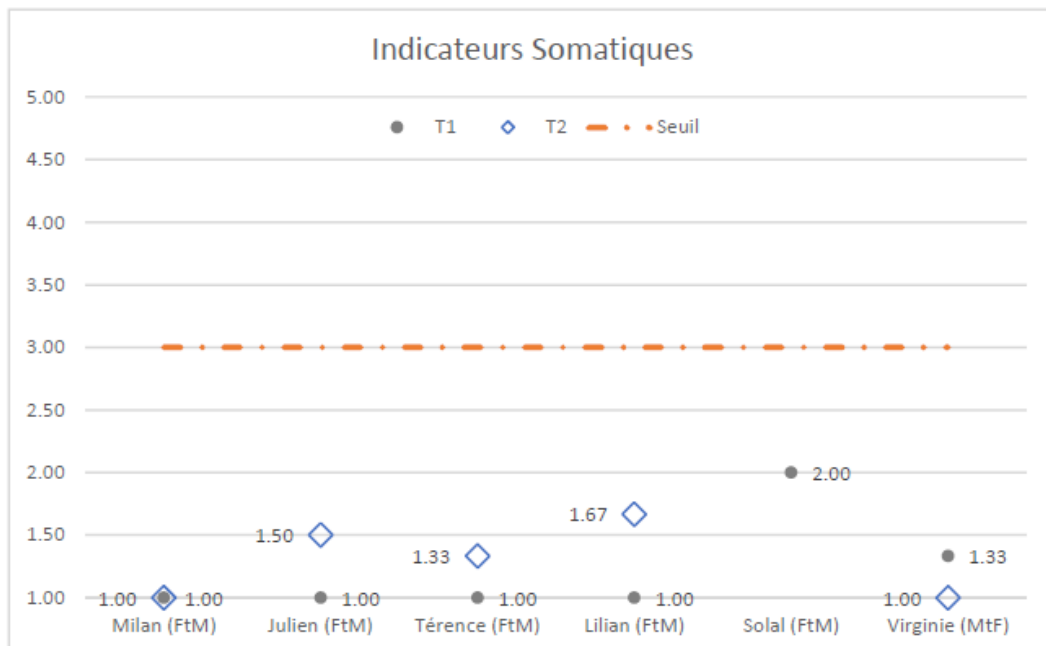
- ✓ Q11. Ils n'ont jamais ou rarement senti qu'ils n'avaient rien en commun ni avec les garçons ni avec les filles (sauf 1 parfois).
Ils témoignent au contraire d'une identification à leurs pairs du genre vécu.
- ✓ Q13. Ils ne se sont jamais sentis à l'aise d'utiliser les toilettes correspondant à leur sexe dans les lieux publics.
Ils utilisent les toilettes du genre opposé et/ou évitent le plus souvent possible les toilettes dans les lieux publics.
- ✓ Q17. À la maison, ils se sont tous toujours habillés et comportés comme du genre vécu.
- ✓ Q18. Dans les soirées ou rencontres sociales, ils se sont toujours ou fréquemment (1 souvent) présentés comme du genre vécu.
- ✓ Q19. À l'école, ils se sont toujours ou fréquemment (1) présentés comme du genre vécu.
Ces données explorant la transition sociale montrent que ces adolescents ont déjà tous réalisé leur transition sociale dans le milieu familial, amical et scolaire.

En revanche, on retrouve une hétérogénéité des résultats sur les 4 autres questions (3, 4, 14 et 15), ce qui rend ces résultats peu exploitables.

On note malgré tout une tendance concernant la question 3 : ils ressentent globalement peu de pression de la part des autres pour être de leur genre d'assignation (5 adolescents sur 6 ressentent occasionnellement, rarement ou jamais la pression des autres à ce sujet, 1 adolescent la ressent souvent).

On ne peut conclure à une tendance pour les questions 4, 14 et 15, explorant l'effort à faire pour être du genre congruent au sexe et la reconnaissance sociale du genre vécu par les inconnus et les proches.

✓ Les indicateurs somatiques



Les indicateurs somatiques sont au nombre de 3 et abordent la question du corps, la détestation des caractères sexuels primaires et secondaires, le souhait d'un traitement hormonal et chirurgical pour transformer ce corps vers le genre vécu.

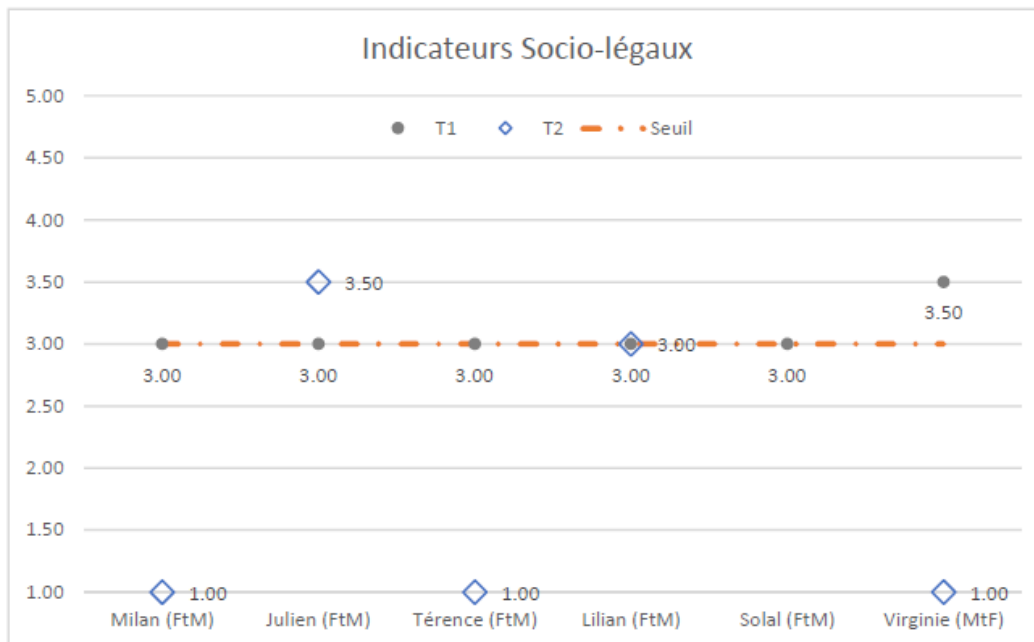
On retrouve une grande homogénéité des résultats pour les 6 adolescents de l'étude et une constance des données aux 2 temps :

- ✓ Q20. Tous les adolescents ont toujours ou souvent détesté leur corps parce qu'il était masculin/féminin, à l'opposé du genre vécu.
- ✓ Q21. Tous les adolescents ont toujours ou souvent (1 au t_1) souhaité un traitement hormonal pour changer leur corps.
- ✓ Q22. 5 adolescents sur les 6 ont toujours ou souvent (1 au t_2) souhaité un traitement chirurgical pour changer leur corps ; 1 l'a souhaité parfois.

Ces données mettent en évidence que pour les adolescents de l'étude la question du corps est centrale, l'incongruence ressentie et le désir de changer leur corps sont omniprésents. D'ailleurs, la demande d'un traitement hormonal est le motif de consultation principal chez ces adolescents.

A noter que ces critères centrés sur le corps font partie des critères diagnostiques de la dysphorie de genre dans le DSM-5 mais ne sont pas nécessaires au diagnostic.

✓ Les indicateurs sociolégaux



Les indicateurs sociolégaux sont au nombre de 2 et abordent la question de l'identification selon le sexe de naissance dans les documents officiels et la mention du sexe à l'état civil.

On retrouve une grande homogénéité des résultats au premier temps de l'étude : tous les FtM ont un score de 3, l'adolescente MtF 3.5, scores égaux ou supérieur au cut-off, ce qui semble correspondre à l'impossibilité juridique de changement de sexe à l'état civil chez les mineurs. Au second temps de l'étude, on note une hétérogénéité des résultats : scores de 1 à 3.5, 3 adolescents ayant répondu qu'ils avaient fait beaucoup d'effort pour changer leur sexe à l'état civil (dont 1 ayant atteint la majorité, 2 toujours mineurs), 2 disent ne pas en avoir fait.

On note une grande homogénéité pour la question 12 :

- ✓ Q12. Tous les adolescents ont toujours ou souvent été gênés de s'identifier comme de leur sexe de naissance ou de cocher la case M/F dans des formulaires officiels.

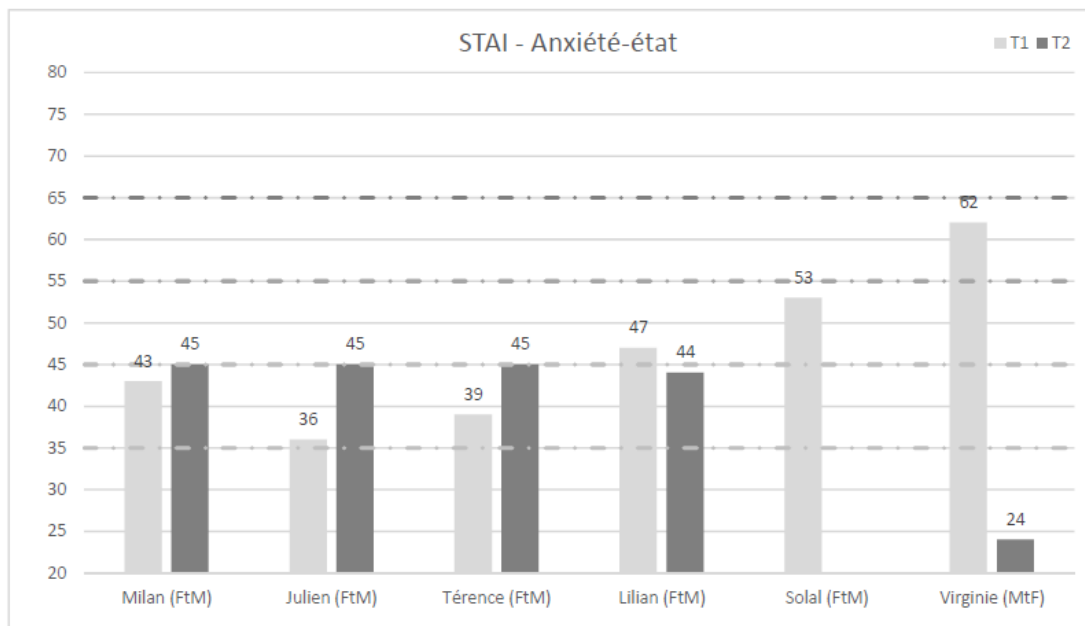
Ces données montrent que pour les adolescents de l'étude la mention officielle du sexe est importante, qu'ils sont gênés de remplir des formulaires officiels, qu'ils n'ont pas débuté de démarche de modification de la mention du sexe à l'état civil mais projettent de le faire à leur majorité.

III.3.5 Résultats de la STAI

Pour la STAI, j'ai pu recueillir les données de 5 adolescents aux 2 temps et d'1 adolescent au t₁ (soit 11 valeurs) :

- ✓ Une tendance se dégage quant à l'intensité et l'évolution de leur anxiété-état : ils apparaissent peu à moyennement anxieux lors des 2 passations des questionnaires ;
- ✓ Il n'y a pas de tendance quant à l'intensité de leur anxiété-trait (habituelle) aux 2 temps de l'étude, le spectre des degrés d'anxiété observés allant de très faible (24) à très élevé (75) ;
- ✓ Une tendance se dégage quant à l'évolution de leur anxiété-trait entre les 2 temps de l'étude : ils sont plus anxieux dans leur vie quotidienne au second temps de l'étude ;
- ✓ Enfin, tous les adolescents présentent des scores d'anxiété-état inférieurs aux scores d'anxiété-trait, c'est-à-dire qu'ils sont moins anxieux dans le cadre de la passation des questionnaires qu'habituellement dans leur vie quotidienne.

Rappel : échelle de 20 à 80, degrés d'anxiété selon le score : ≤ 35 : degré d'anxiété très faible, 36-45 : faible, 46-55 : moyen, 56-65 : élevé, > 65 : très élevé

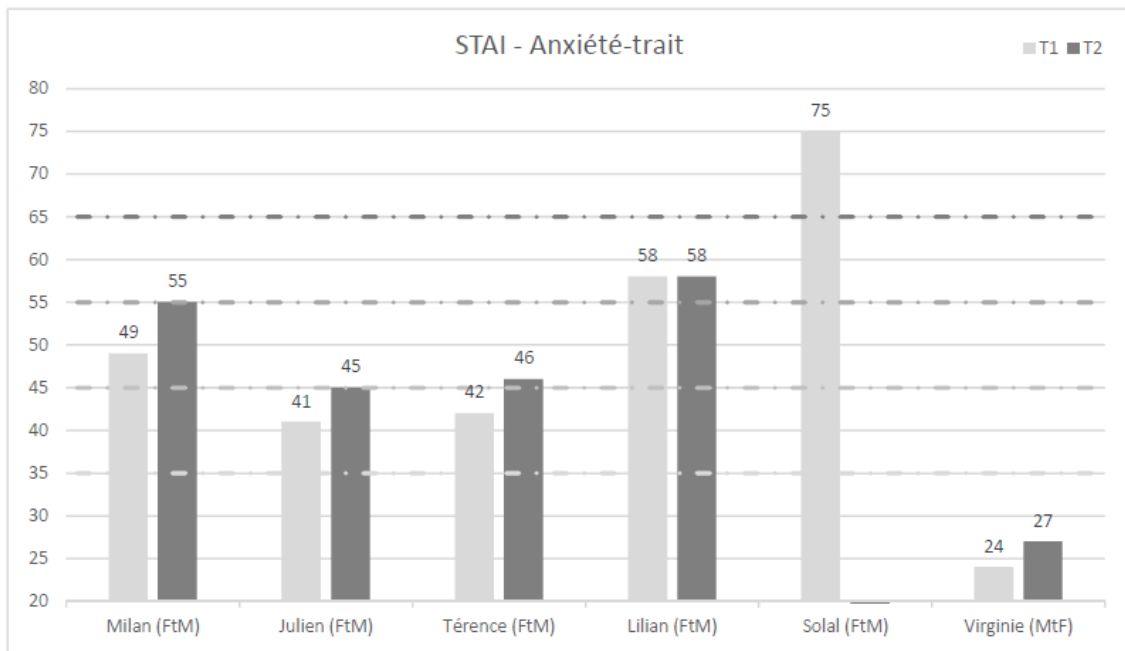


Concernant l'intensité de l'anxiété-état (actuelle), on note une tendance pour des scores d'**anxiété-état faible** :

- ✓ 5 adolescents (7 valeurs) ont un score d'anxiété-état faible à très faible à au moins un temps de l'étude ;
- ✓ 3 adolescents (3 valeurs) ont un score d'anxiété-état moyen.

Concernant l'évolution de leurs scores d'anxiété-état (actuelle) entre les 2 temps de l'étude, on ne note pas de tendance :

- ✓ 2 adolescents présentent une légère augmentation de leur score : +10 et +15% de l'échelle ;
- ✓ 2 adolescents ont des scores relativement stables : +3% et -5% de l'échelle ;
- ✓ 1 adolescent présente une forte diminution de son score : -63% de l'échelle.



Concernant l'intensité de l'anxiété-trait (habituelle), on ne note pas de tendance : on observe les **5 degrés d'anxiété** de l'échelle, **de très faible à très élevé** (1 adolescent présente un score d'anxiété-trait très faible aux 2 temps, 3 présentent des scores faibles et moyens aux 2 temps, 1 présente un score élevé aux 2 temps et 1 un score très élevé au t₁).

Concernant l'évolution de leurs scores d'anxiété-trait (habituelle) entre les 2 temps de l'étude, on note une tendance vers l'**augmentation de leur anxiété-trait**, ils sont plus anxieux dans leur vie quotidienne au second temps de l'étude :

- ✓ 4 adolescents présentent une augmentation de leur score d'anxiété-trait : de +5 à +10% de l'échelle ;
- ✓ 1 adolescent présente un score stable entre les 2 temps.

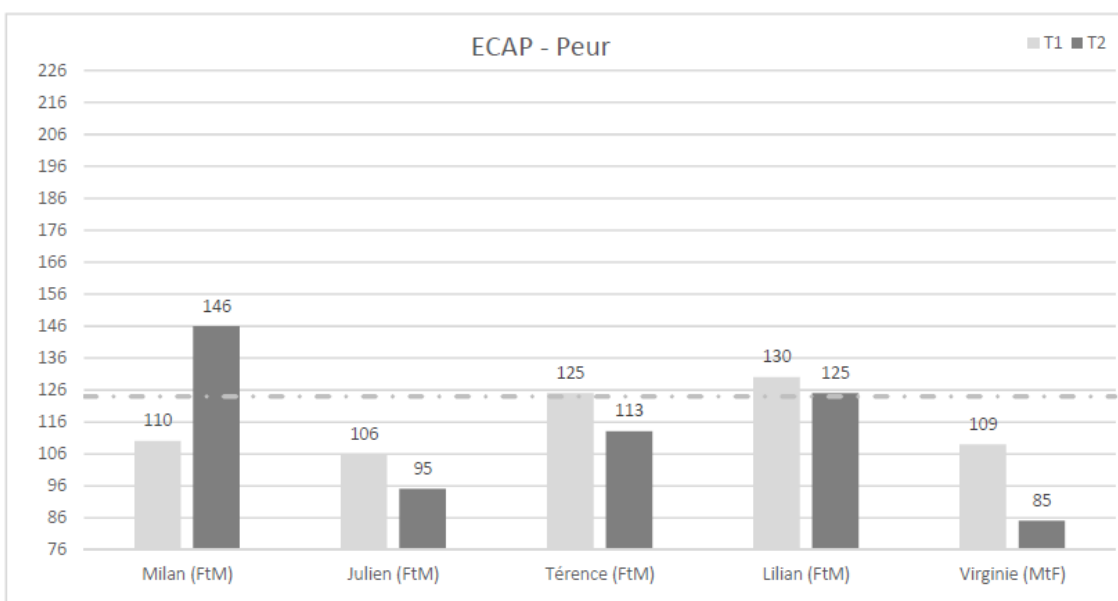
III.3.6 Résultats de l'ECAP

Pour l'ECAP, j'ai pu recueillir les données de 5 adolescents aux 2 temps (soit 10 valeurs) :

- ✓ On ne note pas de tendance quant à l'intensité de leurs peurs, avec globalement autant de scores de peur inférieurs et supérieurs au seuil pathologique de l'échelle ;
- ✓ Une tendance se dégage en revanche quant à l'évolution de leurs peurs entre les 2 temps de l'étude : ils sont moins anxieux au second temps de l'étude (sauf 1), ce qui contraste avec les résultats obtenus à la STAI ;
- ✓ Concernant l'évitement, ils dépassent largement le seuil pathologique de l'échelle (sauf 1) ;
- ✓ Ces évitements phobiques sont stables entre les 2 temps de l'étude (sauf 1 adolescent pour lequel on note une nette augmentation de ses évitements phobiques).

Rappel :

- Scores de peur de 76 à 228, seuil pathologique de probabilité d'un trouble anxieux ≥ 124
- Scores d'évitement de 21 à 63, seuil pathologique d'évitement phobique ≥ 32

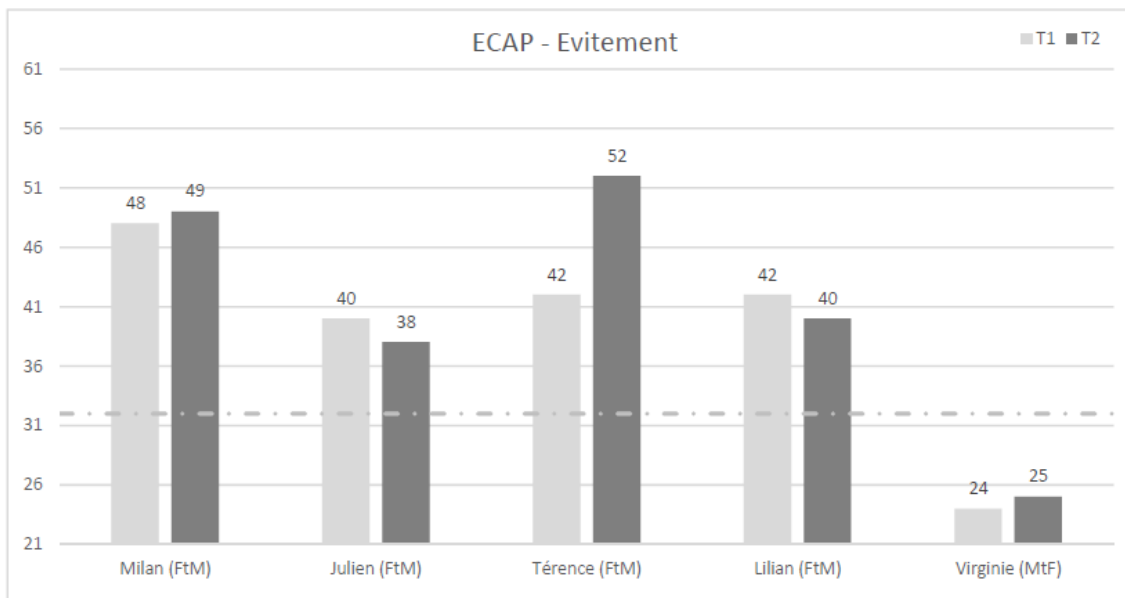


Concernant l'intensité des peurs, on ne note pas de tendance quant à la présence ou l'absence d'un trouble anxieux probable :

- ✓ 4 adolescents (6 valeurs) ont un score des peurs inférieur au seuil psychopathologique à au moins un temps de l'étude, chez lesquels on n'évoque donc pas de trouble anxieux ;
- ✓ 3 adolescents (4 valeurs) ont un score des peurs supérieur au seuil à au moins un temps de l'étude, chez lesquels on peut donc évoquer un trouble anxieux.

Concernant l'évolution de leurs scores des peurs, on note une tendance vers la **diminution de leurs scores de peur** entre les 2 temps de l'étude, ils sont moins anxieux dans leur vie quotidienne au second temps de l'étude :

- ✓ 4 adolescents présentent une diminution de leurs scores de peur : de -3 à -16% de l'échelle ;
- ✓ 1 adolescent présente une augmentation de son score de peur : +24% de l'échelle.



Concernant l'intensité des évitements, on note une franche tendance vers la **présence d'évitement phobique** :

- ✓ 4 adolescents (8 valeurs) ont des scores d'évitement supérieurs au seuil psychopathologique aux 2 temps de l'étude, chez lesquels on évoque donc un évitement phobique ;
- ✓ 1 adolescent (2 valeurs) a des scores d'évitement inférieurs au seuil psychopathologique aux 2 temps de l'étude, chez laquelle on n'évoque donc pas d'évitement phobique.

Concernant l'évolution de leurs scores d'évitement, on note une tendance pour la **stabilité de leurs évitements phobiques** entre les 2 temps de l'étude :

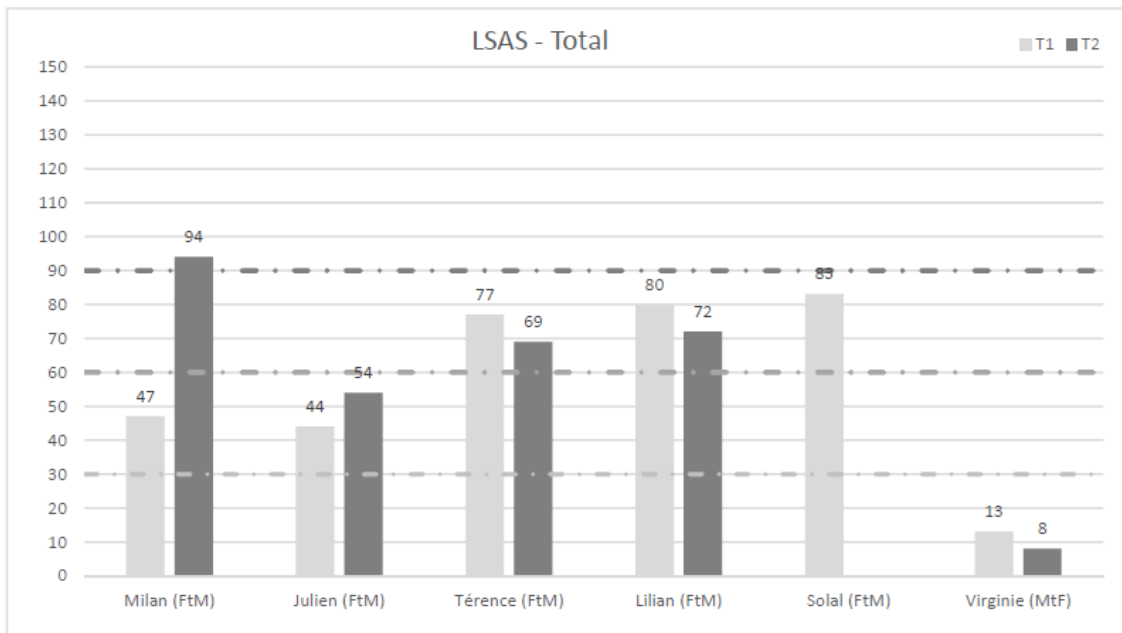
- ✓ 4 adolescents présentent des scores d'évitements stables aux 2 temps : de -5 à +2% de l'échelle ;
- ✓ 1 adolescent présente une nette augmentation de ses évitements phobiques : +24% de l'échelle.

III.3.7 Résultats de la LSAS

Pour la LSAS, j'ai pu recueillir les données de 5 adolescents aux 2 temps et d'un adolescent au premier temps (soit 11 valeurs) : tous les adolescents FtM présentent aux 2 temps de l'étude une anxiété sociale, d'intensité probable à non généralisée, très probable généralisée et hautement probable généralisée ; seule l'adolescente MtF ne présente pas d'anxiété sociale.

Rappel : scores de 0 à 144 pour le total (0 à 72 pour chaque sous-échelle), degrés d'anxiété sociale :

- < 30 : pas d'anxiété sociale
- 30-59 : anxiété sociale probable, non généralisée
- 60-89 : anxiété sociale très probable, généralisée
- > 90 : anxiété sociale hautement probable, généralisée



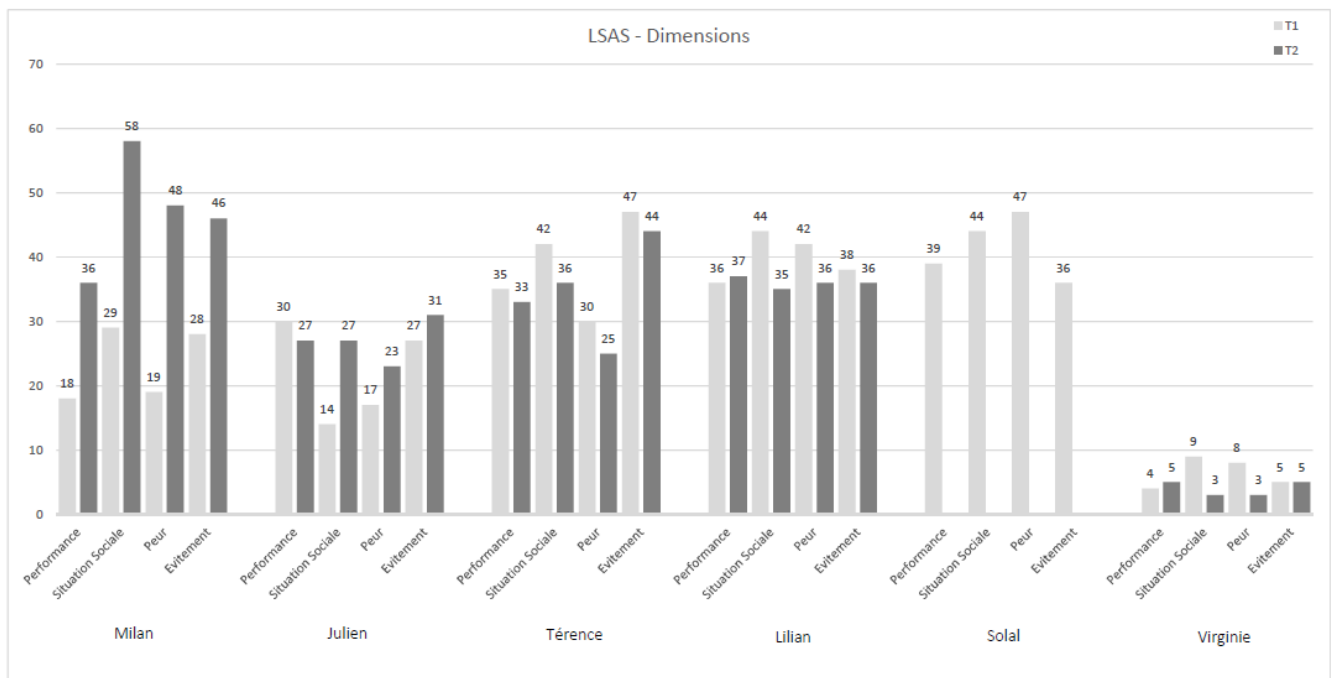
Concernant l'intensité de l'anxiété sociale :

- ✓ 2 adolescents (3 valeurs, 44 à 54) ont un score d'anxiété sociale probable non généralisée à au moins un temps de l'étude ;
- ✓ 3 adolescents (5 valeurs) ont un score d'anxiété sociale très probable généralisée aux 2 temps de l'étude ;
- ✓ 1 adolescent (1 valeur) a un score d'anxiété sociale hautement probable généralisée au second temps de l'étude (94), son score d'anxiété sociale a été multiplié par 2 entre les 2 temps ;
- ✓ L'adolescente MtF ne présente pas d'anxiété sociale.

Concernant l'évolution des scores entre les 2 temps :

- ✓ 1 adolescent a donc doublé son score d'anxiété sociale entre les 2 temps de l'étude (+33% de l'échelle), 1 l'a légèrement augmenté (+7% de l'échelle) ;
- ✓ Les 3 autres adolescents ont légèrement diminué leur score (de -3 à -6% de l'échelle).

Les résultats des différentes sous-échelles, peur, évitement, anxiété de performance et anxiété des situations sociales, sont exposés dans le chapitre des résultats individuels par adolescent.

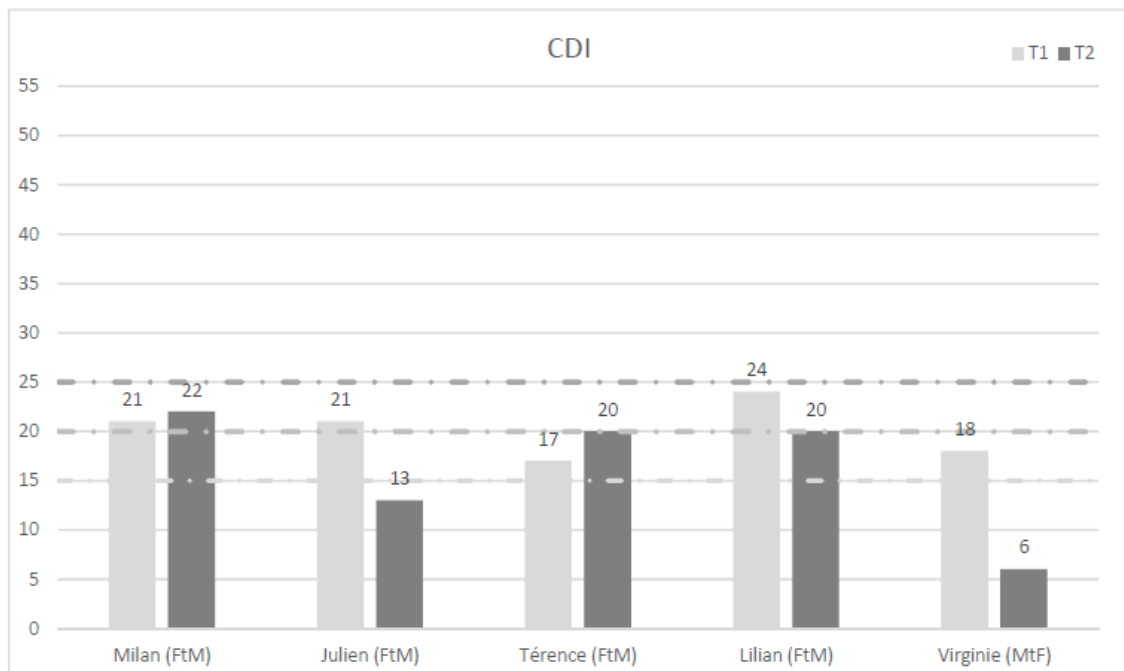


III.3.8 Résultats de la CDI

Pour la CDI, j'ai pu recueillir les données de 5 adolescents aux 2 temps (soit 10 valeurs) : tous les adolescents présentent à au moins un temps de l'étude des ressentis dépressifs (légers à modérés), avec une majorité de scores de dépression modérée.

Rappel : le score de 0 à 54, degrés de dépression selon le score :

- 15-19 : dépression d'intensité légère
- 20-24 : dépression d'intensité modérée
- ≥ 25 : dépression d'intensité sévère



Concernant l'intensité des sentiments dépressifs, on note une majorité de scores de **dépression modérée** :

- ✓ 4 adolescents (6 valeurs) ont un score de dépression modérée à au moins un temps de l'étude ;
- ✓ 2 adolescents (2 valeurs) ont un score de dépression légère à un temps de l'étude ;
- ✓ 2 adolescents (2 valeurs) ont un score correspondant à l'absence de trouble dépressif au t₂ de l'étude ;
- ✓ Aucun adolescent ne présente un score de dépression sévère.

Concernant l'évolution des scores entre les 2 temps, on ne note pas de franche tendance :

- ✓ 3 adolescents ont un score de dépression qui diminue entre les 2 temps de l'étude (de -7 à -19% de l'échelle) ;
- ✓ 2 adolescents ont un score de dépression qui augmente légèrement entre les 2 temps de l'étude (de 2 à 6% de l'échelle).

Concernant la répartition selon le sexe de naissance de la comorbidité anxiodépressive retrouvée dans ces questionnaires (STAI, ECAP, LSAS et CDI), on note au sein de mon échantillon des résultats qui contrastent avec les données de la littérature montrant sur de volumineux échantillons que les MtF présentent statistiquement plus de troubles internalisés que les FtM. Les scores les plus bas retrouvés au sein de mon échantillon sont systématiquement observés chez Virginie, la seule adolescente MtF, qui présente le plus souvent des scores inférieurs aux seuils psychopathologiques aux 4 questionnaires, ce contraste étant à mettre en lien avec le faible effectif non représentatif de mon échantillon.

III.3.9 Résultats de la VSP-A

Pour la VSP-A, j'ai pu recueillir les données de 5 adolescents aux 2 temps et 1 adolescent au premier temps (soit 11 valeurs) : les scores de qualité de vie, global et des 11 dimensions, des adolescents interrogés sont très inférieurs aux scores obtenus en population générale adolescente par les auteurs de l'échelle (à partir des résultats recueillis auprès de 555 adolescents) ainsi qu'au seuil de 65% défini par les auteurs comme associé à une probabilité modérée de perception d'altération de la qualité de vie pour toutes les dimensions.

Dimensions	Milan (FtM)		Julien (FtM)		Térence (FtM)		Lilian (FtM)		Solal (FtM)	Virginie (MtF)		Population Générale
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T1	T2	
Energie Vitale	25%	50%	45%	45%	70%	65%	45%	50%	10%	5%	70%	70.1% (18.6)
Bien-être physique	44%	50%	44%	19%	31%	31%	31%	31%	13%	25%	81%	71.7% (17.4)
Bien-être psychologique	50%	55%	65%	75%	95%	90%	30%	25%	0%	25%	100%	68.7% (20.1)
Image de soi	0%	0%	38%	88%	38%	75%	13%	25%	38%	75%	63%	74.7% (27.4)
Travail scolaire	75%	38%	50%	50%	50%	50%	13%	13%	0%	0%	75%	60.5% (28.3)
Loisirs	25%	6%	13%	19%	31%	6%	69%	81%	38%	31%	38%	69.8% (19.6)
Relation aux amis	40%	35%	25%	25%	90%	25%	60%	75%	90%	75%	75%	77.5% (17.0)
Relation aux parents	63%	69%	13%	25%	25%	25%	13%	31%	56%	81%	75%	69.8% (20.6)
Relation aux professeurs	58%	67%	17%	67%	67%	17%	67%	67%	50%	33%	92%	60.0% (25.3)
Relation au personnel soignant	75%	50%	83%	42%	0%	42%	67%	58%	33%	75%	100%	
Vie sentimentale et sexuelle		0%	25%		0%	88%	63%	25%	38%	0%	13%	
Total	56%	54%	50%	54%	61%	56%	55%	57%	47%	52%	79%	69.2% (14.1)

Tout d'abord, les dimensions pour lesquelles une tendance se dessine clairement :

✓ **Score global :**

- Les 6 adolescents (10 valeurs, de 47 à 61%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 69%, à au moins un temps de l'étude ;
- Seule l'adolescente MtF (1 valeur à 79%) a un score supérieur aux seuils au t₂.

✓ **Énergie vitale :**

- 5 adolescents (8 valeurs, de 5 à 50%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 70%, à au moins un temps de l'étude ;
- 2 adolescents (3 valeurs, de 65 à 70%) ont des scores supérieurs ou égaux aux seuils à au moins un temps de l'étude.

- ✓ **Bien-être physique :**
 - Les 6 adolescents (10 valeurs, de 12.5 à 50%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 72%, à au moins un temps de l'étude ;
 - Seule l'adolescente MtF (1 valeur à 81%) a un score supérieur aux seuils au second temps.
- ✓ **Image de soi :**
 - Les 6 adolescents (8 valeurs, de 0 à 63%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale à 75%, à au moins un temps de l'étude ;
 - 3 adolescents (3 valeurs, de 75 à 88%) ont des scores supérieurs ou égaux aux seuils à un temps de l'étude ;
 - Un adolescent présente aux 2 temps de l'étude un score de 0%, ce qui reflète une perception extrêmement insatisfaisante et négative de son image.
- ✓ **Travail scolaire :**
 - Les 6 adolescents (9 valeurs, de 0 à 50%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 61%, à au moins un temps de l'étude ;
 - 2 adolescents (2 valeurs, 75 %) ont des scores supérieurs aux seuils à un temps de l'étude.
- ✓ **Loisirs :**
 - 5 adolescents (9 valeurs, de 6 à 38%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 70%, aux 2 temps de l'étude ;
 - 1 adolescent (2 valeurs, 69 et 81%) a des scores supérieurs aux seuils aux 2 temps de l'étude.
- ✓ **Relation aux parents :**
 - 5 adolescents (8 valeurs, de 13 à 63%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 70%, à au moins un temps de l'étude ;
 - 2 adolescents (3 valeurs, de 69 et 81%) ont des scores supérieurs aux seuils à au moins un temps de l'étude ;
 - On note une tendance à l'augmentation des scores entre les 2 temps de l'étude pour tous les adolescents, donc la perception d'une relation plus satisfaisante avec leurs parents.
- ✓ **Vie sentimentale et sexuelle :**
 - Les 6 adolescents (8 valeurs, de 0 à 63%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% à au moins un temps de l'étude ;
 - 1 adolescent (1 valeur, 88 %) a un score supérieur au seuil au t2.

✓ **Evolution entre les 2 temps :**

- A l'exception de la dimension de la relation aux parents, il n'y a pas de tendance quant à l'évolution des scores entre les 2 temps.

Concernant les autres dimensions de l'échelle, aucune tendance ne se dessine :

✓ **Bien-être psychologique :**

- 4 adolescents (6 valeurs, de 0 à 55%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 69%, à au moins un temps de l'étude ;
- 3 adolescents (5 valeurs, de 65 et 100%) ont des scores supérieurs ou égaux au seuil de 65% à au moins un temps de l'étude ;
- 2 adolescents présentant des scores supérieurs aux seuils aux 2 temps (65 et 75% pour l'un, 95 et 90% pour l'autre), c'est-à-dire ayant la perception d'un bien-être psychologique, ont obtenu des scores pathologiques aux échelles d'anxiété et de dépression.

✓ **Relation aux amis :**

- 4 adolescents (6 valeurs, de 25 à 60%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 78%, à au moins un temps de l'étude ;
- 4 adolescents (5 valeurs, de 75 et 90%) ont des scores supérieurs au seuil de 65% à au moins un temps de l'étude.

✓ **Relation aux professeurs :**

- 5 adolescents (5 valeurs, de 17 à 58%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% et au score en population générale de 60%, à au moins un temps de l'étude ;
- 5 adolescents (6 valeurs, de 67 et 92%) ont des scores supérieurs aux seuils à au moins un temps de l'étude.

✓ **Relation au personnel soignant :**

- 5 adolescents (6 valeurs, de 0 à 58%) ont des scores inférieurs au seuil de 65% à au moins un temps de l'étude ;
- 4 adolescents (5 valeurs, de 67 et 100%) ont des scores supérieurs au seuil de 65% à au moins un temps de l'étude.

III.3.10 Résultats individuels par adolescent

III.3.10.1 Milan

✓ **Éléments cliniques et biographiques :**

Milan est née fille en 2001, il est reçu pour la première fois par le Dr KROUCH en janvier 2018 à l'âge de 16.5 ans, adressé pour dysphorie de genre par l'équipe spécialisée de psychiatrie adulte (qu'il avait consulté spontanément accompagné de sa mère).

Concernant ses antécédents psychiatriques, il a rencontré des difficultés relationnelles avec ses pairs dès la maternelle et des troubles du comportements (crises d'agitation avec cris et auto-agressivité) à partir de ses 8 ans ayant mené à sa déscolarisation en CM1. Il a bénéficié d'un suivi en pédopsychiatrie et d'une scolarisation partielle en hôpital de jour psychopédagogique 2 fois par semaine durant 2 ans (CM1 et CM2). Un diagnostic de Trouble du Spectre Autistique (TSA) sans Déficience Intellectuelle (syndrome d'Asperger) est posé à l'âge de 10 ans. Quant à ses antécédents somatiques, il présente de l'asthme. Il ne possède pas d'antécédents familiaux notables.

Sur le plan familial, ses parents se sont séparés quand il avait 9 ans, il ne voit plus son père depuis les suites de cette séparation, dit qu'il ne veut plus le voir et le critique vivement. Il a une petite sœur. Il vit avec sa mère, son beau-père et sa sœur. Sa mère et son beau-père travaillent tous les deux.

Sur le plan scolaire, il a rencontré des difficultés croissantes au primaire jusqu'à la déscolarisation en CM1. À la suite de la prise en charge en psychopédagogie, il a pu retrouver une scolarité ordinaire au collège avec le soutien d'une AVS. Il a ensuite poursuivi ses études sans accompagnement en lycée professionnel où il est actuellement en 2^{ème} année de CAP Enseigne et Décor. Il se projette très loin sur le plan scolaire et professionnel : baccalauréat professionnel dessin/graphisme, écoles de manga, travailler au Japon comme dessinateur et créateur de manga.

Sur le plan social, il a toujours présenté des difficultés dans les relations avec ses pairs et verbalise très clairement ses difficultés de compréhension des autres et des codes sociaux ainsi que son isolement social. Il désigne comme personnes ressources sa famille et notamment sa sœur, évoque la « répulsion des autres » comme s'atténuant légèrement au fil des années. Il considère ses camarades de classe comme des « copains et copines » mais décrit des moqueries, du rejet, qu'il ne les voit jamais dans un cadre extrascolaire et qu'il se sent exclu. Il se décrit hétérosexuel (attiré par les filles), mais n'a jamais eu de relation amoureuse ni sexuelle.

Concernant ses loisirs, il aime dessiner, dessine énormément de manga. Il aime également les félins, les Pokémons, passe peu de temps sur internet, ne fait pas de sport.

On repère dans son histoire des événements traumatiques : son TSA lors des périodes très symptomatiques, sa déscolarisation pendant 2 ans, la séparation de ses parents survenant durant la même période et l'absence de contact avec son père apparaissent comme des événements très difficiles pour lui ; on note également un déménagement et quelques épisodes de transphobie.

Sur le plan clinique, il présente un TSA sans déficience intellectuelle avec compréhension assez littérale du discours et quelques troubles qualitatifs de la relation, le contact est de bonne qualité, il a accès à l'humour, on note susceptibilité et méfiance. Des traits anxieux importants avec anticipation et ruminations anxieuses sont repérés. Il ne présente pas de trouble du sommeil.

Concernant la dysphorie de genre, l'apparition du sentiment d'incongruence de genre est située dans ses souvenirs à l'âge de 9 ans (âge à la séparation de ses parents), il s'est alors senti garçon et a souhaité être un garçon. Il décrit la période de 9 à 15 ans comme très compliquée : doutes, incompréhension de lui-même, tentative de conformisation avec féminisation de son apparence. L'apparition de ses caractères sexuels secondaires durant la puberté a été une grande souffrance pour lui, il déteste sa poitrine, ses hanches, sa voix, les traits féminins de son visage, ses menstruations. Il éprouve un important mal-être à cette période, décrit le sommeil comme un refuge, s'est arraché les cils et sourcils à plusieurs reprises dans des moments d'angoisse. À partir de 15 ans, il décrit la certitude de se sentir garçon, d'être un garçon mentalement, de ne pas être dans le bon corps et de vouloir être un garçon. Paralysé par la peur d'en parler, il ne verbalise sa dysphorie de genre à sa mère qu'à 16 ans. Après un premier temps d'incompréhension de la part de ses proches, il décrit une acceptation progressive. Il débute alors une transition sociale (vêtements plus masculins, achat d'un *binder* pour comprimer sa poitrine, coupe de cheveux courts). Ses proches observent une très nette amélioration de son état avec un apaisement de l'angoisse depuis l'annonce de la transidentité et le début de la transition sociale. Rapidement, la demande du changement de prénom émerge et après 6 mois de refus, sa famille accepte de l'appeler Milan. Cette transition sociale dans le cercle familial s'est ensuite mise en place dans le milieu scolaire, ses professeurs et camarades l'appellent également Milan. Il décrit quelques épisodes de transphobie à l'école et dans le milieu professionnel lors des stages. Il a débuté avec l'aide de sa mère la démarche de changement officiel de son prénom à l'état civil. Concernant son parcours de soin, il s'est toujours montré déterminé à la transition sociale complète et au traitement hormono-chirurgical, avec chirurgie partielle (mastectomie). Il a tenté de prendre une pilule oestroprogestative pour arrêter ses menstruations mais l'a rapidement arrêtée en raison d'une mauvaise tolérance. Depuis le début de son suivi, il présente une grande souffrance liée à son corps et une demande constante d'hormonothérapie. Après évaluation de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), il a été adressé vers l'endocrinologue pour les bilans pré-thérapeutiques en vue de l'introduction de l'hormonothérapie masculinisante.

✓ **Entretien semi-dirigé sur l'identité de genre chez l'enfant :**

J'ai fait le choix de regrouper les 12 questions en 4 dimensions : identité (questions 1, 2, 4, 8, 9, 10, 12), parentalité (3), représentations du genre d'assignation (5, 6, 7) et rêves (11), et de synthétiser leurs réponses aux 2 temps en faisant apparaître les éléments cliniques ayant émergé.

- Questions sur le sentiment d'identité de genre, le devenir, le doute, le désir, le ressenti et la conviction dans le réel de cette identité de genre :

Milan exprime très clairement son sentiment d'incongruence de genre sur les registres cognitif et affectif et son vécu dysphorique envers son corps : *« Je suis emprisonné dans mon corps, une âme pas dans le bon corps, si seulement je pouvais renaître garçon, c'est comme ça que je me sens, c'est intérieur, ce que je vois dans le miroir ce n'est pas moi. Je suis mal au quotidien car je suis un garçon au fond. Je ne me sens pas une fille, c'est compliqué à expliquer sans parler du corps, des organes génitaux, de la voix... ».*

Sur la question du devenir et du doute possibles, il ne se projette pas comme pouvant un jour se sentir ou accepter d'être une fille et affirme sa conception binaire du genre : *« Non, il n'y a pas de changement possible, je ne me sens pas une fille, je ne suis pas une fille, je suis un garçon. ».*

Il exprime son mal-être corporel, le dégoût de son corps : *« Je ne supporte pas mon corps, j'ai un corps de fille, c'est tout ce que je déteste : la poitrine, les hanches, la voix, les règles, le visage. ».*

Son expérience d'incongruence de genre l'amène à avoir la conviction d'être réellement de l'autre genre sans dénier la réalité physique du corps : *« Je suis réellement un garçon dans le mental. ».*

- Question sur l'identité de genre dans la parentalité :

Au premier temps de l'étude, Milan présente peu d'élaborations autour de la parentalité, rattache le fait d'être père à la dimension biologique et évoque la vie conjugale et l'adoption : *« Je ne pourrais jamais vraiment être père, peut-être l'adoption si elle veut ».*

Au second temps, il se voit *« plutôt papa »*, en couple avec une femme, évoque la PMA, a connaissance de la possibilité de grossesse chez les FtM n'ayant pas réalisé de chirurgie génitale mais ne l'envisage absolument pas : *« C'est elle qui portera l'enfant, ou pas. Moi une grossesse, c'est mort, je ressens un dégoût profond de ce truc dans le corps, comme une espèce de parasite ».*

Il décrit les rôles parentaux en les dissociant du genre : *« Les stéréotypes sur les rôles des parents sont faux, ma mère est caractérielle et mon beau-père est un nounours. ».*

- Questions sur les représentations du genre d'assignation :

Il répond sur le versant des rôles de genre et sur celui de l'intime. La dimension de l'incongruence

et du dégoût du corps apparaît aux 2 temps. Ces réponses contiennent de nombreux stéréotypes de genre, avec une dévalorisation du féminin, parfois source de limitations selon lui, et une valorisation du genre masculin : « *Les filles ont plus d'empathie, un aspect mignon, ça passe mieux quand on veut obtenir quelque chose, mais ça ne m'intéresse pas ; elles sont perçues comme incapables, ridicules, ont des interdictions sociales (pour certains sports par exemple) ; les hommes sont pris au sérieux, respectés ; dans les émissions de télé-réalité, il y a plein de codes de genre : les filles pleurent, font des histoires, les garçons sont machos, dans les mangas aussi ; quant à l'apparence, je n'ai pas les codes de fille (cheveux dégagés, maquillée, tenues féminines), mais pas les traits masculins non plus.* ».

On note une confusion entre identité et identification à ses pairs : « *Pour moi le mieux, c'est être un garçon, je ne m'entends pas avec les filles, enfin avec les autres.* ». On perçoit ses difficultés sociales et ses attentes irréalistes de la transition médicale.

- o Question sur l'identité de genre dans les rêves :

On retrouve une fluctuation de son genre dans ses rêves : « *Parfois je suis moi, un corps de fille avec une tête de garçon, parfois je suis un garçon ou personnage masculin de manga (je m'identifie toujours aux personnages masculins) et parfois une fille mais c'est plus rare, comme un truc d'enfance gravé.* ».

Au second temps, on retrouve également cette fluctuation avec une plus grande fréquence de son identité féminine passée : « *Moitié-moitié, l'apparence d'à mes 9 ans, féminin, pendant ma période d'hyper-féminisation où j'essayais de me conformer, ou moi, en masculin.* »

Il me raconte quelques rêves récurrents :

« *Quand je suis en fille, c'est toujours des trucs sordides, par exemple je meurs d'un coup, comme d'une crise cardiaque, et je me réveille impuissant, des personnes m'attaquent et tuent quelque chose auquel je tiens, mon chat par exemple, je ne peux rien faire.* »

« *Récemment, je suis devant le miroir, je suis comme maintenant, garçon, mes dents tombent, c'est très stressant, elles repoussent 5 minutes après, comme un requin ou un vampire. C'est tout.* »

Il y a aussi des rêves dans lesquels il ne se voit pas directement : « *En vision caméra, je vois souvent un personnage féminin mais ce n'est pas moi.* ».

✓ **Questionnaire sur les souvenirs d'identité et rôles de genre dans l'enfance :**

J'ai fait le choix de regrouper les questions par thèmes : sentiments et ressentis de genre (questions 10, 19, 20, 21), apparence (5, 14, 15), jeux, jouets et niveau d'activité (3, 4), identifications imaginaires (6, 8, 9), relations et identifications parentales (16, 17, 22, 23), dans la fratrie (12, 13) et avec les pairs (1, 2, 7, 11, 18).

Selon ses souvenirs et leur reconstruction, Milan décrit 2 périodes, avant et après 9 ans, âge charnière qu'il décrit comme le moment où son sentiment d'incongruence de genre est apparu.

Enfant, il ne se sentait ni féminin ni masculin et n'appréciait jamais le fait d'être une fille. Il évoque son souhait d'être un garçon comme régulier avant ses 9 ans ("Souvent") et quasi systématique après ses 9 ans ("Presque toujours") même s'il ne le disait pas aux autres.

Son apparence était selon lui assez féminine avant ses 9 ans, il se maquillait et portait des bijoux de temps en temps. Après ses 9 ans, il décrit son apparence comme neutre et cesse de se maquiller et de porter des bijoux.

Ses jeux et jouets étaient plutôt masculins, son niveau d'activité très élevé comparé aux filles de son âge.

Ses identifications imaginaires étaient le plus souvent masculines pour ce qui est de l'admiration et l'imitation de personnages de TV/films ou des jeux de faire-semblant. Concernant les déguisements, on note un renforcement de l'identification masculine après ses 9 ans où les déguisements sont le plus souvent des vêtements de garçons.

Concernant ses identifications parentales, il se sentait émotionnellement plus proche de son père et l'admirait plus que sa mère. Au premier temps de l'étude, il a le souvenir que ses parents ne se préoccupaient que « parfois » de lui, tandis qu'au second temps il exprime que sa mère se préoccupait souvent et son père rarement de lui.

Au niveau des relations dans la fratrie, il se sentait beaucoup moins féminin que sa sœur avec laquelle il se disputait fréquemment.

Concernant ses relations et identifications aux pairs, ses réponses diffèrent entre les 2 temps de l'étude : alors qu'au premier temps de l'étude, il décrit ne pas jouer avec d'autres enfants et ne pas avoir d'amis proches, au second temps, il dit jouer autant avec des garçons que des filles et que sa meilleure amie était toujours une fille. Il se sentait cependant beaucoup moins féminin que les filles de son âge et était très fréquemment qualifié de « garçon manqué » aux 2 temps de l'étude.

✓ **Questionnaire sur l'identité et la dysphorie de genre chez l'adolescent (GIDYQ-AA) :**

Concernant le résultat global, les indicateurs subjectifs, sociaux et somatiques, il présente aux deux temps de l'étude des scores très clairement évocateurs d'une identification transgenre et d'une dysphorie de genre.

En revanche, concernant les indicateurs sociolégaux, il présente au premier temps de l'étude un score non révélateur (égal au cut-off), tandis qu'au second temps, le score a très nettement diminué et corrobore les scores des autres indicateurs. On peut émettre l'hypothèse que l'approche de la majorité ainsi que ses démarches de changement officiel de prénom à l'état civil débutées entre les deux temps de l'étude expliquent les réponses obtenues au second temps.

✓ **STAI :**

Aux 2 temps de l'étude, Milan présente un degré d'anxiété faible lors de la passation des questionnaires et un **degré d'anxiété moyen dans sa vie quotidienne** (scores d'anxiété-état faibles : 43 et 45, scores d'anxiété-trait moyens : 49 et 55).

✓ **ECAP :**

- Echelle de peur : au premier temps de l'étude, son score reflète une **absence de trouble anxieux**, tandis qu'au second temps, il présente un **trouble anxieux probable** (scores de peur : 110 et 146, *seuil pathologique >124*), reflétant une nette augmentation de l'intensité de ses peurs.
- Echelle d'évitement : aux 2 temps de l'étude, son score fait évoquer un **évitement phobique** (scores d'évitement : 48 et 49, *seuil pathologique >32*).

✓ **LSAS :**

Il présente un score total d'**anxiété sociale probable non généralisée** au t_1 et d'**anxiété sociale hautement probable** au t_2 (score : 47 et 94, *seuil pathologique >30*), ce qui témoigne d'une très nette augmentation de son anxiété sociale, donc probablement d'une aggravation de ses difficultés dans ses relations avec ses pairs.

- Sous-échelles de peur et d'évitement : la dimension de l'**évitement** prédomine au t_1 (ce qui concorde avec ses résultats de l'ECAP), et **sans dimension prédominante** au t_2 (scores de peur : 19 et 48, scores d'évitement : 28 et 46, nette augmentation des 2 dimensions).
- Sous-échelles d'anxiété de performance et des situations sociales : la dimension de l'**anxiété des situations sociales** prédomine largement aux 2 temps (scores performance : 18 et 36, scores situations sociales : 29 et 58, nette augmentation des 2 dimensions).

✓ CDI :

Aux 2 temps de l'étude, il présente un score de **dépression modérée** (scores : 21 et 22, *seuil pathologique >15*).

✓ VSP-A : (*seuil psychopathologique <65% pour toutes les dimensions*)

- Score global : **perception d'une qualité de vie globalement insatisfaisante** aux 2 temps de l'étude (score : 56 et 54% ; *score en population générale adolescente : 69%*).
- Energie vitale : **perception d'une énergie vitale très insatisfaisante** aux 2 temps de l'étude (score : 25 et 50% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
- Bien-être physique : **perception d'un bien-être physique très insatisfaisant** aux 2 temps de l'étude (score : 44 et 50% ; *score en population générale adolescente : 72%*).
- Bien-être psychologique : **perception d'un bien-être psychologique insatisfaisant** aux 2 temps de l'étude (score : 50 et 55% ; *score en population générale adolescente : 69%*).
- Image de soi : **perception d'une image de lui-même extrêmement insatisfaisante** aux 2 temps de l'étude (score : 0% aux 2 temps ; *score en population générale adolescente : 75%*).
- Travail scolaire : **perception d'un travail scolaire satisfaisant** au t₁ et **très insatisfaisant** au t₂ (score : 75 et 38% ; *score en population générale adolescente : 61%*).
- Loisirs : **perception de loisirs très insatisfaisants** aux 2 temps de l'étude (score : 25 et 6% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
- Relation aux amis : **perception de relations amicales très insatisfaisantes** aux 2 temps de l'étude (score : 40 et 35% ; *score en population générale adolescente : 78%*).
- Relation aux parents : **perception de relations avec ses parents légèrement insatisfaisantes** au t₁ et **satisfaisantes** au t₂ (score : 63 et 69% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
- Relation aux professeurs : **perception de relations avec ses professeurs insatisfaisantes** au t₁ et **satisfaisantes** au t₂ (score : 58 et 67% ; *score en population générale adolescente : 60%*).
- Relation au personnel soignant : **perception de relations avec le personnel soignant satisfaisantes** au t₁ et **insatisfaisantes** au t₂ (score : 75 et 50%).
- Vie sentimentale et sexuelle : **perception de sa vie sentimentale et sexuelle extrêmement insatisfaisante** (il ne répond pas à ces items au t₁ car il n'a pas de relation amoureuse ni de sexualité et présente au t₂ un score de 0% pour la même raison).

III.3.10.2 Térence

✓ éléments cliniques et biographiques :

Térence est née fille en 2001, il est reçu pour la première fois par le Dr KROUCH en novembre 2017 à l'âge de 16 ans, adressé pour dysphorie de genre par l'équipe spécialisée de psychiatrie adulte (qu'il avait consulté spontanément accompagné de sa grand-mère).

Concernant ses antécédents psychiatriques, il n'a jamais eu de suivi avant qu'émerge le questionnement sur son identité de genre, mais décrit des moments de colère et de tension interne majeure depuis l' cole primaire avec agressivité contenue dans un premier temps (« sentiment de rage, envie de frapper, de crier ») puis auto-agressivité avec scarifications, s'est également coupé les cheveux à plusieurs reprises à visée cathartique (« couper, enlever un truc,  a me calme »). Il présente de nombreux éléments psychopathologiques et un contexte familial traumatique : on note sur le plan affectif de grandes difficultés relationnelles avec ses pairs, un isolement social, des traits anxieux majeurs faisant évoquer une anxiété sociale, une froideur affective, parfois une discordance id o-affective et des traits psychopathiques d'allure défensive, de l'impulsivité, par moments un vécu abandonnique ; et sur le plan id ique, des mécanismes de rationalisation, banalisation ou déni de ses difficultés, une alexithymie ; tout cela faisant évoquer un état limite de l'adolescent. Il ne présente pas d'antécédents somatiques notables. Concernant ses antécédents familiaux, sa mère est décédée d'un cancer du sein, pas d'information sur son père.

Sur le plan familial, sa mère est décédée à l'âge de 45 ans des suites d'un cancer du sein, Térence avait 8 ans au moment du diagnostic et 14 ans lors du décès de sa mère. Ses parents se sont séparés quand il avait 9 ans et il n'a jamais revu son père depuis son départ, ne sait pas où il vit, ils ne se sont pas recontactés au décès de la mère de Térence. Depuis 2 ans, il est élevé par sa grand-mère, titulaire de l'autorité parentale, chez qui il vit sans autre entourage familial proche.

Dans son discours, les traumatismes psychiques successifs, annonce du cancer de sa mère, départ de son père, décès de sa mère, semblent non résolus, parfois niés, parfois décrits précisément : il dit ne pas avoir de souvenirs de son père, de la maladie de sa mère, de la date du décès, montre parfois une froideur affective et dit son indifférence ; et décrit parfois des scènes en lien avec la mort de sa mère avec une grande précision, une tristesse contenue, et verbalise un vécu abandonnique. Il critique vivement ses parents, décrit une relation difficile avec sa mère, ne pas souhaiter revoir son père.

Sur le plan scolaire, il n'a pas rencontré de difficultés majeures dans les apprentissages, décrit du harcèlement moral, des moqueries (« *garçon manqué, bizarre* ») durant ses années de collège. Il est

en lycée professionnel en section artistique, souhaite devenir graphiste. Il s'est fait quelques amis au lycée après la transition sociale partielle, ses camarades de classe l'appellent par son prénom choisi.

Sur le plan social, il présente des difficultés avec ses pairs et un isolement, évoque une meilleure amie depuis l'enfance, quelques copains et copines parmi ses camarades de classe, mais une vie sociale très pauvre, « *se forçant* » occasionnellement à sortir, et verbalise un désintérêt pour les autres apparaissant comme la rationalisation d'une anxiété sociale majeure. Au second temps de l'étude, il a une « copine » depuis quelques mois, uniquement sur internet, pas de rencontre physique. Concernant sa sexualité, il se décrit pansexuel par ce qui semble être une absence de choix de sexualité (« *ça n'est jamais une question* »), a déjà éprouvé l'attirance sexuelle et quelques rapports. Au 1^{er} temps de l'étude la sexualité génitale féminine était inenvisageable tandis qu'au second temps il décrit en être satisfait.

Concernant ses loisirs, il aime dessiner, lire des thrillers, il passe beaucoup de temps sur internet, discussion en ligne et jeux, ne fait pas de sport.

Concernant la dysphorie de genre, l'apparition du sentiment d'incongruence de genre est située dans ses souvenirs à l'âge de 7/8 ans ; à 14 ans, quelques mois après le décès de sa mère, selon sa grand-mère. Concernant sa puberté, il décrit un sentiment d'incongruence devant le développement de sa poitrine vers 10 ans (« *C'est quoi ces excroissances ?* »), mais on ne retrouve pas de souffrance significative face à l'apparition des caractères sexuels secondaires (« *Ça ne me plaît pas, mais je n'ai pas trop de problèmes avec mon corps, enfin j'ai quand même envie de les enlever* »). Il décrit avoir traversé vers 12 ans une période de doute et de tentative de conformisation avec féminisation de son apparence, puis a eu le sentiment d'être un garçon à partir de 13 ans. À 14 ans, quelques mois après le décès de sa mère, il a simultanément annoncé à sa grand-mère et sa meilleure amie qu'il était un garçon et a débuté une transition sociale (vêtements, *binders*, coupe de cheveux, prénom) partielle, dans le cercle familial et amical mais non scolaire. Il évoque une identification massive à un artiste dessinateur transgenre (FtM) comme « *la révélation* ». Il a demandé à sa grand-mère de réaliser les démarches de changement officiel de prénom à l'état civil. Depuis la transition sociale partielle, on ne note pas d'amélioration de ses difficultés : l'anxiété sociale et l'isolement persistent, on repère des traumatismes psychiques non résolus, du déni, de l'impulsivité, des mécanismes de rationalisation, des ruminations et questions existentielles en boucle, des tentatives de maîtrise et de contrôle, ce qui le met en difficulté avec son corps dont il ne contrôle pas les transformations, une fascination pour la transgression chez un adolescent en période d'identification massive, traversant des processus de séparation-individuation vis-à-vis de sa grand-mère. Concernant son parcours de soin, il se montre déterminé à la transition sociale complète et au traitement hormono-chirurgical, avec chirurgie partielle (mastectomie). Cependant, en raison de sa grande vulnérabilité psychique, la décision prise en R.C.P. est la poursuite du suivi psychiatrique et la contre-indication à l'hormonothérapie pour le moment.

✓ **Entretien semi-dirigé sur l'identité de genre chez l'enfant :**

Térence présente dans son discours des propos parfois incohérents, on note des mécanismes de rationalisation et de déni, ainsi que des attentes irréalistes du traitement de réassignation sexuelle.

- o Questions sur le sentiment d'identité de genre, le devenir, le doute, le désir, le ressenti et la conviction dans le réel de cette identité de genre :

Térence exprime son sentiment d'incongruence de genre sur un registre cognitif en différenciant sexe et genre : « *Je suis un garçon. Enfin physiquement je suis une fille, mais pas pour le genre.* ». Il évoque l'intime et les rôles de genre, la souffrance d'être perçu comme une fille : « *Je ne me suis jamais senti comme fille, par rapport au corps ou aux pensées féminines. Je n'aimais pas être perçu comme fille, c'était comme si on m'insultait, comme des moqueries.* ».

Sur la question du devenir et du doute possibles, il ne se projette pas comme pouvant un jour être une fille : « *Je suis déjà un garçon, j'espère que je pourrais devenir physiquement un garçon, que la transition sera à mon goût. Je serai toujours un garçon transgenre dans la théorie, mais j'aimerais me sentir cisgenre (garçon cisgenre).* ». Il a une conception binaire du genre.

Concernant la question du désir d'être un garçon, au premier temps de l'étude, on retrouve rationalisation, déni et incohérence : « *J'aimerais être né garçon, être un garçon physiquement, mais je suis déjà un garçon : dans le regard des autres, je suis perçu comme garçon, et pour le physique, la poitrine, je suis un garçon aussi.* ». Au second temps de l'étude : « *Je suis garçon physiquement, même si ce serait plus simple si j'étais garçon cisgenre.* ».

Concernant son ressenti, au 1^{er} temps de l'étude, on retrouve exclusivement la dimension des rôles de genre, avec les identifications aux pairs masculins et les stéréotypes : « *Je me sens mieux avec les garçons. Je me projette dans la masculinité avec ses clichés.* ». Au second temps de l'étude, on note une confusion entre sentiment d'identité et façon dont on le perçoit ou s'adresse à lui (face privée-intime/face publique-rôle de genre) : « *Je me sens plus garçon quand on me genre au masculin, quand il n'est pas question de transgenre mais de vrai garçon, qu'on ne me rappelle pas que j'ai un vagin.* » Il a des attentes inadaptées (« *je mettrai des habits qui me gêneront moins* ») et irréalistes du traitement médico-chirurgical, comme si un garçon transgenre après réassignation n'était plus transgenre mais « vrai garçon ».

Concernant sa conviction d'être réellement un garçon, il répond au 1^{er} temps par la réalité anatomique : « *Réellement un garçon non, car je n'ai pas de pénis, un garçon a un pénis.* ». Tandis qu'au 2nd temps, il décrit avoir cette conviction avec déni : « *Oui, ça m'arrive d'oublier que je suis transgenre (et non une fille), c'est assez agréable, j'ai l'impression d'être (garçon) cisgenre.* ».

o Question sur l'identité de genre dans la parentalité :

Au premier temps de l'étude, il présente peu d'élaborations autour de la parentalité : il ne s'est jamais projeté, décrit cela comme trop compliqué en termes de préoccupations, de temps et d'énergie, pourra l'envisager s'il estime un jour en avoir les ressources financières et mentales.

Au second temps, il exprime un doute mais peut se voir père, en a parlé avec sa petite amie, ne souhaite pas avoir recours à l'adoption car la parentalité est associée chez lui à la transmission des gènes, à la possible ressemblance physique entre parents et enfant. Il adhère à la possibilité de grossesse chez les FtM n'ayant pas réalisé de chirurgie génitale mais ne peut l'envisager personnellement, trouvant cela extrêmement angoissant.

o Questions sur les représentations du genre d'assignation :

Aux 2 temps de l'étude, il répond de façon pauvre par des stéréotypes de genre dévalorisant et/ou limitant le féminin, valorisant le masculin : *« Pour moi, être une fille ou un garçon, mentalement c'est la même chose. Je ne vois pas davantage d'être une fille au niveau de la société, à part mettre des robes sans être jugé. Je n'aime pas l'hypersexualisation des filles, l'obligation sociale, devoir être gentille, belle mais pas trop, pas vulgaire, faire la cuisine. Au travail, les femmes sont rabaisées, il y a une infériorité par rapport aux hommes, l'inégalité salariale aussi, c'est clairement énervant. Socialement, c'est mieux d'être un garçon, c'est plus pratique. »*

Il aborde très brièvement l'incongruence du corps au second temps de l'étude : *« le corps féminin sur moi, ça ne me va pas »* et son indifférence aux menstruations *« les règles, ça ne m'a jamais gêné, c'est du sang c'est tout, je n'ai pas mal. »*

o Question sur l'identité de genre dans les rêves :

Au premier temps de l'étude, on note une constance de son identité de genre dans ses rêves : il se rêve systématiquement en garçon. Tandis qu'au second temps, il exprime une grande ambivalence : *« Je suis toujours un garçon sauf si par magie quelque chose me transforme en femme ou en créature. »*

Il me raconte un rêve : *« J'entrais dans un fast-food en tant que moi, garçon, j'allais aux toilettes et là j'étais transformé par magie en une femme, super belle, grande, mince, jolie, pas moi, j'étais mal à l'aise, j'étais nu-e, je devais sortir, mal à l'aise dans ce corps et trop gêné-e de sortir nu-e, et puis il y avait comme un truc humanisé qui passait sa tête sous la porte, c'était du pur voyeurisme, un regard sexué et de moquerie, je ne sais pas pourquoi mais j'avais la sensation que la personne se moquait de moi. Il y avait la peur parce que je n'étais pas moi, j'étais mal à l'aise dans ce corps, j'étais nu-e, le voyeurisme et la moquerie, le summum de l'humiliation et de l'angoisse. »*

✓ **Questionnaire sur les souvenirs d'identité et rôles de genre dans l'enfance :**

Enfant, TERENCE se sentait masculin et le fait d'être une fille ne lui était jamais agréable. Il aurait presque toujours aimé être un garçon. Au premier temps de l'étude, il décrit ne jamais le dire aux autres alors qu'au second temps, il décrit le dire systématiquement.

Au premier temps de l'étude, il décrit une apparence très masculine et dans une tentative de conformisation à la préadolescence, une apparence très féminine. Au second temps de l'étude, il décrit son apparence comme assez féminine. Il ne portait jamais maquillage ni bijoux et n'aimait pas porter de vêtements féminins.

Ses jeux et jouets étaient neutres, son niveau d'activité très bas au premier temps de l'étude puis dans la moyenne des filles de son âge au second temps.

Ses identifications imaginaires étaient le plus souvent masculines pour ce qui est de l'admiration et l'imitation de personnages de TV/films, des jeux de faire-semblant et des déguisements.

Concernant ses identifications parentales, il ne se sentait émotionnellement proche ni de son père ni de sa mère et n'admirait aucun des deux. De même, il n'a jamais ressenti que sa mère ou son père se préoccupaient de lui.

Concernant ses relations et identifications aux pairs, il décrit aux deux temps de l'étude jouer avec des filles et ne pas avoir d'ami proche, faire du sport le plus souvent avec des garçons, se sentir beaucoup moins féminin que les autres filles de son âge et être très fréquemment qualifié de « garçon manqué ».

✓ **Questionnaire sur l'identité et la dysphorie de genre chez l'adolescent (GIDYQ-AA) :**

Concernant le résultat global, les indicateurs subjectifs, sociaux et somatiques, TERENCE présente aux deux temps de l'étude des scores très clairement évocateurs d'une identification transgenre et d'une dysphorie de genre.

En revanche, concernant les indicateurs sociolégaux, il présente au premier temps de l'étude un score non révélateur (égal au cut-off), tandis qu'au second temps, le score a très nettement diminué et corrobore les scores des autres indicateurs. TERENCE a discuté avec sa grand-mère des démarches de changement officiel de prénom à l'état civil, ce qui, associé à l'approche de la majorité, peut expliquer les réponses obtenues au second temps.

✓ **STAI :**

Aux 2 temps de l'étude, TERENCE présente un degré d'anxiété faible lors de la passation des questionnaires et un **degré d'anxiété faible** au t₁ et **moyen** au t₂ **dans sa vie quotidienne** (scores d'anxiété-état faibles : 39 et 45, scores d'anxiété-trait faible et moyen : 42 et 46).

✓ **ECAP :**

- Echelle de peur : son score reflète un probable **trouble anxieux** au premier temps de l'étude, et une **absence de trouble anxieux** au second temps (scores de peur : 125 et 113, *seuil >124*).
- Echelle d'évitement : aux 2 temps de l'étude, son score fait évoquer un **évitement phobique** (scores d'évitement : 42 et 52, *seuil pathologique >32*).

✓ **LSAS :**

Il présente un score total d'**anxiété sociale très probable généralisée** aux 2 temps (scores : 77 et 69, *seuil pathologique >30*).

- Sous-échelles de peur et d'évitement : la dimension de l'**évitement** prédomine aux 2 temps de l'étude (ce qui concorde avec ses résultats de l'ECAP) (scores de peur : 30 et 25, scores d'évitement : 47 et 44).
- Sous-échelles d'anxiété de performance et des situations sociales : la dimension de l'anxiété des **situations sociales** prédomine aux 2 temps (scores performance : 35 et 33, scores situations sociales : 42 et 36).

✓ **CDI :**

Il présente un score de **dépression légère** au t₁ et **modérée** au t₂ (scores : 17 et 20, *seuil pathologique >15*).

✓ **VSP-A :**

- Score global : **perception d'une qualité de vie globalement insatisfaisante** aux 2 temps de l'étude (score : 61 et 56% ; *score en population générale adolescente : 69%*).
- Energie vitale : **perception d'une énergie vitale satisfaisante** aux 2 temps de l'étude (score : 70 et 65% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
- Bien-être physique : **perception d'un bien-être physique insatisfaisant** aux 2 temps de l'étude (score : 31% aux 2 temps ; *score en population générale adolescente : 72%*).
- Bien-être psychologique : **perception d'un bien-être psychologique très satisfaisant** aux 2 temps de l'étude (score : 95 et 90% ; *score en population générale adolescente : 69%*).

Ce qui contraste avec ses résultats à la STAI, l'ECAP, la LSAS et la CDI.

- Image de soi : **perception d'une image de lui-même insatisfaisante** au t₁ et **satisfaisante** au t₂ (score : 38 et 75% ; *score en population générale adolescente : 75%*).
- Travail scolaire : **perception d'un travail scolaire insatisfaisant** aux 2 temps de l'étude (score : 50% aux 2 temps ; *score en population générale adolescente : 61%*).
- Loisirs : **perception des loisirs très insatisfaisants** aux 2 temps de l'étude (score : 31 et 6% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
- Relation aux amis : **perception de relations amicales très satisfaisantes** au t₁ et **insatisfaisantes** au t₂ (score : 90 et 25% ; *score en population générale adolescente : 78%*).
- Relation aux parents : **perception des relations avec ses parents très insatisfaisantes** aux 2 temps de l'étude (score : 23 et 25% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
- Relation aux professeurs : **perception de relations avec ses professeurs satisfaisantes** au t₁ et **insatisfaisantes** au t₂ (score : 67 et 17% ; *score en population générale adolescente : 60%*).
- Relation au personnel soignant : **perception des relations avec le personnel soignant très insatisfaisantes** aux 2 temps (score : 0 et 42%).
- Vie sentimentale et sexuelle : **perception de sa vie sentimentale et sexuelle très insatisfaisante** au t₁ et **très satisfaisantes** au t₂ (score : 0 et 88%).

III.3.10.3 Lilian

✓ Éléments cliniques et biographiques :

Lilian est née fille en 2001, je le reçois pour la première fois en 2016, à la demande de sa mère et du collège, pour repli, isolement social, aboulie et refus scolaire anxieux à l'origine d'un absentéisme scolaire important. Après 2 mois de suivi, il écrit une lettre à sa mère décrivant sa souffrance d'être une fille et son sentiment de transidentité. Ce sujet n'avait pas émergé en consultation jusque-là. Sa présentation à ce moment-là était de style *grunge* neutre à masculine : vêtements larges, neutres ou masculins, bijoux masculins, coupe de cheveux courte mais féminine, un peu de maquillage.

Concernant ses antécédents psychiatriques, on note un suivi pédopsychiatrique d'un an à la suite des allégations de violences et d'attouchements à l'encontre de son père exprimées à l'âge de 4 ans, à l'issue duquel aucun trouble psychopathologique n'est repéré. Dès le primaire, et cela s'est nettement majoré au collège, on note un repli, des traits anxieux importants, une anxiété sociale et un isolement modéré. À 13 ans, il est hospitalisé durant son année de 5^{ème} dans un centre spécialisé de prise en charge de l'obésité avec maintien de la scolarité, il investit peu le suivi psychologique proposé dans ce centre malgré une grande souffrance en lien avec son obésité. Au retour en collège ordinaire en 4^{ème}, apparaît un refus scolaire anxieux qui s'aggrave progressivement. L'annonce de la dysphorie de genre survient durant les vacances entre 4^{ème} et 3^{ème}, il a 15 ans. Ses difficultés s'aggravent en fin de 3^{ème}, avec déscolarisation complète les 2 derniers mois et hospitalisation programmée en clinique pédopsychiatrique durant l'été. On repère lors du suivi de nombreux éléments psychopathologiques : anxiété généralisée, anxiété sociale, refus scolaire anxieux, affects dépressifs, aboulie, troubles majeurs du sommeil avec inversion du cycle nyctéméral dans un contexte d'exposition massive à internet la nuit (plus de 10 heures/jour, forums de discussion), troubles du comportement alimentaire. Sur le plan pharmacologique, une prescription de mélatonine puis d'hydroxyzine (Atarax®) est réalisée (réticence de Lilian et de sa mère), sans efficacité, un traitement antidépresseur est envisagé mais non proposé. En sortie d'hospitalisation, il a un traitement par hydroxyzine.

Concernant ses antécédents somatiques, il présente une obésité morbide (IMC à 41 kg/m², grade III), avec prise de poids progressive depuis l'enfance, inefficacité des prises en charge diététiques, dont l'année de prise en charge en centre spécialisé. Il présente également des douleurs ostéoarticulaires d'allure mécaniques secondaires à l'obésité. Il y a quelques mois, il consulte un chirurgien digestif qui déconseille l'hormonothérapie de sexe opposé avant le traitement de l'obésité et propose une chirurgie bariatrique à ses 18 ans, annonce difficile pour Lilian, reportant sa transition hormonale de 2 ans.

Concernant ses antécédents familiaux, sa mère a présenté de sévères allergies cutanées à l'origine de la cessation de son activité professionnelle, son père et son frère présentent une obésité.

Sur le plan familial, il vit avec sa mère et son grand-frère de 2 ans son aîné, sa mère était gérante d'un salon de coiffure et a cessé son activité, elle ne travaille pas. Concernant son père, à l'âge de 4 ans, Lilian a allégué avoir été victime de violences et d'attouchement par son père, la famille a alors explosé, séparation des parents, interdiction juridique de contact entre père et enfants en dehors de visites médiatisées, mesure éducative ordonnée par le Juge pour Enfants, pas de notion de sanction pénale à l'encontre du père. Selon Lilian, arrêt rapide des visites médiatisées et absence de contact avec son père pendant 10 ans. À 15 ans, ils reprennent contact par internet (webcam), il décrit un « choc de le voir si vieux, voir que le temps est passé si vite ». Il critique vivement son père, lui reproche un manque d'attention, d'amour et de bienveillance, ainsi que la transmission héréditaire de l'obésité : « *mon père ne m'aimait pas comme sa fille, il ne m'aimait pas tout court ; il nous achetait des jouets pour obtenir des choses de nous, il est manipulateur ; ça n'a jamais été mon père, pour moi il est mort ; c'est à cause de lui que je suis grosse, sans lui j'aurais un corps normal* ». Il décrit une relation fusionnelle avec sa mère, perçue désormais comme trop intrusive, envers laquelle il a été très rejetant ces dernières années ; ne se sent pas proche de son frère.

En plus de cette histoire familiale très lourde, Lilian a vécu de nombreux événements pouvant faire traumatisme psychique : multiples déménagements (5 lieux de vie et 6 établissements scolaires différents de la maternelle à la 3^{ème}), moqueries et humiliations par rapport à son poids, succession de deuils difficiles : à ses 13 ans, décès de sa grand-mère maternelle « *fusionnelles, ma seule confidente* », de sa chatte, de son grand-père paternel l'année suivante. À la suite de ces pertes, il éprouve des angoisses de mort et verbalise une peur immense de s'investir affectivement dans ses relations. Il n'a jamais exprimé ses émotions à ce sujet.

Sur le plan scolaire, il redouble une année de primaire, a des résultats corrects jusqu'en 4^{ème} malgré l'absentéisme, puis effondrement de ses résultats en 3^{ème}. Lorsqu'il parvient à aller en cours, il décrit des troubles de la concentration, une anxiété sociale, une perte d'intérêt pour les apprentissages. Il met de côté ses projets professionnels, ne se projette plus. Un aménagement de son emploi du temps est proposé en équipe pédagogique, sans franche amélioration. Finalement, il s'inscrit en lycée professionnel en filière artistique et commence une transition sociale à la rentrée dans cet établissement. On note alors un bien meilleur investissement de sa scolarité, il est actuellement en 1^{ère} et n'est pas en difficulté dans les apprentissages. Surtout, son intégration sociale est bien meilleure. Néanmoins, persistent une anxiété sociale et un absentéisme modéré.

Sur le plan social, il a toujours présenté des difficultés relationnelles avec ses pairs, a une meilleure amie. En revanche, il se décrit comme relativement sociable dans des situations

d'identification à un groupe, où il se sent compris et sécurisé (MJC, cours de japonais). Depuis sa transition sociale, son environnement social est plus riche, il a plusieurs amis, s'entend bien avec ses camarades dont certains sont transgenres.

Il est en relation amoureuse avec son petit ami (garçon cisgenre) depuis un an, mais a peu investi sa sexualité (complexes par rapport à son poids, refus d'une sexualité génitale féminine), se décrit bi- ou pansexuel par ce qui semble être une absence de choix de sexualité « *ça n'a pas d'importance* ».

Concernant ses loisirs, il aime dessiner, est passionné par le Japon, apprend le japonais, aime les mangas, romans et films fantastiques. Il passe beaucoup de temps sur internet (YouTube et réseaux sociaux). Il aime également le basket et le skate-board mais en fait peu en raison de son poids et de ses douleurs articulaires.

Concernant la dysphorie de genre, il verbalise son incongruence de genre à 15 ans mais en situe l'apparition vers 5/6 ans dans ses souvenirs, tandis que sa mère le découvre avec stupéfaction au moment de l'annonce. Il décrit n'avoir jamais aimé les « *trucs de filles* », préféré les jouets et vêtements de garçon (prenait ceux de son frère), n'aimait pas quand sa mère lui mettait des robes mais le supportait. Il décrit une tentative de conformisation avec féminisation de son apparence en 6^{ème}. Pas de majoration symptomatique à la puberté, ni dégoût de son corps « *je ne l'aime pas trop, j'aimerais ne pas avoir de seins, de hanches, de fesses, c'est bof, ça n'a pas d'utilité* », pas de dégoût pour le sexe féminin ni désir d'avoir un sexe masculin. À partir de 14 ans, il décrit la certitude de son sentiment d'incongruence de genre. Il exprime son malaise d'être « *considéré comme une fille* ». Il débute sa transition sociale lors de sa rentrée en 2^{nde}, accentue sa présentation masculine, porte un *binder*, demande à se faire appeler Lilian, dans le cercle familial (il a demandé à sa mère de choisir son prénom masculin, ce qu'elle ne parvient pas à faire), amical et scolaire. Pas encore de démarche de changement officiel de son prénom à l'état civil en raison du refus de sa mère. Depuis la transition sociale, on note une amélioration clinique globale, concernant son environnement social, sa scolarité, la relation avec sa mère et son frère, le rapport à son corps. Concernant son parcours de soin, il se montre depuis 1 an ½ déterminé à la transition sociale complète et au traitement hormono-chirurgical, avec chirurgie partielle (mastectomie), mais a choisi d'attendre la chirurgie bariatrique avant d'entamer une transition hormonale. À noter, son mal-être corporel semble plus en lien avec l'obésité qu'avec ses caractères sexuels, et il verbalise des attentes irréalistes du traitement hormonal, solution espérée aux limites qu'il ressent de façon plus globale. C'est pourquoi la décision prise en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire est la poursuite du suivi et la contre-indication au traitement hormonal pour le moment.

✓ **Entretien semi-dirigé sur l'identité de genre chez l'enfant :**

- Questions sur le sentiment d'identité de genre, le devenir, le doute, le désir, le ressenti et la conviction dans le réel de cette identité de genre :

Lilian exprime son sentiment d'incongruence de genre sur le registre cognitif en différenciant sexe et genre : « *Je suis un garçon. Ça dépend si on parle du sexe ou du genre : je me définis en tant que garçon, j'ai un sexe féminin mais un genre masculin.* ». Il répond à la question du désir d'être un garçon par son sentiment d'être un garçon, et c'est l'incongruence du corps qui ressort à ce propos : « *Ce n'est pas que j'aimerais être un garçon : je suis un garçon dans le mauvais corps. Je veux juste modifier mon corps pour qu'il soit en harmonie avec mon âme.* ».

Sur la question du devenir et du doute possibles, il ne se projette pas comme pouvant un jour se sentir fille : « *Désister, parfois j'y pense et c'est impossible.* » Au premier temps de l'étude, il exprimait un doute, une ambivalence : « *Le plus souvent je me genre au masculin, mais parfois je me genre au féminin, c'est le temps que mon cerveau s'adapte.* ». Au second temps, un doute persiste mais son sentiment apparaît plus figé : « *Ça m'arrive de douter, ce serait plus simple d'accepter comme je suis née, pas de RDV, pas de chirurgie, mais ce serait une solution de facilité, plus simple pour les autres, mais pas dans ma tête.* ». Il a une conception binaire du genre.

Concernant son ressenti, il exprime le versant de l'intime sur un registre affectif : « *C'est mon ressenti par nature, je me sens garçon, je ne peux pas l'expliquer, c'est intérieur.* ». Ainsi que sur le versant des rôles de genre, la façon dont on s'adresse à lui : « *quand on me parle en fille, je ne suis pas à l'aise, en garçon, c'est mieux.* ». La dimension du corps n'apparaît pas à ce propos.

Il n'exprime pas la conviction d'être réellement un garçon : il est garçon transgenre donc pas réellement garçon (cisgenre) « *Non, je ne suis pas réellement un garçon puisque je ne suis pas cisgenre* » (et non « *puisque que je suis une fille* »).

- Question sur l'identité de genre dans la parentalité :

Au premier temps de l'étude, il exprime un doute quant à sa future parentalité, se voit « *papa* » s'il est un jour parent et souligne que son enfant choisira son identité de genre. Au second temps, il se voit clairement papa, en a parlé avec son petit ami, pense avoir recours à l'adoption, a connaissance de la possibilité de grossesse chez les FtM n'ayant pas réalisé de chirurgie génitale mais ne peut l'envisager, parle de l'éducation d'un enfant, de l'amour à donner et à recevoir, et souligne de nouveau l'importance de la liberté de son enfant dans le choix de son identité de genre et de son orientation sexuelle, prénom mixte, ne pas reproduire de stéréotypes genrés.

- Questions sur les représentations du genre d'assignation :

Il répond par des stéréotypes de genre ambivalents quant au féminin, valorisant le masculin, décrit comme la solution à une limitation : *« Ce qui définit le genre, ce sont des stéréotypes et je ne retrouve pas ces stéréotypes féminins sur moi. Par exemple, les filles sont gracieuses, pas moi ; elles doivent être belles, faire plus attention à leur apparence. Les garçons sont plus forts physiquement, ils ont plus de possibilités pour faire du sport. Mentalement, ils sont plus forts aussi, ils doivent moins montrer leurs ressentis négatifs, ça m'aiderait pour échapper à des situations qui me mettent mal. Et le côté sérieux et plus travailleur des hommes, ils se font plus embaucher ».*

Il exprime également le versant de l'intime, son vécu corporel et le regard de l'autre sur son corps : *« Pour moi ce qui est insupportable, c'est le corps : les hanches et les cuisses, ça suffit à savoir que je suis une fille. Je déteste ce regard que les gens portent sur moi. J'ai aussi une voix trop féminine, je n'aime pas la poitrine non plus. Les miroirs et la douche, c'est difficile, pas plaisant. Le sexe féminin, ça ne me gêne pas, je suis ok pour ne pas faire l'opération. Les règles aussi, ça va, je ne sens rien, c'est comme si je ne les avais pas, elles sont invisibles ».*

- Question sur l'identité de genre dans les rêves :

On note une fluctuation de son identité de genre dans les rêves : *« Je me vois parfois en fille, parfois en garçon. Depuis que je sais qui je suis, plus en garçon. Quand ce sont des scènes du passé, je rêve de moi comme la personne d'avant, fille, cheveux longs, maquillée, ça fait partie de moi ».*

✓ Questionnaire sur les souvenirs d'identité et rôles de genre dans l'enfance :

Enfant, Lilian ne se sentait ni féminin ni masculin. Il n'a jamais pensé à ce qu'il ressentait du fait d'être une fille et aurait rarement aimé être un garçon.

Concernant son apparence, ses réponses diffèrent entre les deux temps de l'étude : assez masculine au premier temps, assez féminine au second temps. Il portait rarement bijoux, maquillage et vêtements féminins.

Ses jeux et jouets étaient plutôt masculins, son niveau d'activité dans la moyenne des filles de son âge.

Ses identifications imaginaires étaient aussi souvent masculines que féminines dans les jeux de faire-semblant et les déguisements. Il ne s'identifiait pas à des personnages de TV/films.

Concernant ses identifications parentales, il se sentait émotionnellement plus proche de sa mère et l'admirait plus que son père. Il décrit avoir rarement ressenti que sa mère se préoccupait de lui et ne pas pouvoir répondre pour son père car il ne vivait pas avec lui.

Au niveau des relations dans la fratrie, il se disputait souvent avec son frère.

Concernant les relations et identifications aux pairs, il décrit jouer autant avec des garçons que des filles et faire du sport plutôt avec des garçons. Concernant le meilleur ami, ses réponses diffèrent entre les deux temps de l'étude : généralement une fille au premier temps, une fille ou un garçon au second temps. Il se sentait beaucoup moins féminin que les autres filles de son âge et était parfois à fréquemment qualifié de « garçon manqué ».

✓ Questionnaire sur l'identité et la dysphorie de genre chez l'adolescent (GIDYQ-AA) :

Concernant le résultat global, le score obtenu par Lilian au second temps est supérieur à celui obtenu au premier temps, même si tout deux sont évocateurs d'une identification transgenre et d'une dysphorie de genre.

Les indicateurs subjectifs sont nettement évocateurs aux deux temps.

Concernant les indicateurs sociaux, on note un écart important entre ses deux scores, avec un résultat au second temps supérieur à celui du premier temps et très proche du cut-off.

La pression de la part des autres pour être de son genre d'assignation, souvent ressentie au premier temps ne l'est plus jamais au second temps. On peut émettre l'hypothèse que les éléments suivants sont à l'origine de ceci : sa meilleure intégration sociale au lycée en filière artistique (camarades transgenres) et la meilleure acceptation de sa transidentité par sa mère.

Concernant les indicateurs somatiques, Lilian présente aux deux temps de l'étude des scores très clairement évocateurs d'une identification transgenre et d'une dysphorie de genre. On note qu'au second temps, il déteste un peu moins fréquemment son corps et souhaite également un peu moins fréquemment un traitement chirurgical. À noter qu'entre les 2 temps de l'étude, il a consulté un chirurgien bariatrique et cette chirurgie est programmée à sa majorité comme première étape des modifications de son corps (hormonales et chirurgicales).

En revanche, concernant les indicateurs sociolégaux, les scores obtenus ne sont pas révélateurs.

✓ **STAI :**

Lilian présente un degré d'anxiété moyen lors de la première passation des questionnaires, un degré d'anxiété faible lors de la seconde passation, et un **degré d'anxiété élevé dans sa vie quotidienne** aux 2 temps (scores d'anxiété-état moyen et faible : 47 et 44, scores d'anxiété-trait élevés : 58 aux 2 temps).

✓ **ECAP :**

- Echelle de peur : aux 2 temps, son score reflète un probable **trouble anxieux** (scores de peur : 130 et 125, *seuil pathologique >124*).
- Echelle d'évitement : aux 2 temps de l'étude, son score fait évoquer un **évitement phobique** (scores d'évitement : 42 et 40, *seuil pathologique >32*).

✓ **LSAS :**

Il présente un score total d'**anxiété sociale très probable généralisée** aux 2 temps (scores : 80 et 72, *seuil pathologique >30*).

- Sous-échelles de peur et d'évitement : aux 2 temps de l'étude, on ne retrouve **pas de dimension prédominante** (ce qui concorde avec ses résultats de l'ECAP où peur et évitement étaient également au-dessus des seuils psychopathologiques) (scores de peur : 42 et 36, scores d'évitement : 38 et 36).
- Sous-échelles d'anxiété de performance et des situations sociales : la dimension de l'anxiété des **situations sociales** prédomine au t₁, **sans dimension prédominante** au t₂ (scores performance : 36 et 37, scores situations sociales : 44 et 35).

✓ **CDI :**

Aux 2 temps de l'étude, il présente un score de **dépression modérée** (scores : 24 et 20, *seuil pathologique >15*). A noter : chez Lilian les ressentis dépressifs étaient préexistants à l'expression de la dysphorie de genre.

✓ VSP-A :

- Score global : **perception d'une qualité de vie globalement insatisfaisante** aux 2 temps de l'étude (score : 55 et 57% ; *score en population générale adolescente : 69%*).
- Energie vitale : **perception d'une énergie vitale insatisfaisante** aux 2 temps de l'étude (score : 45 et 50% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
- Bien-être physique : **perception d'un bien-être physique insatisfaisant** aux 2 temps de l'étude (score : 31% aux 2 temps ; *score en population générale adolescente : 72%*).
- Bien-être psychologique : **perception d'un bien-être psychologique très insatisfaisant** aux 2 temps de l'étude (score : 30 et 25% ; *score en population générale adolescente : 69%*).

Ce qui concorde avec ses résultats à la STAI, l'ECAP, la LSAS et la CDI.

- Image de soi : **perception d'une image de lui-même très insatisfaisante** aux 2 temps (score : 13 et 25% ; *score en population générale adolescente : 75%*).
- Travail scolaire : **perception d'un travail scolaire très insatisfaisant** aux 2 temps de l'étude (score : 13% aux 2 temps ; *score en population générale adolescente : 61%*).
- Loisirs : **perception des loisirs satisfaisants** aux 2 temps de l'étude (score : 69 et 81% ; *score en population générale adolescente : 70%*).

A noter : il s'agit du seul domaine (de la VSP-A et autres questionnaires) dans lequel Lilian se sent bien et présente un score non pathologique.

- Relation aux amis : **perception des relations amicales insatisfaisantes** au t₁ et **satisfaisantes** au t₂ (score : 60 et 75% ; *score en population générale adolescente : 78%*).

A noter : il décrit une bien meilleure insertion sociale au lycée ; ce qui contraste néanmoins avec ses résultats d'anxiété sociale très probable généralisée à la LSAS.

- Relation aux parents : **perception des relations avec ses parents très insatisfaisantes** aux 2 temps de l'étude (score : 13 et 31% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
- Relation aux professeurs : **perception des relations avec ses professeurs satisfaisantes** aux 2 temps (score : 67% aux 2 temps ; *score en population générale adolescente : 60%*).
- Relation au personnel soignant : **perception des relations avec le personnel soignant satisfaisantes** au t₁ et **insatisfaisantes** au t₂ (score : 67 et 58%).
- Vie sentimentale et sexuelle : **perception de sa vie sentimentale et sexuelle insatisfaisante** aux 2 temps (score : 63 et 25%).

III.3.10.4 Virginie

À noter : la première passation des questionnaires survient dans les jours suivant une rupture amoureuse, à l'origine de difficultés réactionnelles contrastant avec son état habituel, ce qui se retrouve dans ses résultats.

✓ **Éléments cliniques et biographiques :**

Virginie est né garçon en 2000, elle est reçue pour la première fois par le Dr KROUCH en 2018 à l'âge de 17 ans 2 mois, adressée pour dysphorie de genre par l'équipe spécialisée de psychiatrie adulte (qu'elle avait consulté spontanément accompagnée de sa mère).

Concernant ses antécédents psychiatriques, son adolescence est marquée par un mal-être intense et persistant, elle présente des difficultés relationnelles avec ses pairs, se décrit comme exclue et rejetée, se scarifie. Dans un premier temps, ce mal-être est mis en lien avec des questions d'orientation sexuelle puis d'identité de genre. Elle a présenté un épisode dépressif avec une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, à la suite duquel un suivi psychologique a été débuté.

Sur le plan familial, ses parents sont séparés, elle vit avec sa mère et son beau-père, avec qui elle dit avoir de bonnes relations, elle n'a plus de contact avec son père. Elle n'a pas de frère et sœur.

Sur le plan scolaire, après des années de primaire et de début de collège difficiles, elle a été déscolarisée les 2 dernières années de collège et a suivi un enseignement à distance. Cette déscolarisation survient à ses 13 ans, ce qui correspond au début de sa puberté et au moment où la dysphorie de genre devient très bruyante et où elle verbalise à sa mère son sentiment d'incongruence de genre. Trois ans plus tard, l'amélioration clinique survenue après sa transition sociale lui a permis de reprendre sa scolarité en seconde en lycée professionnel, en filière Management et gestion, où elle est actuellement en Terminale.

Sur le plan social, elle décrit donc un isolement social dès le primaire et persistant encore aujourd'hui.

Sur le plan affectif, elle a été amoureuse, a eu une petite amie avant le début de sa transition, puis des relations avec des garçons. Concernant sa sexualité, elle se décrit hétérosexuelle (attirée par les garçons), a déjà éprouvé l'attirance et quelques relations sexuelles, avec un refus absolu que quelqu'un voie ou touche son pénis. Elle projette une sexualité plus épanouie quand elle aura un vagin.

On ne repère pas dans son histoire d'événements traumatiques francs, mais on note la séparation parentale et l'absence de contact avec son père, ainsi que, plus tard, quelques épisodes de transphobie où elle s'est fait insulter de « travelo ».

Sur le plan clinique, le contact est de bonne qualité, mais on note quelques néologismes et un discours parfois incohérent et très théâtral. Elle élabore et se questionne autour de la sexualité et des relations sociales. On repère des traits de personnalité histrionique. On ne note pas de trouble thymique.

Concernant la dysphorie de genre, l'apparition du sentiment d'incongruence de genre est située dans l'enfance selon Virginie (dès 4 ans) et durant l'adolescence selon sa mère : « *J'ai les premiers souvenirs vers 4 ans, je voulais être une princesse, vers 8 ans, je mettais les robes de ma mère, des talons, je jouais à la poupée, à Barbie. J'ai la même voix depuis mes 8 ans, j'ai gardé ma petite voix aigüe et douce. Mais à ce moment-là je n'avais pas encore le sentiment d'être une fille. Puis j'ai commencé à m'identifier à des célébrités transgenres ou excentriques que j'ai découvert sur internet.* ». Elle décrit la puberté comme une période très difficile, notamment par rapport à sa pilosité et aux transformations de ses organes génitaux qui la « dégoûtent ». Dès la première consultation, sa transition sociale est déjà complètement effectuée, elle a une apparence féminine, porte des vêtements typiquement féminins, a les cheveux longs, se fait appeler Virginie par son entourage familial ainsi qu'au lycée. Son changement de prénom est officiel à l'état civil. Concernant le parcours de soin, elle est actuellement suivie par l'équipe adulte, elle souhaite un traitement hormono-chirurgical complet avec hormonothérapie féminisante et chirurgie génitale (pénectomie et aïdoïopoïèse). Après évaluation de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), elle a été adressée vers l'endocrinologue et a débuté son hormonothérapie féminisante entre les 2 temps de l'étude.

✓ **Entretien semi-dirigé sur l'identité de genre chez l'enfant :**

- Questions sur le sentiment d'identité de genre, le devenir, le doute, le désir, le ressenti et la conviction dans le réel de cette identité de genre :

Virginie exprime très clairement son sentiment d'incongruence de genre sur les registres cognitif et affectif : « *Je suis un garçon à la base, mais je me sens fille, je suis une fille depuis maintenant 5-6 ans* ».

Sur la question du devenir et du doute possibles, elle ne se projette pas comme pouvant un jour se sentir garçon et affirme sa conception binaire du genre : « *Je suis une fille, j'ai su que j'étais une fille sans hésitation, c'est comme ça que je peux me sentir bien. Depuis la transition sociale, je me*

sens complètement fille. Je n'ai jamais eu de doute, je ne me suis jamais senti garçon, je n'ai jamais trouvé un garçon à qui m'identifier ».

Elle verbalise clairement son désir d'être une fille au sens de la transformation hormono-chirurgicale : *« Le moi extérieur correspondrait au moi intérieur, ce serait génial ».* Mais exprime des attentes très irréalistes du traitement hormono-chirurgical complet, ou qui n'ont rien à voir avec le genre vécu : *« J'aimerais être une fille pour mettre au monde mon enfant et pouvoir me marier avec l'homme de mes rêves ».*

Concernant son ressenti, elle n'exprime pas de mal-être corporel, se sentant déjà féminine dès le premier temps de l'étude, encore plus au second temps (hormonothérapie féminisante débutée entre les 2 temps) : *« Je me sens féminine, ma voix aiguë et douce, mon visage fin, mes pieds, mes jambes, j'ai de belles formes où il faut, mon ventre, un peu de hanches, pas de grosses mains et les ongles qui poussent vite. ».*

En revanche, concernant sa conviction d'être réellement une fille, elle exprime le dégoût pour ses caractères sexuels masculins : *« Malheureusement non je ne suis pas réellement un garçon, dans la douche et devant le miroir, je vois ce qu'il y a en bas, je vois ce qui me dégoûte ».*

- o Question sur l'identité de genre dans la parentalité :

Elle dit se projeter dans la parentalité en tant que mère et envisage l'adoption : *« Je serai une maman, j'ai toujours eu l'instant maternel, protecteur avec les enfants. Si je rencontre l'amour de ma vie, on adoptera ».*

- o Questions sur les représentations du genre d'assignation :

Sur les bonnes choses dans le fait d'être un garçon, elle répond de façon pauvre et parfois incohérente par des stéréotypes de genre masculins : *« Les hommes ne prennent pas de poids, ils sont forts en endurance, ont une force de caractère, du courage, de la fierté, de l'égo. Leur vie semble simple. Et ils n'ont pas leurs règles ».*

Sur ce qu'elle n'aime pas dans le fait d'être un garçon, elle évoque le corps et l'intime : *« La pilosité qui me dégoûte, avoir un pénis ».* De même sur ce qu'elle aime dans le féminin : *« Esthétiquement c'est magnifique, les hanches, les seins, les fesses, le visage avec des pommettes. ».*

- o Question sur l'identité de genre dans les rêves :

Elle est toujours une fille dans ses rêves et décrit des rêves *« romantiques à l'eau de rose avec des garçons ».*

✓ **Questionnaire sur les souvenirs d'identité et rôles de genre dans l'enfance :**

Enfant, Virginie ne se sentait ni féminine ni masculine. Au premier temps de l'étude, elle décrit n'avoir jamais pensé à ce qu'elle ressentait du fait d'être un garçon et désirait rarement être une fille ; tandis qu'au second temps, le fait d'être un garçon ne lui était jamais agréable et elle aurait parfois aimé être une fille. Elle en parlait rarement aux autres.

Concernant son apparence, elle la décrit comme autant masculine que féminine, aimant souvent porter des vêtements féminins et de temps en temps, voire fréquemment, du maquillage et des bijoux.

Concernant les jeux et jouets, ses réponses diffèrent entre les deux temps : autant masculins que féminins au premier temps, plutôt féminins au second temps. Son niveau d'activité était dans la moyenne des garçons de son âge.

Concernant ses identifications imaginaires, elle décrit imiter ou admirer des personnages de TV/films toujours féminins et jouer des rôles le plus souvent de filles dans les jeux de faire-semblant. Quant aux déguisements, ils sont autant masculins que féminins au premier temps puis le plus souvent féminins au second temps.

Concernant ses identifications parentales, elle se sentait émotionnellement plus proche de sa mère que son père. Elle décrit admirer sa mère autant ou plus que son père, et avoir toujours ressenti que sa mère se préoccupait d'elle tandis qu'elle n'a jamais, ou seulement parfois, ressenti que son père se préoccupait d'elle.

Concernant ses relations et identifications aux pairs, elle décrit jouer principalement avec des garçons au premier temps de l'étude, puis autant avec des garçons que des filles au second temps. Son meilleur ami était toujours un garçon. Au premier temps, elle se sentait aussi masculine que les autres garçons de son âge, puis beaucoup moins masculine au second temps. Elle se faisait souvent traiter de « tapette » ou « chochette ».

✓ **Questionnaire sur l'identité et la dysphorie de genre chez l'adolescent (GIDYQ-AA) :**

Concernant le résultat global, les indicateurs subjectifs, sociaux et somatiques, Virginie présente aux deux temps de l'étude des scores très clairement évocateurs d'une identification transgenre et d'une dysphorie de genre.

En revanche, concernant les indicateurs sociolégaux, elle présente au premier temps de l'étude un score non révélateur (supérieur au cut-off), tandis qu'au second temps, le score a très nettement diminué et corrobore les scores des autres indicateurs. Virginie a évoqué être encore fréquemment gênée de devoir s'identifier comme un garçon dans les formulaires officiels et fait désormais des efforts pour changer la mention de son sexe à l'état civil, ce qui est désormais légalement possible, puisqu'elle a atteint la majorité entre les deux temps de l'étude.

✓ **STAI :**

Virginie présente un degré d'anxiété élevé lors de la première passation des questionnaires, un degré d'anxiété très faible lors de la seconde passation, et un **degré d'anxiété très faible dans sa vie quotidienne** aux 2 temps (scores d'anxiété-état élevé et très faible : 62 et 24, scores d'anxiété-trait très faibles : 24 et 27).

✓ **ECAP :**

- Echelle de peur : aux 2 temps, son score reflète une probable **absence de trouble anxieux** (scores de peur : 109 et 85, *seuil pathologique >124*).
- Echelle d'évitement : aux 2 temps de l'étude, son score fait évoquer **une absence d'évitement phobique** (scores d'évitement : 24 et 25, *seuil pathologique >32*).

✓ **LSAS :**

Aux 2 temps, elle présente un score total d'**absence d'anxiété sociale** (scores : 13 et 8, *seuil pathologique >30*).

- Sous-échelles de peur et d'évitement : la dimension peur prédomine très légèrement au t₁ (scores de peur : 8 et 3, scores d'évitement : 5 et 5).
- Sous-échelles d'anxiété de performance et des situations sociales : la dimension de l'anxiété des situations sociales prédomine très légèrement au t₁ (scores performance : 4 et 5, scores situations sociales : 9 et 3).

✓ **CDI :**

Elle présente un score de **dépression légère** au t₁ et un score reflétant l'**absence de dépression** au t₂ (scores : 18 et 6, *seuil pathologique >15*).

✓ VSP-A :

- Score global : **perception d'une qualité de vie globalement insatisfaisante** au t_1 et **satisfaisante** au t_2 (score : 52 et 79% ; *score en population générale adolescente : 69%*).
 - Energie vitale : **perception d'une énergie vitale très insatisfaisante** au t_1 et **satisfaisante** au t_2 (score : 5 et 70% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
 - Bien-être physique : **perception d'un bien-être physique insatisfaisant** au t_1 et **très satisfaisant** au t_2 (score : 25 et 81% ; *score en population générale adolescente : 72%*).
 - Bien-être psychologique : **perception d'un bien-être psychologique insatisfaisant** au t_1 et **extrêmement satisfaisant** au t_2 (score : 25 et 100% ; *score en population générale adolescente : 69%*).
- Son score au t_2 concorde à ses résultats à la STAI, l'ECAP, la LSAS et la CDI.
- Image de soi : **perception d'une image de lui-même satisfaisante** au t_1 et **insatisfaisante** au t_2 (score : 75 et 63% ; *score en population générale adolescente : 75%*).
 - Travail scolaire : **perception d'un travail scolaire extrêmement insatisfaisant** au t_1 et **satisfaisante** au t_2 (score : 0 et 75% ; *score en population générale adolescente : 61%*).
 - Loisirs : **perception des loisirs très insatisfaisants** aux 2 temps de l'étude (score : 31 et 38% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
 - Relation aux amis : **perception des relations amicales satisfaisantes** aux 2 temps de l'étude (score : 75% aux 2 temps ; *score en population générale adolescente : 78%*).
 - Relation aux parents : **perception des relations avec ses parents satisfaisantes** aux 2 temps de l'étude (score : 81 et 75% ; *score en population générale adolescente : 70%*).
 - Relation aux professeurs : **perception des relations avec ses professeurs insatisfaisantes** au t_1 et **très satisfaisantes** au t_2 (score : 33 et 92% ; *score en population générale adolescente : 60%*).
 - Relation au personnel soignant : **perception des relations avec le personnel soignant satisfaisantes** aux 2 temps (score : 75 et 100%).
 - Vie sentimentale et sexuelle : **perception de sa vie sentimentale et sexuelle très insatisfaisante** (score : 0 et 13%).

III.3.10.5 Le cas particulier de Louis

Louis est un garçon de 8 ans reçu en consultation pour la première fois par le Pr POINSO en novembre 2018, j'ai pu le rencontrer à l'occasion d'une seconde consultation en février 2019 et lui faire passer certains des questionnaires de mon étude.

✓ Éléments cliniques et biographiques :

Louis est né garçon en 2011, il est reçu pour la première fois à l'âge de 7 ans 9 mois, accompagné par son père et sa mère, qui demandent un avis sur la tendance de leur fils à « s'habiller en fille, préférer les jeux de filles et jouer exclusivement avec des filles ».

Il ne présente pas d'antécédent pédopsychiatrique, son développement psychomoteur durant la petite enfance est sans particularité.

Sur le plan somatique, il est né avec une aplasie de l'oreille droite (atrophie du pavillon, de l'oreille externe et moyenne, d'où une surdité unilatérale et une malformation visible). Son oreille gauche ne présente pas d'anomalie morphologique et est parfaitement fonctionnelle. Sa mère explique que depuis peu il vit mal cette différence.

Sur le plan familial, il vit avec ses parents et sa petite sœur de 4 ans sa cadette. Son père est militaire, précise qu'il est souvent absent la semaine et régulièrement en déplacements plus longs. Il est originaire de Polynésie et est sensible aux rôles de genre marqués dans sa culture. Les parents se décrivent en désaccord éducatif sur certains points, notamment l'accès à la demande de leur fils de se déguiser en fille, le père de Louis étant beaucoup plus gêné par cela que sa mère.

Sur le plan scolaire, il est en CE2, il a sauté la grande section de maternelle car il parlait très bien, a rapidement appris à lire. Cependant, il n'a pas de très bons résultats actuellement car il semble peu concentré, immature face aux tâches scolaires. Il bénéficie du soutien du RASED (réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté), surtout pour les mathématiques.

Sur le plan social, il n'a que des amies et copines à l'école, de son âge, soit dans la classe inférieure, n'a pas de copain/copine dans sa classe, est rejeté par les garçons dont il n'aime pas les jeux. Il dit avoir beaucoup de copines et « *quand même quelques copains* ». En cour de récréation, il aime jouer à la marelle et dessiner. Il dit avoir une amoureuse, Emy, dans sa classe depuis la moyenne section de maternelle, qui a déménagé avant sa rentrée en CE2.

Sur le plan affectif, ses parents décrivent une immaturité, un trouble de l'estime de soi apparu durant l'année de CE1, avec une dévalorisation de lui-même, des complexes physiques (sa peau, *il est*

métis, son sourire et son oreille « *qui sont moches* »), sa mère précise qu'il a commencé à parler de son oreille depuis peu, à la suite de moqueries à l'école. Ils notent également une anxiété, en amélioration depuis le début de sa prise en charge.

On ne repère pas dans son histoire d'événements traumatiques francs, mais les absences régulières de son père, le déménagement d'Emy, les moqueries quant à son oreille malformée, semblent être des éléments difficiles pour lui sur le plan affectif ; de plus, il s'expose à des contenus de vidéos violents inadaptés à son âge (tutoriels de maquillages d'horreur).

Concernant la construction de son identité de genre, ses parents expliquent qu'à la naissance de sa petite sœur, il avait alors 4 ans, ils ont commencé à constater sa préférence pour des jeux et des vêtements traditionnellement attribués aux filles. Ses camarades de jeux étaient, et sont encore, principalement des filles. Il lui arrivait de demander à se déguiser en fille à la maison, il n'a jamais verbalisé la demande d'aller à l'école habillé avec des vêtements « typiquement féminins ». Durant l'été dernier, Louis est en vacances chez sa grand-mère maternelle et celle-ci observe une intensification de la demande de vêtements féminins, devenue quotidienne, à laquelle elle accède, ce qui réjouit Louis, décrit alors comme « totalement épanoui ». À la fin des vacances, il verbalise spontanément à sa mère le désir d'être une fille, à 2 ou 3 reprises, puis n'a plus jamais eu de discours spontané à ce sujet. Il a redemandé à quelques reprises à se déguiser en fille à la maison, mais moins fréquemment qu'auparavant selon ses parents.

Concernant ses identifications parentales, du fait des absences professionnelles de son père, il est souvent avec sa mère qui repère des tendances d'identification de son fils envers elle.

Quant à ses identifications imaginaires, ses héroïnes sont Pocahontas, la Reine des Neiges, Raiponce et les sirènes ; dans les jeux de rôles, il choisit de jouer les rôles féminins.

Concernant les jeux et jouets, il a une préférence pour ceux « typiquement féminins », dessiner « *des filles et princesses aux longs cheveux roses* », jouer à la poupée, les coiffer ; il aime également les dinosaures, jouer aux échecs et s'adapte aux jeux et jouets « typiquement masculins » lorsqu'il joue avec son petit cousin. Son niveau d'activité est dans la moyenne des garçons de son âge.

Ses dessins mettent en scène des personnages et couleurs « typiquement féminins », sirènes, licornes, princesses, avec certains détails particulièrement féminins : maquillage, « pin-up » aux formes et tenues vestimentaires caricaturales. Il s'identifie à une licorne ou à un « *garçon-sirène* ».

Concernant la dimension corporelle, il n'a jamais verbalisé de gêne ou dégoût envers son corps ou son zizi, n'en a jamais parlé.

Lors de la seconde consultation, quand je le questionne sur les déguisements féminins, il a honte et me dit que c'est terminé, qu'il « *ne l'a pas fait très souvent* », qu'il arrête désormais de se déguiser, n'en a

plus envie. Quant au désir d'être une fille, de même, il me dit qu'il arrête de le dire, qu'il ne le pense ni ne le ressens plus.

D'un point de vue diagnostique, on observe donc des préférences « typiquement féminines » mais on ne retrouve pas la persistance d'au moins 6 mois du fort désir ou de la conviction d'être une fille (premier critère obligatoire de la définition diagnostique).

Sur le plan clinique, il se présente comme un petit garçon un peu intimidé et gêné en début de consultation, il manifeste très clairement sa gêne et son mécontentement lorsque l'on parle de lui, ses préférences « typiquement féminines », ses copines et difficultés avec ses pairs masculins, ses déguisements durant l'été chez sa grand-mère, ainsi que son oreille ; à plusieurs reprises, il met la main sur la bouche de sa mère pour qu'elle ne parle pas, et dit d'un discours emprunté, sans lever les yeux de son dessin, « *mais vous avez tous un problème avec la différence ?!* ». On repère une franche anxiété de performance, il a peur de l'échec, et a aussi tendance à culpabiliser et à se punir lui-même. En seconde partie de consultation, il a tendance à s'exciter avec sa petite sœur, avec des comportements nettement immatures pour son âge, ou seul lors de la passation des questionnaires. Il m'est difficile de maintenir son attention et de recueillir ses réponses. En effet, il oscille entre des moments d'excitation, durant lesquels il joue à jeter en l'air « sa sirène » en s'agitant et est peu accessible, et des moments durant lesquels il se pose, physiquement et dans la relation, et me fait le récit très ému (manifestement apeuré) et détaillé des vidéos de maquillages d'horreur qu'il regarde en cachette sur internet (maquillages très élaborés de visages mutilés, ensanglanté, monstrueux). La passation des questionnaires semble le mettre en difficulté, en probable rapport avec son anxiété de performance, je peine à maintenir son attention et interromps la passation avant la fin des questionnaires.

Concernant sa prise en charge, la famille est orientée vers le CMP de son secteur à la suite de la première consultation, afin de permettre un travail psychologique sur les questions d'immatunité, d'anxiété et des identifications de Louis.

Entre les 2 consultations, des tests projectifs sont réalisés par une des psychologues du service, permettant de conclure que Louis est un enfant qui a besoin d'aide pour se construire, que son développement n'est pas harmonieux. Son monde interne est désorganisé, avec des défenses ne permettant pas le refoulement, garant de la cohésion identitaire et de l'investissement notamment des apprentissages. L'élaboration de la position dépressive semble inabordable autrement que par des défenses massives et coûteuses (clivage, toute puissance). L'accès à la phase de latence, qui permet d'investir le moi et de nouveaux objets, est difficile pour lui. Il semble en grande insécurité affective, doutant de lui-même et de sa place. La problématique œdipienne est présente mais pas suffisamment structurante pour qu'elle permette des choix identificatoires. Les déguisements, la difficulté à trouver sa place dans un groupe de pair, la rivalité fraternelle sont des expressions du vécu douloureux de Louis

dont le moi est fragile et immature. L'étayage d'une psychothérapie paraît nécessaire en articulation avec un accompagnement familial.

Lors de la seconde consultation dans le service, un suivi hebdomadaire avec la psychologue de son CMP a été mis en place, il l'a rencontrée 4 fois et y va avec plaisir, et l'on note déjà des modifications de son positionnement et de son discours.

✓ **Entretien semi-dirigé sur l'identité de genre chez l'enfant :**

La quasi-totalité de ses réponses est congruente à son sexe de naissance (10/12), 1 est cotée comme incongruente, 1 comme ambiguë.

- Questions sur le sentiment d'identité de genre, le devenir, le doute, le désir, le ressenti et la conviction dans le réel de cette identité de genre :

Louis n'exprime pas de désir ou de conviction d'être une fille. Il ne ressent pas d'incongruence de genre, mais plutôt l'incongruence de mes questions. Il exprime très clairement et sans aucun doute ni changement possible qu'il est un garçon : « *Bah je suis un garçon ! Pas une fille ! Je ne deviendrai jamais une fille !* ».

À la question du désir d'être une fille, il se justifie spontanément : « *Non, je ne pense plus que j'aimerais être une fille, maintenant j'ai juste grandi et ça ne m'intéresse plus* ».

- Question sur l'identité de genre dans la parentalité :

« *Bah un papa ! On va se marier avec Emy et avoir des enfants* ».

- Questions sur les représentations du genre d'assignation :

En revanche, alors qu'il trouve que « *c'est mieux d'être un garçon qu'une fille* », concernant les bonnes choses dans le fait d'être un garçon, il ne sait me répondre, ne trouve aucune bonne chose à me citer « Je ne sais pas... Non, je ne trouve pas ».

Sur ce qu'il n'aime pas dans le fait d'être un garçon, il me répond « à côté », dans le registre du trouble de l'estime de soi : « *Oui, là il y a quelque chose que je n'aime pas : c'est qu'on me dit toujours que je porte la poisse* ».

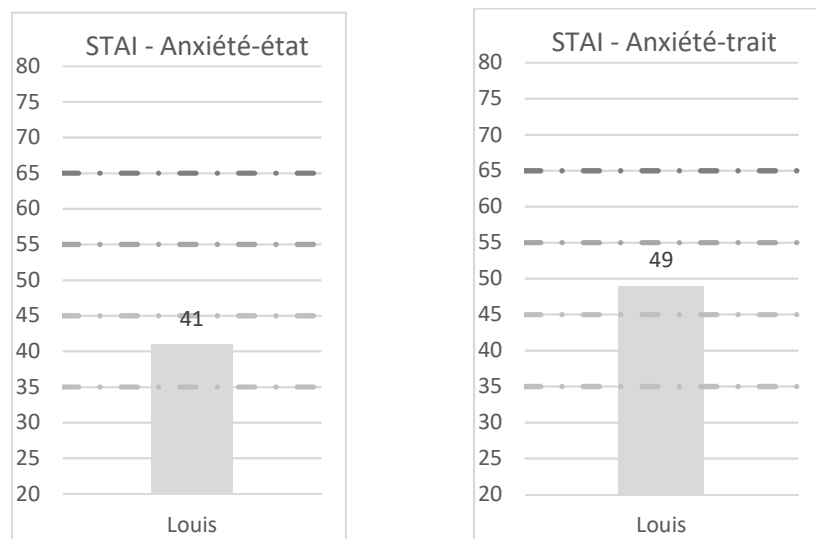
- Question sur l'identité de genre dans les rêves :

Il me raconte une série de scènes entre contenu imaginaire et rêves : « *Je rêve de ma sœur qui*

fait la folle, l'indienne, elle est à tuer ! Et puis ma mère qui fait un concours de cuisine et qui jette des trucs à la figure. Mon père il est à la chasse. Ma grand-mère elle fait du cirque et mon arrière-grand -mère elle met sa tête dans la gueule d'un requin. Et moi je cours parce qu'ils me chassent, ils me prennent pour une biche. Parfois, je suis dans l'océan, au récif, je chante avec les poissons parce que je suis un garçon sirène (comme le père et les cousins d'Ariel). Parfois, c'est l'aventure avec toute ma famille et il y a des mygales géantes ». Il ne met pas fin spontanément à son récit et a besoin que je lui dise plusieurs fois que l'on s'arrête.

✓ STAI :

Louis présente un degré d'anxiété faible lors de la passation des questionnaires et un **degré d'anxiété moyen dans sa vie quotidienne.**

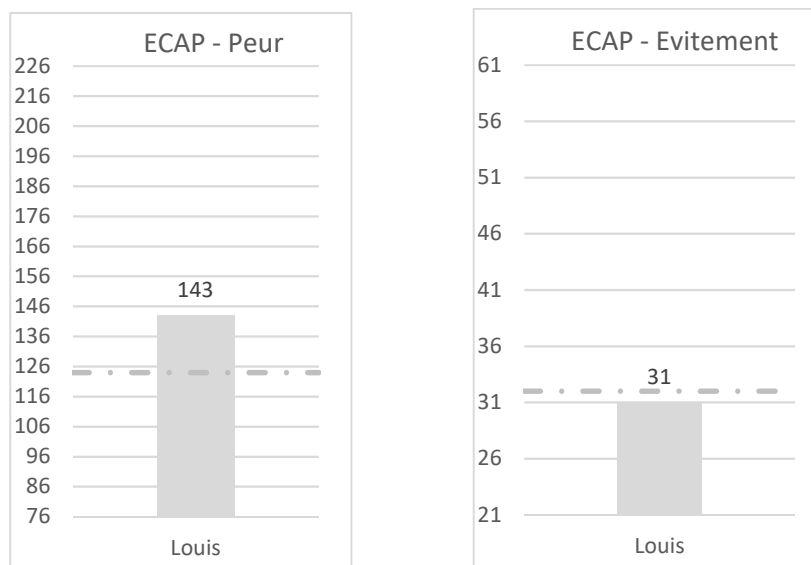


D'un point de vue qualitatif, pour l'anxiété-état, il répond notamment qu'il se sent tendu, nerveux, indécis, inquiet et soucieux, que l'idée de malheurs éventuels le tracassent en ce moment, « un scorpion géant qui vient sur la Terre et dévore tout le monde, tout le monde est mort, et un aussi un arbre qui tombe sur ma sœur ». Il dit qu'il a peur des vidéos de maquillage d'horreur.

Concernant l'anxiété-trait, il répond notamment qu'il a souvent un sentiment d'échec, des pensées qui le perturbent (« mon imagination, elle est très débordante et ça ne s'arrête jamais »), qu'il n'a presque jamais tout son sang-froid « surtout à cause de mes parents, ma mère qui m'énerve », qu'il manque presque toujours de confiance en lui et se sent presque toujours incompetent, qu'il n'est presque jamais posé et calme, et presque toujours tendu et agité quand il réfléchit à ses soucis.

✓ ECAP :

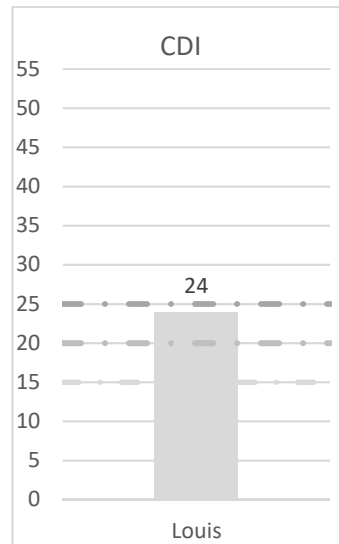
- Echelle de peur : son score reflète un probable **trouble anxieux** (scores de peur : 143, *seuil pathologique >124*).
- Echelle d'évitement : son score correspond à **une absence d'évitement phobique**, mais il est juste sous le seuil (scores d'évitement : 31, *seuil pathologique >32*).



D'un point de vue qualitatif, il a souvent peur que les élèves se moquent de lui, de redoubler, d'aller à l'école, d'être loin de ses parents et d'être quelque part sans eux, de ce qui pourrait leur arriver, de se perdre dans un endroit inconnu, d'être critiqué par les autres, de ne pas leur plaire, de se disputer avec un ami, de ne pas avoir d'amis, de parler de lui, de dire non, de demander quelque chose aux autres, d'avoir l'air bête, d'être ridicule, qu'on lui dise qu'il ne fait pas bien les choses, d'être observé quand il travaille, d'entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises, de devenir fou, de se blesser, d'avoir un accident, des couteaux et des armes, du noir, des morts, du tonnerre, des chiens (« il y a un chien qui a mangé une oie de ma grand-mère et un autre toutes les poules de mon arrière-grand-mère »), des serpents, il a souvent du mal à se décider, se fait souvent beaucoup de soucis.

✓ CDI :

Il présente un score de **dépression modérée** (scores : 24, *seuil pathologique >15*).



D'un point de vue qualitatif, il pense que rien ne marchera jamais pour lui, rate tout, est sûr que des choses horribles vont lui arriver, pense que tout ce qui ne va pas est sa faute, a envie de pleurer tous les jours, se sent toujours seul ; se sent triste très souvent, peu de choses l'amuse, souvent n'aime pas être avec les autres, n'aime pas certaines choses dans son physique (« *mon oreille* »), est souvent fatigué, souvent n'a pas envie de manger, s'inquiète souvent quand il a mal quelque part, s'amuse rarement à l'école, a quelques amis mais en voudrait plus (« *j'ai 3 copines et 10 amoureuses* »), peut faire aussi bien que les autres s'il le veut, ne fait pas ce qu'on lui dit la plupart du temps, se bagarre souvent (« *je me dispute, une fois j'ai mis une claque à la pire des copines, la menteuse tricheuse* »).

Ces questionnaires mettent en évidence d'intenses traits anxiodépressifs chez Louis : anxiété sociale, notamment de performance, peurs du très jeune enfant témoins d'une franche immaturité psychoaffective.



Fille, princesse Raiponse aux longs cheveux roses, sirènes



Monstres et détails de maquillages d'horreur qui lui font peur

IV DISCUSSION

IV.1 Nouvelles formes cliniques : enjeux diagnostiques et thérapeutiques

La prévalence de la dysphorie de genre est en nette augmentation ces dernières années, probablement en raison d'une plus grande visibilité de la transidentité et de la dysphorie de genre dans les médias et d'un développement des centres et consultations spécialisés pour leur prise en charge : de 1/3 800 nés garçons et 1/5 200 nées filles aux Pays-Bas (51) à 1/14 700 nés garçons et 1/38 500 nées filles après méta-analyse d'études internationales (50).

La dernière décennie a en effet été marquée par une augmentation de la visibilité, dans les médias et sur les réseaux sociaux, de la transidentité, de la dysphorie de genre et de contenus diffusés par des personnes transgenres sur leur sentiment d'incongruence de genre, leur transition sociale et médicale. De plus, les centres et consultations spécialisés de prise en charge de ces enfants et adolescents se sont multipliés.

Ceci est à double tranchant : d'un côté, cette plus grande visibilité et connaissance de la dysphorie de genre a donné une voix aux individus qui auraient été sous-diagnostiqués et sous-traités dans le passé ; d'un autre côté, il est possible que ce phénomène et certains contenus en ligne puissent inciter des personnes ayant une vulnérabilité psychoaffective à croire que des symptômes non spécifiques et des sentiments négatifs envers leur corps devraient être interprétés comme une dysphorie de genre. Ainsi, l'augmentation de la prévalence en lien avec une plus large diffusion médiatique questionne les cliniciens qui rencontrent ces enfants et adolescents sur l'existence d'un phénomène de contagion sociale des identifications transgenres.

Sur le plan clinique, il existe différentes entités de dysphorie de genre qu'il est important de différencier. La littérature décrit à ce jour 4 entités cliniques distinctes : la dysphorie de genre à début précoce (qui débute dans l'enfance), celle à début tardif (durant l'adolescence ou à l'âge adulte, dans laquelle on ne retrouve pas de symptômes dans l'enfance), qui possède comme sous-entités cliniques celle débutant durant l'adolescence et celle à début rapide.

La dysphorie de genre à début rapide apparaît pendant ou après la puberté, sans symptôme durant l'enfance, principalement chez les nées filles (FtM), est caractérisée par une soudaineté de l'apparition dans un contexte d'exposition majorée à internet et aux réseaux sociaux et/ou d'appartenance à un groupe de pairs dans lequel au moins un membre a annoncé sa dysphorie de genre

durant la même période. La description de nombreux cas correspondants à cette définition soulève l'hypothèse d'une contagion sociale.

Il y a une dizaine d'années, on rencontrait essentiellement dans la pratique clinique des adolescents qui présentaient une dysphorie de genre à début précoce, apparue durant leur enfance et ayant persisté, souvent s'étant aggravée, avec la puberté. Le profil épidémiologique de la dysphorie de genre a changé, et l'on rencontre de plus en plus d'enfants exprimant précocement leur dysphorie de genre et de plus en plus d'adolescents présentant une forme à début tardif, parfois rapide.

La dysphorie de genre à début précoce, retrouvée chez l'enfant ou dans l'anamnèse de l'adolescent et de ses parents, possède des recommandations thérapeutiques consensuelles au niveau international, qui consistent en l'accompagnement psychologique de l'enfant et de ses parents dans ses difficultés psychoaffectives globales, incluant mais ne se résumant pas à son identité de genre. On sait en effet que seuls 30% des enfants suivis connaîtront une persistance de leur dysphorie de genre à l'adolescence (« *persisters* »), 70% d'entre eux se désistant progressivement entre 8 et 12 ans en lien avec leur développement psychoaffectif, cognitif, social et pubertaire (« *desisters* »).

En revanche, la littérature médicale fait état d'un taux de désistement nul chez ces adolescents persistant après le début de leur puberté.

Concernant les formes à début tardif +/- rapide, nous disposons de peu de données. Littman (32) montre que 8.2% d'adolescents désistent ou doutent de leur incongruence de genre après une période d'identification transgenre de 24 mois en moyenne (5.5% ayant désisté, dont 1.2% après transition ; 2.7% doutent). Elle observe également que ceux qui s'identifient comme transgenre au moment de l'étude ont ce vécu d'incongruence de genre depuis 14 mois en moyenne, ce qui suggère qu'une période d'observation plus longue pourrait révéler des taux élevés de désistement.

Autre élément fondamental dans la clinique de la dysphorie de genre chez l'adolescent : la comorbidité (ou co-occurrence) psychiatrique et/ou les difficultés psychoaffectives plus globales de l'adolescent. Une riche littérature internationale fait état d'une forte comorbidité psychiatrique, principalement anxiodépressive, dans cette population et précise qu'elle ne constitue pas une contre-indication en soi au traitement hormonal. En revanche, il est fondamental d'évaluer si la dysphorie de genre est le trouble principal de l'adolescent et non le symptôme de difficultés psychoaffectives plus globales qu'il traverse, « effet du symbolique dans le réel, fantasme fondamental duquel le sujet se soutient » (96).

Ainsi, si dans certains cas l'accompagnement pédopsychiatrique et/ou psychologique vers la transition sociale et hormonale apparaît comme la conduite à tenir la plus adaptée d'un point de vue médical, comme cela est aujourd'hui pratiqué dans les centres ou consultations spécialisés à l'international, il semble que ce n'est pas le cas de tous les adolescents formulant cette demande et qu'il est préférable de ne pas se précipiter systématiquement sur les protocoles existants mais plutôt d'observer et d'évaluer au cas par cas l'indication de ces traitements pour un accompagnement au plus près de la clinique chez ces patients pris dans la dynamique adolescente et sa temporalité particulière (113).

IV.2 Synthèse de mes résultats

Concernant l'évaluation de l'identité et de la dysphorie de genre, j'ai retrouvé dans mon étude la grande hétérogénéité clinique décrite par mes collègues pédopsychiatres : « Différentes énonciations expriment l'affirmation transgenre, à entendre dans la singularité de chaque discours et à différencier quant à l'organisation psychique de chaque enfant et adolescent » (96).

Tous les adolescents du groupe expriment avec stabilité entre les 2 temps leur sentiment d'incongruence de genre, sa dimension dysphorique et leur désir de traitement hormono-chirurgical.

En revanche, ils énoncent leur incongruence de genre de différentes façons, dans un registre cognitif et/ou affectif, de l'intime et/ou des rôles de genre, de façon claire et harmonieuse ou au contraire avec ambivalence, parfois incohérence.

Concernant les formes cliniques présentées, ils décrivent tous une dysphorie de genre apparue dans l'enfance et font état de symptômes dans leurs souvenirs d'enfance ; tandis qu'on ne retrouve pas ou peu de symptomatologie dans l'enfance auprès de leurs parents, la dysphorie de genre étant apparue pendant ou après la puberté selon eux. Il s'agit donc probablement de formes à début tardif, même si l'on ne peut exclure un début précoce masqué durant l'enfance.

Cinq d'entre eux ont une conception binaire du genre et se définissent comme du genre opposé, et non comme neutre, agenre ou de genre fluide. L'un d'entre eux a une conception du genre comme un spectre (ou continuum) et se définit comme neutre-garçon.

Ils définissent fréquemment le genre par sa dimension sociale, les rôles et stéréotypes de genre, avec conformisme et rigidité.

Ils expriment également leur mal-être sur le versant de l'intime et de leur vécu corporel, allant du malaise au dégoût profond. Ils ont peu investi leur vie affective et surtout leur sexualité, ce qui signifie un éprouvé intime de leur genre et de leur sexe encore incomplet.

Ils expriment différentes attentes du traitement hormono-chirurgical, parfois adaptées, parfois irréalistes, confondant changement de sexe et changement de genre, pensant du traitement qu'il pourrait les transformer totalement et abolir certaines limitations.

Concernant leur parcours de soins, 4 d'entre eux ont réalisé une transition sociale dans le milieu familial, amical et scolaire au moment de l'étude, 2 uniquement dans le milieu amical. Pour la moitié d'entre eux la démarche de changement officiel de leur prénom à l'état civil est en cours. Ils sont tous en demande d'hormonothérapie du sexe opposé. La moitié des adolescents FtM est en demande d'un traitement progestatif ou d'analogues de la GnRH pour suspendre les menstruations. Tous les adolescents FtM attendent avec impatience le développement de la pilosité, particulièrement la barbe, la raucité de la voix, la redistribution des graisses. L'adolescente MtF attend avec impatience le développement mammaire ainsi que l'épilation laser. Tous se projettent ultérieurement vers la chirurgie : mastectomie uniquement pour les adolescents FtM ; prothèses mammaires et chirurgie génitale (pénectomie et aïdoïopoïèse) pour l'adolescente MtF.

Au niveau biographique, on repère fréquemment dans leurs histoires des événements traumatiques sur le plan psychique : cinq d'entre eux ont vécu la séparation de leurs parents suivie de l'absence complète de leur père, deux d'entre eux un contexte familial très traumatique (décès, allégations de violences), deuils, déménagements répétés, ostracisme.

Concernant l'évaluation de l'anxiété, de la dépression et de la qualité de vie, les 5 adolescents FtM présentent aux 2 temps de l'étude des scores d'anxiété et de dépression pathologiques, ainsi qu'une perception de leur qualité de vie globalement insatisfaisante, à différents degrés au niveau interindividuel et avec différentes évolutions entre les 2 temps pour chacun d'entre eux. L'adolescente MtF présente quant à elle des scores correspondant à l'absence de trouble anxieux et dépressif, ainsi qu'une nette amélioration de la perception de sa qualité de vie entre les 2 temps de l'étude, ce qui pourrait être mis en lien avec l'initiation de sa transition hormonale.

Je retrouve donc dans mon échantillon une forte comorbidité anxiodépressive et une perception de qualité de vie globalement insatisfaisante, telles que décrites dans la littérature.

On note une certaine hétérogénéité dans les résultats de l'anxiété-trait (STAI) et de l'anxiété phobique (ECAP), avec malgré tout une tendance pour la présence d'une anxiété-trait moyenne et de l'absence de trouble anxieux phobique.

En revanche, les résultats d'évitement phobique (ECAP), d'anxiété sociale (LSAS) et de dépression (CDI) sont très majoritairement pathologiques. De même, la perception de leur qualité de vie est quasi-systématiquement insatisfaisante.

Pour tous, la comorbidité apparaît comme préexistante à l'annonce de la dysphorie de genre. On ne note pas de tendance d'évolution entre les 2 temps de l'étude : elle s'améliore pour certains, s'aggrave pour d'autres. Les adolescents ayant réalisé une transition sociale complète décrivent se sentir mieux depuis cela, ce qui est confirmé par leurs parents mais pas nécessairement par leur évaluation psychiatrique.

IV.3 Limites de l'étude

Le faible échantillon recruté ne permet pas une représentativité d'une population adolescente dysphorique de genre. Les tendances observées ne peuvent être étendues à cette population.

Le manque de données parentales concernant l'enfance de chaque adolescent, à confronter à leurs souvenirs, a compliqué la définition des formes cliniques de dysphorie de genre présentées.

L'absence de changements francs dans leur parcours de soins entre les 2 temps de l'étude ne m'a pas permis de mettre les évolutions cliniques observées en regard avec les différents éléments de prise en charge : ils n'ont pas réalisé de transition sociale ou initié de transition hormonale entre les 2 temps de l'étude, à l'exception de l'adolescente MtF (présentant déjà des scores non pathologiques au t_1).

IV.4 Perspectives

Nous avons encore beaucoup à découvrir et à comprendre chez les patients présentant une dysphorie de genre, afin de caractériser plus précisément le trouble présenté et de proposer la prise en charge thérapeutique la plus adaptée.

Il serait nécessaire pour cela de réaliser des études observationnelles longitudinales à long terme, auprès de volumineuses cohortes d'enfants et d'adolescents, afin d'avoir un recul suffisant concernant la persistance de leurs choix thérapeutiques et de l'apaisement de la souffrance psychique, les effets à long terme des traitements hormonaux prescrits précocement, leurs possibilités d'accès à la parentalité, la préservation de la fertilité.

V CONCLUSION

Depuis une dizaine d'années, le nombre d'enfants et d'adolescents reçus en consultation pour une problématique en lien avec leur identité de genre a nettement augmenté. Ces jeunes patients représentent une population très hétérogène dans laquelle on retrouve des problématiques extrêmement variables sur le plan clinique, du jeune enfant aux comportements du genre opposé sans demande verbalisée à l'adolescent pubère en demande urgente de traitement hormonal de réassignation sexuelle (suppression pubertaire ou hormonothérapie du sexe opposé). Ceci amène les cliniciens à définir différentes entités cliniques de dysphorie de genre afin d'adapter au mieux les prises en charge proposées.

Chez l'enfant prépubère, les recommandations sont consensuelles à l'échelle internationale : la question de l'identité de genre de l'enfant est travaillée sur le plan psychique, au même titre que toutes les autres dimensions de son développement psychoaffectif, dans le cadre de psychothérapies individuelles et familiales. On sait que l'on observe un fort taux de désistement (« *desisters* ») dans cette population, d'environ 70%, les enfants se désistant progressivement avant ou au début de la puberté en lien avec leur développement psychoaffectif, cognitif et social.

Concernant les adolescents, la clinique et les enjeux thérapeutiques sont plus complexes. En effet, ces adolescents représentent une grande variété clinique qu'il semble fondamental de différencier selon la temporalité d'apparition de la dysphorie de genre, la psychopathologie retrouvée chez l'adolescent et ses difficultés psychoaffectives plus globales, visant à déterminer chez chacun d'entre eux si la dysphorie de genre est la problématique principale ou non. Les actuelles recommandations concernant les traitements hormonaux ont été établies sur la base de taux de désistement nuls chez les adolescents ayant présenté une dysphorie de genre à début précoce avec persistance après le début de la puberté. Or, dans la dysphorie de genre à début tardif et rapide récemment décrite, on observe des taux de désistement et de doute de 8.2% (Littman, 2018). Il est donc important d'être conscient de ces différentes entités cliniques chez les adolescents dysphoriques de genre afin de définir les options thérapeutiques les plus appropriées. Notamment, en présence d'une sévère psychopathologie et/ou de franches difficultés psychoaffectives antérieures à l'apparition de la dysphorie de genre, l'éligibilité aux traitements hormonaux ne semble pas immédiate et demande à être différée et réévaluée. Les adolescents présentés dans mon travail clinique illustrent cette diversité, certains ont débuté un traitement hormonal (hormonothérapie du sexe opposé), d'autres demandent une plus longue période d'évaluation.

Ainsi, pour conclure, les recommandations concernant le traitement hormonal de ces adolescents pourraient être révisées et élargies à l'appréciation de ces situations complexes.

VI BIBLIOGRAPHIE

1. Chiland C. Utilité d'un glossaire pour clarifier les problèmes concernant le genre et l'homosexualité. PSN. 24 janv 2013;Volume 11(4):7-19.
2. Money John. Hermaphroditism: an inquiry to the nature of a human paradox [Doctoral Dissertation]. Harvard University; 1952.
3. Money J. The conceptual neutering of gender and the criminalization of sex. Arch Sex Behav. juin 1985;14(3):279-90.
4. Money John, Hampson JG, Hampson JL. Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management. Bull Johns Hopkins Hosp. 1955;(97):284-300.
5. Hamburger Christian et al. Transvestism. Hormonal, Psychiatric, and Surgical Treatment. J Am Med Assoc. 1953;(152):391.
6. Jorgensen Christine. Christine Jorgensen: a personal autobiography. Paul S. Eriksson. New York; 1967.
7. Benjamin Harry. The transsexual phenomenon. Julian Press. New York; 1966.
8. American Psychiatric Association. DSM I Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 1952.
9. American Psychiatric Association. DSM II Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 1968.
10. Meyer-Bahlburg. From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. Arch Sex Behav. avr 2010;39(2):461-76.
11. American Psychiatric Association. DSM III Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 1980.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 1994.
13. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson. Issy-les-Moulineaux; 2000.
14. Marchand J-B, Pelladeau E, Pommier F. Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame. L'Évolution Psychiatr. avr 2015;80(2):331-48.
15. Zucker KJ. The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Children. Arch Sex Behav. avr 2010;39(2):477-98.
16. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. Arch Sex Behav. avr 2010;39(2):499-513.

17. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association. Washington D.C.; 2013.
18. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Kibblewhite SJ, Wood H, Singh D, et al. Demographics, Behavior Problems, and Psychosexual Characteristics of Adolescents with Gender Identity Disorder or Transvestic Fetishism. *J Sex Marital Ther.* mars 2012;38(2):151-89.
19. Olsson S-E, Möller A. Regret after Sex Reassignment Surgery in a Male-to-Female Transsexual: A Long-Term Follow-Up. *Arch Sex Behav.* août 2006;35(4):501-6.
20. Lawrence AA. Sexual Orientation versus Age of Onset as Bases for Typologies (Subtypes) for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Arch Sex Behav.* avr 2010;39(2):514-45.
21. Zucker KJ, Cohen-Kettenis PT, Drescher J, Meyer-Bahlburg HFL, Pfäfflin F, Womack WM. Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5. *Arch Sex Behav.* juill 2013;42(5):901-14.
22. Meyer-Bahlburg HFL. Intersexuality and the diagnosis of gender identity disorder. *Arch Sex Behav.* févr 1994;23(1):21-40.
23. Meyer-Bahlburg HFL. Sex Steroids and Variants of Gender Identity. *Endocrinol Metab Clin North Am.* sept 2013;42(3):435-52.
24. De Cuypere G, Knudson G, Bockting W. Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed *DSM 5* Criteria for Gender Incongruence. *Int J Transgenderism.* 20 sept 2010;12(2):119-23.
25. 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.* janv 2016;64(1):7-15.
26. Pyne J. Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *Can J Hum Sex.* avr 2014;23(1):1-8.
27. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry.* déc 2012;24(6):568-77.
28. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BPC. Gender Dysphoria in Adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 28 mars 2016;12(1):217-47.
29. Edwards-Leeper L, Spack NP. Psychological Evaluation and Medical Treatment of Transgender Youth in an Interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a Major Pediatric Center. *J Homosex.* mars 2012;59(3):321-36.
30. Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* juin 2015;29(3):485-95.
31. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *Romer D, éditeur. PLOS ONE.* 16 août 2018;13(8):e0202330.

32. Leibowitz S, de Vries ALC. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry*. 2 janv 2016;28(1):21-35.
33. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjärvi M, Frisen L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. mars 2018;Volume 9:31-41.
34. 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*. oct 2011;16(4):499-516.
35. Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. août 2016;63(1):79-102.
36. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler AE, Green R, Menvielle EJ, et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav*. août 2012;41(4):759-96.
37. Marsden P. Memetics and social contagion : two sides of the same coin? *J Memet Evol Models Inf Transm*. 1998;(12):68-79.
38. Prinstein MJ. Moderators of Peer Contagion: A Longitudinal Examination of Depression Socialization Between Adolescents and Their Best Friends. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 10 avr 2007;36(2):159-70.
39. Dishion TJ, Tipsord JM. Peer Contagion in Child and Adolescent Social and Emotional Development. *Annu Rev Psychol*. 10 janv 2011;62(1):189-214.
40. Schwartz-Mette RA, Smith RL. When Does Co-Rumination Facilitate Depression Contagion in Adolescent Friendships? Investigating Intrapersonal and Interpersonal Factors. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2 nov 2018;47(6):912-24.
41. Starr LR. When Support Seeking Backfires: Co-Rumination, Excessive Reassurance Seeking, and Depressed Mood in the Daily Lives of Young Adults. *J Soc Clin Psychol*. mai 2015;34(5):436-57.
42. Bechard M, VanderLaan DP, Wood H, Wasserman L, Zucker KJ. Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A “Proof of Principle” Study. *J Sex Marital Ther*. 3 oct 2017;43(7):678-88.
43. Meyer-Bahlburg HFL. Gender Identity Disorder of Childhood Introduction. *J Am Acad Child Psychiatry*. nov 1985;24(6):681-3.
44. Bakker A, van Kesteren PJ. The prevalence of transsexualism in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87(4):237-8.
45. Adelson SL. Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 2012;51(9):957-74.
46. Kuyper L, Wijsen C. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Arch*

- Sex Behav. févr 2014;43(2):377-85.
47. Flores AR, Brown TNT, Herman JL. RACE AND ETHNICITY OF ADULTS WHO IDENTIFY AS TRANSGENDER IN THE UNITED STATES. :15.
 48. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. 2017;14(5):404.
 49. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry. sept 2015;30(6):807-15.
 50. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. J Sex Med. avr 2018;15(4):582-90.
 51. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach. J Homosex. mars 2012;59(3):301-20.
 52. Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical Management of Youth with Gender Dysphoria in Vancouver. J Pediatr. avr 2014;164(4):906-11.
 53. van Beijsterveldt C.E.M., Hudziak JJ, Boomsma DI. Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch Twins at Ages 7 and 10 Years. Arch Sex Behav. 2006;(35):647–658.
 54. D.E.S.I.U. Prise en charge du transsexualisme. D.E.S.I.U. Prise en charge du transsexualisme. Groupe Hospitalier Universitaire Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal, Paris; 2018.
 55. de Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents: Comorbidity in gender dysphoric adolescents. J Child Psychol Psychiatry. nov 2011;52(11):1195-202.
 56. Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. Arch Gen Psychiatry. avr 1997;(54(4)):329-36.
 57. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. J Psychiatr Res. déc 2007;41(11):959-67.
 58. Wallien MSC, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Physiological correlates of anxiety in children with gender identity disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1 août 2007;16(5):309-15.
 59. Steensma TD, Zucker KJ, Kreukels BPC, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Behavioral and Emotional Problems on the Teacher's Report Form: A Cross-National, Cross-Clinic Comparative Analysis of Gender Dysphoric Children and Adolescents. J Abnorm Child Psychol. mai 2014;42(4):635-47.
 60. Di Ceglie D, Freedman D, Mc Pherson S, Richardson P. Children and Adolescents

Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: Clinical Features and Demographic Characteristics. *Int J Transgenderism*. 2002;6(1).

61. de Vries ALC, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, VanderLaan DP, Zucker KJ. Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juin 2016;25(6):579-88.
62. Baams L, Beek T, Hille H, Zevenbergen FC, Bos HMW. Gender Nonconformity, Perceived Stigmatization, and Psychological Well-Being in Dutch Sexual Minority Youth and Young Adults: A Mediation Analysis. *Arch Sex Behav*. juill 2013;42(5):765-73.
63. Robinson JP, Espelage DL, Rivers I. Developmental Trends in Peer Victimization and Emotional Distress in LGB and Heterosexual Youth. *PEDIATRICS*. 1 mars 2013;131(3):423-30.
64. Wallien MSC, Veenstra R, Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Peer Group Status of Gender Dysphoric Children: A Sociometric Study. *Arch Sex Behav*. avr 2010;39(2):553-60.
65. McGuire JK, Anderson CR, Toomey RB, Russell ST. School Climate for Transgender Youth: A Mixed Method Investigation of Student Experiences and School Responses. *J Youth Adolesc*. oct 2010;39(10):1175-88.
66. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työlajärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health [Internet]*. déc 2015 [cité 29 déc 2018];9(1). Disponible sur: <http://www.capmh.com/content/9/1/9>
67. Fuss J, Auer MK, Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2015;28(6):430-4.
68. Reisner SL, Vettters R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study. *J Adolesc Health*. 1 mars 2015;56(3):274-9.
69. Zucker KJ, Bradley SJ, Lowry Sullivan CB. Traits of Separation Anxiety in Boys with Gender Identity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juin 1996;35(6):791-8.
70. Coates SW. Intervention with preschool boys with gender identity issues. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 sept 2008;56(6):392-7.
71. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The Heritability of Gender Identity Disorder in a Child and Adolescent Twin Sample. :7.
72. Nabbijohn AN, van der Miesen AIR, Santarossa A, Peragine D, de Vries ALC, Popma A, et al. Gender Variance and the Autism Spectrum: An Examination of Children Ages 6–12 Years. *J Autism Dev Disord [Internet]*. 13 déc 2018 [cité 20 févr 2019]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10803-018-3843-z>

73. de Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *J Autism Dev Disord.* août 2010;40(8):930-6.
74. Christensen DL, Baio J, Braun KV, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites United States. *Morb Mortal Wkly Rep US Dep Health Hum Serv.* 2012;65((No. SS-3)):1-23.
75. Ofner M, Agence de santé publique du Canada. Autism spectrum disorder among children and youth in Canada 2018: a report of the National Autism Spectrum Disorder Surveillance System [Internet]. 2018 [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2018/18-14/publications.gc.ca/collections/collection_2018/aspc-phac/HP35-100-2018-eng.pdf
76. Van Der Miesen AIR, Hurley H, De Vries ALC. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *Int Rev Psychiatry.* 2 janv 2016;28(1):70-80.
77. Jacobs LA, Rachlin K, Erickson-Schroth L, Janssen A. Gender Dysphoria and Co-Occurring Autism Spectrum Disorders: Review, Case Examples, and Treatment Considerations. *LGBT Health.* déc 2014;1(4):277-82.
78. van der Miesen AIR, de Vries ALC, Steensma TD, Hartman CA. Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *J Autism Dev Disord.* mai 2018;48(5):1537-48.
79. Jones RM, Wheelwright S, Farrell K, Martin E, Green R, Di Ceglie D, et al. Brief Report: Female-To-Male Transsexual People and Autistic Traits. *J Autism Dev Disord.* févr 2012;42(2):301-6.
80. Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of Autism Spectrum Disorders in Adults with Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav.* févr 2014;43(2):387-93.
81. Strang JF, Kenworthy L, Dominska A, Sokoloff J, Kenealy LE, Berl M, et al. Increased Gender Variance in Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Sex Behav.* nov 2014;43(8):1525-33.
82. Skagerberg E, Di Ceglie D, Carmichael P. Brief Report: Autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *J Autism Dev Disord.* août 2015;45(8):2628-32.
83. VanderLaan DP, Postema L, Wood H, Singh D, Fantus S, Hyun J, et al. Do Children With Gender Dysphoria Have Intense/Obsessional Interests? *J Sex Res.* 12 févr 2015;52(2):213-9.
84. van der Miesen AIR, Hurley H, Bal AM, de Vries ALC. Prevalence of the Wish to be of the Opposite Gender in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *Arch Sex Behav.* nov 2018;47(8):2307-17.
85. Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries ALC. Treatment of Adolescents With Gender Dysphoria in the Netherlands. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* oct

- 2011;20(4):689-700.
86. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Singh D, Blanchard R, Bain J. Puberty-Blocking Hormonal Therapy for Adolescents with Gender Identity Disorder: A Descriptive Clinical Study. *J Gay Lesbian Ment Health*. 29 déc 2010;15(1):58-82.
 87. Chen D, Hidalgo MA, Garofalo R. Parental perceptions of emotional and behavioral difficulties among prepubertal gender-nonconforming children. *Clin Pract Pediatr Psychol*. déc 2017;5(4):342-52.
 88. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological Support, Puberty Suppression, and Psychosocial Functioning in Adolescents with Gender Dysphoria. *J Sex Med*. 2015;12(11):2206-14.
 89. 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*. août 2011;8(8):2276-83.
 90. Kohlberg, L. A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. In : *The development of sex differences*. In: Maccoby E.C. ed. Stanford, CA; 1966. p. 82-173. (Stanford University press).
 91. Bandura, A. *Social Learning Theory*. General Learning Press. New York; 1977.
 92. Bem SL. *Gender Schema Theory: A Cognitive Account of Sex Typing*. :11.
 93. Bussey K, Bandura A. Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychol Rev*. oct 1999;106((4)):676-713.
 94. Chiland C. La construction de l'identité de genre à l'adolescence. *Adolescence*. 2014;T.32 1(1):165.
 95. Condat, Agnès. *L'affirmation transgenre dans l'enfance et à l'adolescence*. Erès. 2016.
 96. Bao A-M, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: Relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol*. avr 2011;32(2):214-26.
 97. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic Characteristics, Social Competence, and Behavior Problems in Children with Gender Identity Disorder: A Cross-National, Cross-Clinic Comparative Analysis. 2002;13.
 98. Zucker KJ. Enfants avec troubles de l'identité sexuée : y-a-t-il une pratique la meilleure ? & Children with gender identity disorder: Is there a best practice? 2008;8.
 99. Zucker KJ. Gender identity development and issues. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. juill 2004;13(3):551-68.
 100. Menvielle E, Gomez-Lobo V. Management of Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. août 2011;24(4):183-8.

101. Di Ceglie D, Thümmel EC. An Experience of Group Work with Parents of Children and Adolescents with Gender Identity Disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*. juill 2006;11(3):387-96.
102. Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juin 2016;64(4):240-54.
103. Cazeneuve B, Premier Ministre, Urvoas JJ, Ministre de la Justice et coll. Décret n°2017-450 relatif aux procédures de changement de prénom et de modification de la mention du sexe à l'état civil. 2017-450 mars 29, 2017.
104. Martinerie L. Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. févr 2017;65(1):54-60.
105. Klaver M, de Mutsert R, Wiepjes CM, Twisk JWR, den Heijer M, Rotteveel J, et al. Early Hormonal Treatment Affects Body Composition and Body Shape in Young Transgender Adolescents. *J Sex Med*. févr 2018;15(2):251-60.
106. Bizic MR, Stojanovic B, Djordjevic ML. Genital reconstruction for the transgendered individual. *J Pediatr Urol*. oct 2017;13(5):446-52.
107. Condat A, Mendes N, Drouineaud V, Gründler N, Lagrange C, Chiland C, et al. Biotechnologies that empower transgender persons to self-actualize as individuals, partners, spouses, and parents are defining new ways to conceive a child: psychological considerations and ethical issues. *Philos Ethics Humanit Med [Internet]*. déc 2018 [cité 21 févr 2019];13(1). Disponible sur: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-018-0054-3>
108. Rosenthal SM. Approach to the Patient: Transgender Youth: Endocrine Considerations. *J Clin Endocrinol Metab*. déc 2014;99(12):4379-89.
109. Martinerie, Condat, Bargiacchi, Bremont-Weill, de Vries. Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *Eur Soc Endocrinol*. 2018;227.
110. Tack LJW, Heyse R, Craen M, Dhondt K, Bossche HV, Laridaen J, et al. Consecutive Cyproterone Acetate and Estradiol Treatment in Late-Pubertal Transgender Female Adolescents. *J Sex Med*. mai 2017;14(5):747-57.
111. de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. *PEDIATRICS*. 1 oct 2014;134(4):696-704.
112. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. mars 2016;137(3):e20153223.
113. 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*. juin 2016;64(4):232-9.

114. Finlayson C, Johnson EK, Chen D, Dabrowski E, Gosiengfiao Y, Campo-Engelstein L, et al. Proceedings of the Working Group Session on Fertility Preservation for Individuals with Gender and Sex Diversity. *Transgender Health*. janv 2016;1(1):99-107.
115. Kimberly LL et al. Ethical Issues in Gender-Affirming Care for Youth. *Pediatrics*. déc 2018;142(6).
116. Zucker KJ, Bradley SJ, Sullivan CBL, Kuksis M, Birkenfeld-Adams A, Mitchell JN. A Gender Identity Interview for Children. *J Pers Assess*. déc 1993;61(3):443-56.
117. Zucker KJ, Mitchell JN, Bradley SJ, Tkachuk J, Cantor JM, Allin SM. The Recalled Childhood Gender Identity/Gender Role Questionnaire: Psychometric Properties. *Sex Roles*. 9 nov 2006;54(7-8):469-83.
118. Deogracias JJ, Johnson LL, Meyer-Bahlburg HFL, Kessler SJ, Schober JM, Zucker KJ. The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *J Sex Res*. 26 oct 2007;44(4):370-9.
119. Singh D, Deogracias JJ, Johnson LL, Bradley SJ, Kibblewhite SJ, Owen-Anderson A, et al. The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults: Further Validity Evidence. *J Sex Res*. 22 janv 2010;47(1):49-58.
120. Spielberger C., Gorsuch R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). 1983;
121. Gauthier J, Bouchard S. Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport*. 1993;25(4):559-78.
122. Vera Luis. Echelle comportementale d'anxiété phobique (ECAP) : Construction, validation et intérêt en clinique enfant-adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1996;(44 (9/10)):429-38.
123. Liebowitz. Social Phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiat*. 1987;22:141-73.
124. Rytwinski NK, Fresco DM, Heimberg RG, Coles ME, Liebowitz MR, Cissell S, et al. Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depress Anxiety*. janv 2009;26(1):34-8.
125. Beard C, Rodriguez BF, Moitra E, Sibrava NJ, Bjornsson A, Weisberg RB, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) in a longitudinal study of African Americans with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. juin 2011;25(5):722-6.
126. Kovacs. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*. 1985;21:995-8.
127. Moor, Mack. Versions françaises d'échelles d'évaluation de la dépression. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1982;

128. Simeoni MC, Auquier P, Antoniotti S, Sapin C. Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: The VSP-A. *Qual Life Res.* mai 2000;9((4)):393-40.
129. Serra-Sutton V, Ferrer M, Rajmil L, Tebé C, Simeoni M-C, Ravens-Sieberer U. Population norms and cut-off-points for suboptimal health related quality of life in two generic measures for adolescents: the Spanish VSP-A and KINDL-R. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. déc 2009 [cité 4 févr 2019];7(1). Disponible sur: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-7-35>
130. Aires MT, Auquier P, Robitail S, Werneck GL, Simeoni M-C. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the VSP-A (Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent), a health-related quality of life (HRQoL) instrument for adolescents, in a healthy Brazilian population. *BMC Pediatr* [Internet]. déc 2011 [cité 4 févr 2019];11(1). Disponible sur: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-11-8>

VII ANNEXES

Entretien semi-dirigé sur l'identité de genre chez l'enfant, Zucker

Q1 : Es-tu une fille/un garçon ?

Q2 : Es-tu une fille/un garçon ? [l'opposé de la 1^{ère} réponse]

Q3 : Quand tu seras grand, seras-tu un papa ou une maman ?

Q4 : En grandissant, pourrais-tu devenir une fille/un garçon ? [l'opposé de la 1^{ère} réponse]

Q5 : Est-ce qu'il y a de bonnes choses dans le fait d'être une fille/un garçon ?

Q6 : Y a-t-il des choses que tu n'aimes pas dans le fait d'être une fille/un garçon ?

Q7 : Qu'est-ce que tu penses être le mieux : être une fille ou être un garçon ?

Q8 : Dans ta tête, t'arrive-t-il de penser que tu aimerais être une fille/un garçon ?

Q9 : Dans ta tête, t'arrive-t-il d'être troublé.e et de n'être plus sûr.e d'être une fille ou un garçon ?

Q10 : T'arrive-t-il de te sentir plus comme une fille/un garçon que comme un garçon/une fille ?

Q11 : Dans tes rêves, es-tu une fille, un garçon, ou parfois une fille et parfois un garçon ?

Q12 : T'arrive-t-il de penser que tu es réellement une fille/un garçon ?

Questionnaire sur les souvenirs des comportements et rôles de genre dans l'enfance, Zucker

Question 1 : Enfant, mes camarades préférés de jeux étaient :

- a. toujours des garçons (1)
- b. principalement des garçons (2)
- c. autant des garçons que des filles (3)
- d. principalement des filles (4)
- e. toujours des filles (5)
- f. je ne jouais pas avec d'autres enfants (0)

Question 2 : Enfant, mon meilleur ou plus proche ami était :

- a. toujours un garçon (1)
- b. généralement un garçon (2)
- c. une fille ou un garçon (3)
- d. généralement une fille (4)
- e. toujours une fille (5)
- f. je n'avais pas d'ami proche (0)

Question 3 : Enfant, mes jouets et jeux favoris étaient :

- a. toujours masculins (1)
- b. plutôt masculins (2)
- c. masculins ou féminins (3)
- d. plutôt féminins (4)
- e. toujours féminins (5)
- f. ni masculin ni féminin (0)

Question 4 : Comparé aux autres filles/garçons, mon niveau d'activité était :

- a. très élevé (1)
- b. plus élevé que la moyenne (2)
- c. dans la moyenne (3)
- d. plus bas que la moyenne (4)
- e. très bas (5)

Question 5 : Enfant, je me maquillais et portais des bijoux :

- a. c'était mon loisir préféré (5)
- b. fréquemment (4)
- c. de temps en temps (3)
- d. très rarement (2)
- e. jamais (1)

Question 6 : Enfant, les personnages de télé ou de film que j'imitais ou admirais étaient :

- a. toujours des filles ou des femmes (5)
- b. plutôt des filles ou des femmes (4)
- c. autant des filles/femmes que des garçons/hommes (3)
- d. plutôt des garçons ou hommes (2)
- e. toujours des garçons ou hommes (1)
- f. je n'imitais pas ou n'admirais pas de personnages de la télé ou de film (0)

Question 7 : Enfant, j'aimais pratiquer des sports comme le baseball, hockey, basket ou football :

- a. seulement avec des garçons (1)
- b. le plus souvent avec des garçons (2)
- c. autant avec des garçons que des filles (3)
- d. le plus souvent avec des filles (4)
- e. seulement avec des filles (5)
- f. je ne pratiquais pas ces sports (0)

Question 8 : Dans mon imaginaire ou pour faire semblant, je prenais de rôle :

- a. uniquement de garçons ou d'hommes (1)
- b. le plus souvent de garçons ou d'hommes (2)
- c. autant de garçons que de filles (3)
- d. le plus souvent de filles ou de femmes (4)
- e. uniquement de filles ou de femmes (5)
- f. je ne jouais pas à faire semblant (0)

Question 9 : Pour me déguiser, je portais :

- a. toujours des vêtements de garçons ou d'hommes (1)
- b. le plus souvent des vêtements de garçons ou d'hommes (2)
- c. autant des vêtements de garçons ou d'hommes que des vêtements de filles ou de femmes (3)
- d. le plus souvent des vêtements de filles ou de femmes (4)
- e. toujours des vêtements de filles ou de femmes (5)
- f. je ne me déguisais pas (0)

Question 10 : Enfant, je me sentais :

- a. très masculine (1)
- b. assez masculine (2)
- c. autant masculine que féminine (3)
- d. assez féminine (4)
- e. très féminine (5)
- f. je ne me sentais ni féminine ni masculine (0)

Question 11 : Enfant, comparé aux autres filles/garçons de mon âge, je me sentais :

- a. beaucoup plus féminine (5)
- b. légèrement plus féminine (4)
- c. aussi féminine (3)
- d. légèrement moins féminine (2)
- e. beaucoup moins féminine (1)

Question 12 : Enfant, comparé à ma sœur/mon frère, je me sentais :

(si tu avais plus d'une sœur/un frère, fais la comparaison avec la sœur/le frère la/le plus proche en âge)

- a. beaucoup plus féminine (5)
- b. légèrement plus féminine (4)
- c. aussi féminine (3)
- d. légèrement moins féminine (2)
- e. beaucoup moins féminine (1)
- f. je n'avais pas de sœur/frère (0)

Question 13 : Enfant, je me disputais avec mon frère/ma sœur ou je lui en voulais :
(si tu avais plus d'un frère/une sœur, fais la comparaison avec le frère/la sœur le/la plus proche en âge)

- a. toujours (1)
- b. souvent (2)
- c. parfois (3)
- d. rarement (4)
- e. jamais (5)
- f. je n'avais pas de frère (0)

Question 14 : Enfant, mon apparence (coiffure, vêtements, etc.) était :

- a. très féminine (5)
- b. assez féminine (4)
- c. autant masculine que féminine (3)
- d. assez masculine (2)
- e. très masculine (1)
- f. ni masculine ni féminine (0)

Question 15 : Enfant, j'aimais porter des robes ou autres vêtements féminins :

- a. toujours (5)
- b. souvent (4)
- c. parfois (3)
- d. rarement (2)
- e. jamais (1)

Question 16 : Enfant, je me sentais émotionnellement :

- a. plus proche de ma mère que de mon père (5)
- b. légèrement plus proche de ma mère que de mon père (4)
- c. aussi proche de ma mère que de mon père (3)
- d. légèrement plus proche de mon père que de ma mère (2)
- e. plus proche de mon père que de ma mère (1)
- f. ni proche de ma mère ni de mon père (0)

Question 17 : Enfant, j'admirais :

- a. autant ma mère que mon père (3)
- b. mon père plus que ma mère (1)
- c. ma mère plus que mon père (4)
- d. ni ma mère ni mon père (2)

Question 18 : Enfant, j'étais traité de « garçon manqué »/« chouchotte, tapette » :

- a. tout le temps (1)
- b. la plupart du temps (2)
- c. parfois (3)
- d. dans de rares occasions (4)
- e. jamais (5)

Question 19 : Enfant, le fait d'être une fille/un garçon m'était agréable :

- a. toujours (5)
- b. la plupart du temps (4)
- c. parfois (3)
- d. rarement (2)

- e. jamais (1)
- f. je n'ai jamais pensé à ce que je ressentais du fait d'être une fille/un garçon (0)

Question 20 : Enfant, j'aurais aimé être un garçon/une fille mais ne le disais à personne :

- a. presque toujours (1)
- b. souvent (2)
- c. parfois (3)
- d. rarement (4)
- e. jamais (5)

Question 21 : Enfant, je disais aux autres que je voulais être un garçon :

- a. presque toujours (1)
- b. souvent (2)
- c. parfois (3)
- d. rarement (4)
- e. jamais (5)

Question 22 : Enfant, j'ai :

- a. toujours senti que ma mère se préoccupait de moi (5)
- b. souvent senti que ma mère se préoccupait de moi (4)
- c. parfois senti que ma mère se préoccupait de moi (3)
- d. rarement senti que ma mère se préoccupait de moi (2)
- e. jamais senti que ma mère se préoccupait de moi (1)
- f. ne peut répondre car je ne vivais pas avec ma mère (ou ne la connaissais pas) (0)

Question 23 : Enfant, j'ai :

- a. toujours senti que mon père se préoccupait de moi (1)
- b. souvent senti que mon père se préoccupait de moi (2)
- c. parfois senti que mon père se préoccupait de moi (3)
- d. rarement senti que mon père se préoccupait de moi (4)
- e. jamais senti que mon père se préoccupait de moi (5)
- f. ne peut répondre car je ne vivais pas avec mon père (ou ne le connaissais pas) (0)

Questionnaire sur l'identité et la dysphorie de genre chez l'adolescent (GIDYQ-AA), Deogracias

(Version pour les filles)

1. Dans les 12 derniers mois, t'es-tu sentie satisfaite d'être une fille ?
2. Dans les 12 derniers mois, t'es-tu sentie incertaine de ton sexe, c'est-à-dire t'es-tu sentie quelque part entre une fille et un garçon ?
3. Dans les 12 derniers mois, as-tu senti une pression des autres pour que tu sois une fille alors que tu ne te sentais pas réellement comme une fille ?
4. Dans les 12 derniers mois, as-tu senti que, à la différence de la plupart des filles, tu devais faire un effort pour être une fille ?
5. Dans les 12 derniers mois, t'est-il arrivé de ne pas te sentir une vraie fille ?
6. Dans les 12 derniers mois, t'est-il arrivé, étant donné qui tu es réellement (c'est-à-dire ce que tu aimes faire, comment tu agis avec les autres), de sentir que ce serait mieux pour toi de vivre en tant que garçon plutôt qu'en tant que fille ?
7. Dans les 12 derniers mois, as-tu fait des rêves ?
Si non, passe à la question 8.
Si oui, étais-tu présente dans tes rêves ?
Si non, passe à la question 8.
Si oui, as-tu fait des rêves où tu étais un garçon ?
8. Dans les 12 derniers mois, t'es-tu sentie malheureuse d'être une fille ?
9. Dans les 12 derniers mois, t'es-tu sentie incertaine à ton sujet, te sentant parfois comme un garçon, parfois comme une fille ?
10. Dans les 12 derniers mois, t'es-tu sentie plus comme un garçon que comme une fille ?
11. Dans les 12 derniers mois, as-tu senti que tu n'avais rien en commun ni avec les garçons, ni avec les filles ?
12. Dans les 12 derniers mois, as-tu été gênée de devoir t'identifier comme une fille ou d'avoir à cocher la case F dans des formulaires officiels (école, emploi, carte d'identité, passeport, etc.) ?
13. Dans les 12 derniers mois, t'es-tu sentie à l'aise d'utiliser les toilettes pour femmes dans les lieux publics ?
14. Dans les 12 derniers mois, à la maison, des inconnus t'ont-ils traitée comme un garçon ?
15. Dans les 12 derniers mois, à la maison, des gens que tu connais, amis ou parents, t'ont-ils traitée comme un garçon ?
16. Dans les 12 derniers mois, as-tu eu le souhait ou le désir d'être un garçon ?
17. Dans les 12 derniers mois, à la maison, t'es-tu habillée ou comportée comme un garçon ?
18. Dans les 12 derniers mois, dans les soirées ou rencontres sociales, t'es-tu présentée comme un garçon ?
19. Dans les 12 derniers mois, à l'école (ou au travail), t'es-tu présentée comme un garçon ?
20. Dans les 12 derniers mois, as-tu détesté ton corps parce qu'il était féminin (avec des seins et un vagin) ?
21. Dans les 12 derniers mois, as-tu souhaité un traitement hormonal pour changer ton corps en celui d'un garçon ?
22. Dans les 12 derniers mois, as-tu souhaité une opération pour changer ton corps en celui d'un garçon (enlever les seins et fabriquer un pénis) ?
23. Dans les 12 derniers mois, as-tu fait un effort pour changer de sexe légal (sur la carte d'identité) ?
24. Dans les 12 derniers mois, as-tu pensé à toi comme à une personne "hermaphrodite" ou "intersexe" plutôt que comme une fille ou un garçon ?
25. Dans les 12 derniers mois, as-tu pensé à toi comme à une "personne transgenre" ?
26. Dans les 12 derniers mois, as-tu pensé à toi comme à un garçon ?
27. Dans les 12 derniers mois, as-tu pensé à toi comme à une fille ?

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION STAI Forme Y-A

CONSIGNES

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuels**.

Indiquez quelle personne a rempli cette évaluation :

Patient Père Mère
Tuteur Investigateur Autre

Précisez :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1 Je me sens calme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je suis tendu(e), crispé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je me sens surmené(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 L'idée de malheurs éventuels me tracassent en ce moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je me sens content(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Je me sens effrayé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Je me sens à mon aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Je sens que j'ai confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Je me sens nerveux(se), irritable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Je me sens indécis(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Je suis décontracté(e), détendu(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Je suis satisfait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Je suis inquiet(e), soucieux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e),dérouté(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION STAI Forme Y-B

CONSIGNES

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GENERALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

Indiquez quelle personne a rempli cette évaluation :

Patient Père Mère
Tuteur Investigateur Autre

Précisez :

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21 Je me sens de bonne humeur, aimable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Je me sens nerveux(se) et agité(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Je me sens content(e) de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 J'ai un sentiment d'échec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Je me sens reposé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 J'ai tout mon sang-froid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à tel point que je ne peux plus les surmonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Je suis heureux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 J'ai des pensées qui me perturbent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Je manque de confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Je prends facilement des décisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Je suis satisfait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Je prends les décisions tellement à cœur que je les oublie difficilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Je suis une personne posée, stable, solide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ECAP

INSTRUCTIONS : Voici un certain nombre de choses ou de situations qui peuvent provoquer des sensations désagréables (peur, inquiétude). Lisez attentivement chaque phrase et indiquez si elle s'applique à vous presque jamais, quelquefois, ou souvent en mettant une croix (x) dans la case de votre choix.

		Presque jamais	Quelquefois	Souvent
1	J'ai peur de parler avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de parler avec les adultes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	J'ai peur de parler avec les enfants de mon âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de parler avec les enfants de mon âge</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	J'ai peur que les élèves se moquent de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	J'ai peur de redoubler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	J'ai peur d'aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite d'aller à l'école</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	J'ai peur que les professeurs se moquent de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'ai peur de me tromper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	J'ai peur de ne pas savoir répondre si on m'interroge en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	J'ai peur de lever la main en classe pour être interrogé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de lever la main en classe pour être interrogé(e)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	J'ai peur de ne pas pouvoir passer mon BAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	J'ai peur de m'endormir en sachant que je me réveillerai pour aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	J'ai peur de paniquer à un devoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	J'ai peur quand le professeur hausse la voix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	J'ai peur de ce que les autres enfants pensent de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	J'ai peur de ce que les professeurs peuvent dire de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	J'ai peur d'être loin de mes parents (colonies de vacances, classe de neige...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite d'être loin de mes parents (colonies de vacances, classe de neige...)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	J'ai peur de rester seul(e) à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de rester seul(e) à la maison</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Presque jamais	Quelquefois	Souvent
18	J'ai peur de répondre à une question en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de répondre à une question en classe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	J'ai peur de rater une interrogation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	J'ai peur de manger à la cantine de l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de manger à la cantine de l'école</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	J'ai peur de prendre le métro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de prendre le métro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	J'ai peur d'être critiqué(e) par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	J'ai peur de me disputer avec un ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	J'ai peur de parler de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de parler de moi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	J'ai peur de certaines matières scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	J'ai peur d'avoir l'air bête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	J'ai peur de mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	J'ai peur d'être quelque part sans mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite d'être quelque part sans mes parents</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	J'ai peur d'aller dormir chez des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite d'aller dormir chez des amis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	J'ai peur des piqûres (d'un docteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	J'ai peur de parler dans un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de parler dans un groupe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	J'ai peur de rougir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	J'ai peur d'être ridicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	J'ai peur de refuser ou de dire non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	J'ai peur de demander quelque chose aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de demander quelque chose aux autres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	J'ai peur quand on m'observe travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	J'ai peur d'aller dans les magasins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite d'aller dans les magasins</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	J'ai peur quand on me fait un compliment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	J'ai peur que les autres remarquent ma gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	J'ai peur de rencontrer un camarade dans la rue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	J'ai peur de la récréation à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	J'ai peur de jouer avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de jouer avec les autres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	J'ai peur de prendre l'ascenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de prendre l'ascenseur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	J'ai peur de certains camarades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Presque jamais	Quelquefois	Souvent
45	J'ai peur qu'on me demande de lire en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	J'ai peur d'aller au tableau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite d'aller au tableau</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	J'ai peur de parler au téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de parler au téléphone</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	J'ai peur de tomber malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	J'ai peur de me blesser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	J'ai peur du noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	J'ai peur de ce que mes parents vont me dire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	J'ai peur de faire du sport avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite de faire du sport avec les autres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	J'ai peur d'aller aux toilettes en dehors de chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*	<i>J'évite d'aller aux toilettes en dehors de chez moi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	J'ai peur de ne pas pouvoir apprendre une leçon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	J'ai peur de ce qui pourrait arriver à mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	J'ai peur que personne ne s'intéresse à moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	J'ai peur de ne pas avoir d'amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	J'ai peur d'avoir un accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	J'ai peur de ce que je deviendrai dans quelques années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	J'ai peur des dentistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	J'ai peur du tonnerre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	J'ai peur des chiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	J'ai peur qu'on me dise que je ne fais pas bien les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Je m'inquiète de la meilleure chose à faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	J'ai peur d'entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	J'ai du mal à me décider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Je me fais beaucoup de soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	J'ai peur de ne pas plaire aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	J'ai peur des serpents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	J'ai peur de devenir fou (folle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	J'ai peur des fantômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	J'ai peur des couteaux ou des armes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	J'ai peur des morts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	J'ai peur d'aller dans un hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	J'ai peur de me perdre dans un endroit inconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	J'ai peur d'avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOCIAL ANXIETY SCALE

M. LIEBOWITZ M.D.

Traduction française : J.P. LÉPINE, H. CARDOT (1990)

	PEUR OU ANXIÉTÉ				ÉVITEMENT			
	Aucun 0	Légère 1	Moyenne 2	Sévère 3	Jamais 0	Occasionnel (0-33%) 1	Fréquent (34-66 %) 2	Habituel (67-100 %) 3
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.D.I.

M. KOVACS ET A.T. BECK

Traduction Française : L. MOOR et C. MACK

Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé, au cours des deux dernières semaines. Quand tu auras choisi ta phrase dans le premier groupe, tu passes au suivant.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps. Inscris une croix comme ceci X à côté de ta réponse, dans la case correspondant à la phrase que tu as choisie.

Voici un exemple de ce qui t'est demandé. Essaie. Inscris une croix à côté de la phrase qui te décrit le mieux. Exemple :

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Je lis des livres tout le temps | <input type="checkbox"/> |
| Je lis des livres de temps en temps | <input type="checkbox"/> |
| Je ne lis jamais de livres | <input type="checkbox"/> |

Souviens-toi, choisis la phrase qui décrit tes sentiments et tes idées au cours des deux dernières semaines.

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | Je suis triste de temps en temps | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis triste très souvent | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis triste tout le temps | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Rien ne marchera jamais bien pour moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi | <input type="checkbox"/> |
| | Tout marchera bien pour moi | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Je réussis presque tout ce que je fais | <input type="checkbox"/> |
| | Je rate beaucoup de chose | <input type="checkbox"/> |
| | Je rate tout | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Des tas de choses m'amuse | <input type="checkbox"/> |
| | Peu de choses m'amuse | <input type="checkbox"/> |
| | Rien ne m'amuse | <input type="checkbox"/> |
-

5	Je suis désagréable tout le temps Je suis souvent désagréable Je suis désagréable de temps en temps	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	De tps en tps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Je me déteste Je ne m'aime pas Je m'aime bien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Tout ce qui ne va pas est de ma faute Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Je ne pense pas à me tuer Je pense à me tuer, mais je ne le ferais pas Je veux me tuer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	J'ai envie de pleurer tous les jours J'ai souvent envie de pleurer J'ai envie de pleurer de temps en temps	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse/travaille Il y a souvent quelque chose qui me tracasse/travaille Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse/travaille	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	J'aime bien être avec les autres Souvent, je n'aime pas être avec les autres Je ne veux jamais être avec les autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses Je me décide facilement entre plusieurs choses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Je me trouve bien physiquement Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique Je me trouve laid(e)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs Ca ne me pose pas de problème pour faire mes devoirs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	J'ai toujours du mal à dormir le soir J'ai souvent du mal à dormir le soir Je dors plutôt bien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- | | | |
|----|---|--|
| 17 | Je suis fatigué de temps en temps
Je suis souvent fatigué(e)
Je suis toujours fatigué(e) | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 18 | La plupart du temps je n'ai pas envie de manger
Souvent je n'ai pas envie de manger
J'ai plutôt bon appétit | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 19 | Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part
Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part
Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 20 | Je ne me sens pas seul(e)
Je me sens souvent seul(e)
Je me sens toujours seul(e) | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 21 | Je ne m'amuse jamais à l'école
Je m'amuse rarement à l'école
Je m'amuse souvent à l'école | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 22 | J'ai beaucoup d'amis
J'ai quelques amis, mais je voudrais en avoir plus
Je n'ai aucun ami | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 23 | Mes résultats scolaires sont bons
Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant
J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 24 | Je ne fais jamais aussi bien que les autres
Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux
Je ne fais ni mieux, ni plu mal que les autres | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 25 | Personne ne m'aime vraiment
Je me demande si quelqu'un m'aime
Je suis sûr que quelqu'un m'aime | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 26 | Je fais généralement ce qu'on me dit
La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit
Je ne fais jamais ce qu'on me dit | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 27 | Je m'entends bien avec les autres
Je me bagarre souvent
Je me bagarre tout le temps | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

Merci d'avoir rempli ce questionnaire

VSP-A

Ce questionnaire, construit à partir de l'opinion d'adolescents, vise à évaluer les conséquences de votre santé sur votre vie de tous les jours.

Merci de bien vouloir répondre à chaque question en cochant la case qui correspond le plus à ce que vous avez pensé ou ressenti **au cours de ces 4 dernières semaines**. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Si certaines questions ne vous concernent pas, n'y répondez pas mais entourez le numéro de la question.

Merci de votre participation!

Date de remplissage du questionnaire :

Durant les 4 dernières semaines, vous avez pu :

		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
1	vous retrouver en bande avec vos copains, vos copines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	sortir (aller en ville, faire des achats, aller à la piscine, au cinéma...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	discuter avec vos copains, vos copines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	vous confier, parler de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	vous exprimer librement, donner votre avis à vos copains, vos copines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	vous confier, parler de vos problèmes avec vos parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	vous exprimer librement, donner votre avis à vos parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant les 4 dernières semaines,

		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
8	êtes-vous allé(e) chez vos copains, vos copines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	êtes-vous allé(e) jouer dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant les 4 dernières semaines, avez-vous été :

		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
10	inquiet(e), soucieux(se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	triste, déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	stressé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	facilement découragé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	angoissé(e) ou eu peur en pensant à l'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	content(e), satisfait(e) de votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	compris(e), rassuré(e) par vos copains, vos copines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	satisfait(e) de votre vie sentimentale avec votre petit(e) ami(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant les 4 dernières semaines, avez-vous été :

		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
20	compris(e), rassuré(e) par vos parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	content(e) de vos résultats scolaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	aidé(e) par vos professeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	compris(e) par vos professeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	accepté(e), respecté(e) par vos professeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant les 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) :

		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
25	complexé(e) par votre physique, par votre apparence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	trop gros(se) ou trop maigre, trop grand(e) ou trop petit(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant les 4 dernières semaines,

		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
27	avez-vous manqué d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	avez-vous été en bonne forme physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	vous êtes-vous senti(e) faible, fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	vos parents vous ont-ils donné des conseils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant les 4 dernières semaines, avez-vous eu :

		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
31	le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	tendance à prendre la vie du bon côté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	l'impression que tout allait bien autour de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	confiance en vous, été sûr(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	de bons résultats au collège, au lycée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	des douleurs, mal quelque part ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant les 4 dernières semaines, avez-vous :

		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
37	été entouré(e), aidé(ee) par le personnel soignant (médecin, infirmière, psychologue...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	été compris(e), rassuré(e) par le personnel soignant (médecin, infirmière, psychologue...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	été respecté(e) par le personnel soignant (médecin, infirmière, psychologue...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

