

LES ENFANTS AVEC UN DEVELOPPEMENT ATYPIQUE DU GENRE

Louise Newman

Edition en français

Traduction : Sevan Minassian

Sous la direction de : Priscille Gérardin

Avec le soutien de la SFPEADA



Boy with Doll
par Aleksandr
Vladimirovich
Makovsky
(1869-1924)

Louise Newman AM, BA (Hons), MB BS (Hons), PhD, FRANZCP

Professor, Centre for Developmental Psychiatry and Psychology, Monash Medical Centre, Clayton, Victoria, Australia

Conflict of interest: none declared

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée: Newman L. Children with atypical gender development. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

La dysphorie de genre, le sentiment de malaise en lien avec le sexe biologique et le rôle attribué par le genre peuvent se présenter chez les enfants à partir de l'âge de 2 ans. Certains enfants peuvent exprimer du mécontentement vis-à-vis de leur genre et, souvent, le désir de changer de sexe. Cela peut avoir un impact significatif sur le développement global de l'enfant ainsi que sur le fonctionnement de la famille. Les familles varient dans leurs réponses aux préférences transgenres de l'enfant ou des questions de genre, certains d'entre eux montrant de l'acceptation et de la tolérance alors que d'autres expriment de l'anxiété et un désir de résoudre cette question. Il existe peu de données disponibles concernant la prévalence de cette condition chez les enfants et il y a un débat en cours sur la meilleure approche clinique à adopter. La base de données sur le traitement des enfants est limitée et les questions éthiques qui la sous-tendent s'avèrent complexes. Il est essentiel, lorsqu'on se retrouve confronté à des enfants ayant des problèmes de genre, d'essayer de comprendre les idées de la famille et les attentes autour des différences sexuelles et le comportement de genre approprié, et la façon dont ces idées influent sur leur relation avec leur enfant. L'enfant avec un développement de genre atypique fait non seulement face au dilemme du manque de congruence entre le corps et l'identification psychologique à son genre, mais aussi à l'anxiété que cette question suscite souvent chez les parents. Soutenir les enfants avec une variabilité de genre implique une consultation familiale, un travail individuel avec l'enfant et de porter attention au milieu scolaire. L'utilisation de traitements hormonaux au moment de la puberté reste controversée, mais peut soulager la détresse chez certains enfants atteints de dysphorie de genre et appuyer les interventions psychologiques.

CONCEPTS DE SEXE ET DE GENRE

Le sexe anatomique d'un petit enfant, ainsi que les propres idées et valeurs des parents sur le genre et les comportements, sont des aspects cruciaux de la parentalité précoce. Les parents ont un éventail d'opinions sur le genre qui influent sur les interactions entre le petit enfant et les attentes des parents. L'identité de genre ou le sentiment d'être un homme ou une femme est le résultat final de facteurs biologiques et psychosociaux. Les théories du développement de la petite enfance ont eu tendance à se concentrer sur les *différences de sexe*, par opposition au *développement du genre*. Plus récemment, les intérêts se sont tournés vers la compréhension des interactions complexes entre la biologie et les expériences sociales ou culturelles qui sont impliquées dans la création de genre.

Les concepts de sexe et de genre illustrent les tensions entre la biologie et la culture, et les modèles de développement anciens et nouveaux. Dans les anciens modèles, le sexe est généralement vu comme une influence génétique et innée, et entraîne des différences psychologiques ou sociales chez les mâles et les femelles, ainsi que les rôles de genre. Les théories contemporaines soulignent que la biologie interagit toujours avec l'environnement. Les différences biologiques de sexe sont influencées par la culture et la langue ainsi que les attentes sociales différenciées envers l'homme et la femme et des rôles assignés aux genres. Les attentes culturelles influencent également la parentalité et les premières interactions avec les enfants de sexe masculin et féminin.

Sexe biologique et développement de l'enfant

La majorité des nouveau-nés sont désignés soit garçon, soit fille à la

Définitions

Les théories contemporaines distinguent le sexe et le genre

- **Le sexe** fait référence aux catégories anatomiques et biologiques (génétiques et hormonaux) de sexe masculin et féminin, mais la biologie elle-même est complexe et sujette à interprétation. Dans la nature, il peut exister plus de deux sexes ou tout au plus une variabilité entre les caractéristiques sexuelles mâles et femelles
- **Le genre** se réfère à un modèle socioculturel dominant et définit les attentes sociales vis à vis de la masculinité et de la féminité. Ces attentes comprennent les modèles socioculturels de la personnalité, les attitudes et les comportements qui sont considérés comme assignés à chaque sexe. Le genre se réfère aussi à la performance sociale indicative d'une identité sexuelle interne - et vers l'extérieur, à savoir le comportement de la masculinité ou de la féminité tels qu'ils sont définis socialement
- **L'identité de genre** est un mélange complexe de la biologie, de la socialisation, de l'identification psychologique et de la sexualité. Il renvoie au sentiment qu'a l'individu de lui-même ou elle-même comme un homme ou une femme biologique, psychologique et social(e). Des débats sont toujours en cours sur la base neurobiologique de l'identité sexuelle
- **Le rôle de genre** fait référence aux comportements, attitudes et traits de personnalité désignés socio-culturellement comme masculins ou féminins. Le rôle des sexes est incorporé dans le moi comme un ensemble de comportements, d'attitudes et de traits de personnalité désignés socio-culturellement comme masculins ou féminins. Chez les enfants, il est mesuré par des variables telles que la préférence de s'associer avec des pairs du même sexe, l'imagination, le rôle dans les jeux et les types de jeu. Une controverse en cours sur l'influence des variables biologiques tels que les hormones sexuelles prénatales sur les comportements observables assignés au rôle pour chaque genre.
- **L'orientation sexuelle** est définie par la réponse aux stimuli sexuels alors que l'identité sexuelle se réfère à la définition de soi en termes de préférences sexuelles. L'orientation sexuelle émerge après la puberté, mais n'est pas nécessairement en harmonie avec l'identité sexuelle. Par exemple, il est possible pour un homme d'être principalement stimulé par des stimuli homosexuels tout en ayant une identité de genre de lui-même comme hétérosexuel.

naissance - ou pendant la grossesse par le biais de l'utilisation de la technologie des ultrasons. Biologiquement, le sexe a des implications profondes dans le développement du nourrisson pour des raisons complexes. D'abord, il y a des preuves croissantes concernant la différenciation de cerveau entre mâle et femelle, bien que la manière dont cela influence directement les différences de genre observables dans le comportement et le fonctionnement psychologique n'est pas clair. Deuxièmement, les caregivers ont leurs propres corpus de croyances et d'attentes concernant les nourrissons mâles et femelles, qui influencent leurs perceptions et leurs interactions avec leur petit enfant. Enfin, les différents groupes sociaux et culturels ont des attentes complexes et variables qui définissent les comportements appropriés, les attributs de la personnalité et des rôles sociaux. Ces définitions changent avec le temps. Par exemple, dans la culture occidentale, il y a eu un changement important dans les rôles de genre avec des limites moins

claires entre rôles masculins et féminins. Les nourrissons développent un sentiment de l'identité de genre ou une définition de soi comme homme ou femme dans les 2-3 premières années de vie, et cela est influencé par des facteurs biologiques, psychologiques et socio-culturels. Des débats persistent sur la relative importance de ces facteurs dans la production de différences observables entre les mâles et les femelles, mais il est clair que les différences sont évidentes dès la petite enfance.

Troubles du développement sexuel

Les écarts dans les stades normaux de différenciation sexuelle peuvent entraîner de soi-disant troubles du développement sexuel avec une perturbation des structures sexuelles internes ou externes. Il existe une variété de conditions, certaines avec des organes génitaux externes inhabituels, et d'autres avec des structures internes sexuelles mal développées. Certains nouveau-nés ont des *organes génitaux ambigus*, le plus souvent dus à la masculinisation des organes génitaux externes d'un nourrisson de sexe féminin résultant de l'exposition aux hormones mâles dans l'utérus où un excès d'androgènes est produit par la glande adrénaline (i.e., l'hyperplasie congénitale des surrénales). D'autres conditions incluent les troubles ovo-testiculaires de développement sexuel et le syndrome d'insensibilité totale aux androgènes - une condition où un nourrisson 46, XY a des organes génitaux externes féminins. La question clinique en rapport avec les troubles du développement sexuels est de savoir comment peut-on décider du sexe qui devra être attribué au petit enfant. Money et Ehrhardt (1968) ont étudié l'éducation des enfants présentant des troubles du développement sexuel dans les années 1950 et ont conclu que le sexe de l'éducation était le facteur le plus important dans la production d'un résultat «réussi» en tant qu'homme ou femme. Ils ont également déclaré que toute tentative de changer de sexe après l'âge de 2 ans et demi n'était pas susceptible d'être couronnée de succès. Plus récemment, cela a été contesté par le concept de «brain set» et les facteurs biologiques qui sous-tendent l'identité de genre.

Signification des différences culturelles

L'explication de ces différences culturelles est qu'elles soulèvent la possibilité d'autres modèles de la relation entre sexe et genre et suggèrent qu'il n'y a pas de relation fixe entre le corps, l'identification psychologique et les manifestations sociales de genre. Il a également été contesté que le contexte culturel détermine si la variation de genre est considérée comme *un trouble* nécessitant un traitement ou une variation comprise et tolérée. Pour le clinicien, il est important que l'adoption d'un modèle occidental et la formulation de l'identité de genre et le développement n'excluent pas une compréhension d'autres systèmes alternatifs, et un modèle normatif particulier de développement de genre n'est pas strictement imposé sur les enfants et les familles qui cherchent à comprendre la variation de genre.

Il est clair que, si la variabilité de genre est perçue ou non comme un trouble mental, elle est fortement influencée par les attentes culturelles de comportement de genre. Ce qui est vu dans une culture comme problématique peut ne pas être vu de la même manière par une autre culture. Ce qui est important est de savoir si les préoccupations au sujet des attitudes de genre ont un effet sur les relations et le fonctionnement social du petit enfant.

Mary

Mary, âgée de 2 ans, est née avec de multiples anomalies pelviennes, y compris une imperforation de l'anus, des organes génitaux externes ambigus avec une agénésie du pénis, et des anomalies des voies urinaires. L'examen des chromosomes a montré que la jeune fille était 46, XY et une échographie a montré une cryptorchidie interne. Mary nécessitait une chirurgie d'urgence de l'appareil urinaire et de l'intestin et il a été décidé qu'elle aurait à l'avenir une chirurgie des organes génitaux. A l'âge de deux ans, Marie est une enfant sûre avec l'apparence féminine qui bénéficie "jeux typique pour les filles" mais aussi d'activités "agitées et chahutées". Bien qu'il existe des preuves que les cerveaux mâles et femelles se développent différemment in utero, la socialisation a une influence très importante sur l'identité de genre.

PRESENTATIONS CLINIQUES

Il n'existe pas de données fiables pour estimer l'incidence de la dysphorie de genre et trouble de l'identité de genre (GID) dans la population générale. Dans les pays développés occidentaux, les garçons sont éligibles pour un traitement plus souvent que les filles (ratio de 5:1), mais il n'est pas acquis que cela soit le résultat d'une meilleure tolérance des variables de comportement dus au genre chez les jeunes filles, et en corollaire une anxiété sociale vis-à-vis des soi-disant garçons efféminés. Des études longitudinales suggèrent que la totalité des dysphories de genre dans l'enfance n'est pas associée avec un devenir transsexuel (Zucker, 1995), et les discussions ont toujours cours afin de déterminer la relation des dysphories de genre dans l'enfance avec l'identification transgenre et la transsexualité à l'adolescence et l'âge adulte. Il est possible qu'il y ait plusieurs voies de développement de l'identification croisée des genres dans l'enfance et que ce ne soit pas un processus unitaire. Telles que décrites ci-dessous, les théories neurobiologiques ont tendance à considérer le genre comme un résultat du fonctionnement du cerveau, tandis que les théories psychologiques ont mis l'accent sur le développement précoce de l'identité dans le contexte des relations d'attachement et considèrent que les questions de genre se posent dans ce contexte.

Quel que soit l'étiologie, les enfants atteints de dysphorie de genre présentent une gamme d'imaginaire et de comportements et montrent une préférence pour les jeux, les activités et les vêtements généralement attribués au sexe opposé. Les jeunes garçons de 2-3 ans peuvent être intéressés par des vêtements de femme et être très attentifs aux détails des comportements, du maniérisme et de la mode féminine. Certains de ces petits garçons peuvent montrer une nette préférence pour les jeux avec les filles et préfèrent les jeux de poupée et d'intérieur.

Ils s'identifient à des personnages féminins dans les histoires et les films et préfèrent les personnages du type de Cendrillon ou Blanche-Neige. Ils montrent peu d'intérêt pour les activités habituellement assignés aux garçons, les jeux de chahut. Ce type de jeu est généralement persistant et difficile à décourager. Les garçons plus âgés peuvent faire des déclarations plus directes concernant leur désir d'être une fille ou les expériences visant à « vraiment être » une fille dans un corps de garçon. La majorité de ces garçons sont conscients de leur sexe anatomique mais estiment qu'il est incorrect ou erroné et certains développent une aversion marquée pour leurs organes génitaux, tentant de les cacher.

Chez les filles avec GID les problèmes présentés sont très similaires, avec des jeunes filles adoptant les activités et les comportements masculins et exprimant souvent la croyance qu'elles vont développer un pénis dans le futur. À l'école, elles préfèrent jouer avec les garçons et peuvent insister sur le fait d'aller dans les douches pour garçons et de porter des vêtements asexués ou pour garçons. Elles éprouvent de la détresse si elles sont amenées à porter des vêtements de filles ou à participer à des activités (des jeux) de filles.

Manifestement, ces expériences peuvent être source de confusion et s'avérer pénible pour l'enfant qui a immédiatement le sentiment d'être différents de ses pairs. Les jeunes enfants pourraient exprimer leur désarroi ouvertement, mais les taquineries ou l'intimidation leur donnent l'impression d'un secret qui pourrait être potentiellement dangereux s'il était révélé. Lorsque certains enfants se confient aux parents et à la famille, les familles elles-mêmes sont souvent dépourvues par le

problème soulevé par leur enfant et peuvent également éprouver de l'anxiété sur la façon dont la famille élargie et la communauté pourrait réagir.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de GID reste controversé, bien que les deux DSM- IV et CIM-10 incluent ce diagnostic. Les critères du DSM-IV se réfèrent à une forte identification avec la préférence pour le rôle caractéristique de l'autre sexe entre hommes et femmes (tableau H.4.1), tandis que la CIM-10 a des critères différents pour les filles et pour les garçons. La révision de **DSM-IV** actuellement en cours se propose de changer le nom de «trouble de l'identité de genre » pour « non-congruence de genre » parce que ce dernier est considéré comme un terme descriptif qui reflète mieux la non-congruence entre l'identité que l'on éprouve ou exprime et comment peut-on être amené à vivre avec le genre qui nous est attribué. La

Table H.4.1 Les critères diagnostiques du DSM IV pour le trouble de l'identité de genre

A.	<p>Identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concernant pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe). Chez les enfants, la perturbation se manifeste par 4 (ou plus) des critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exprime de façon répétée le désir d'appartenir à l'autre sexe ou affirme qu'il (ou elle) en fait partie; 2. Chez les garçons, préférence pour les vêtements féminins ou un attirail d'objets permettant de mimer la féminité; chez les filles, insistance pour porter des vêtements typiquement masculins; 3. Préférence marquée et persistante pour les rôles dévolus à l'autre sexe au cours des jeux de "faire semblant" ou fantaisies imaginatives persistantes d'appartenir à l'autre sexe; 4. Désir intense de participer aux jeux et aux passe-temps typiquement de l'autre sexe; 5. Préférence marquée pour les compagnons de jeu appartenant à l'autre sexe. <p>Chez les adolescents et les adultes, la perturbation se manifeste par des symptômes tels que l'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe, l'adoption fréquente des conduites où on se fait passer pour l'autre sexe, un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe, ou la conviction qu'il (ou elle) possède les sentiments et réactions typiques de l'autre sexe.</p>
B.	<p>Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante.</p> <p>Chez les enfants la perturbation se manifeste par l'un ou l'autre des éléments suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez le garçon, assertion que son pénis ou ses testicules sont dégoûtants ou vont disparaître, ou qu'il vaudrait mieux ne pas avoir de pénis, ou aversion envers les jeux brutaux et rejet des jouets, jeux et activités typiques d'un garçon • Chez la fille, refus d'uriner en position assise, assertion qu'elle a un pénis ou que celui-ci va pousser, qu'elle ne veut pas avoir de seins ni de règles, ou aversion marquée envers les vêtements conventionnellement féminins. <p>Chez les adolescents et les adultes, l'affection se manifeste par des symptômes tels que : vouloir se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires (p. ex. demande de traitement hormonal, demande d'intervention chirurgicale ou d'autres procédés afin de ressembler à l'autre sexe par une modification de ses caractères sexuels apparents), ou penser que son sexe de naissance n'est pas le bon.</p>
C.	<p>L'affection n'est pas concomitante à un trouble physique responsable d'une forme de développement sexuel</p>

révision propose également de mettre l'accent sur la « non-congruence de genre », par contraste avec l'identification transgenre, dans les critères diagnostiques.

Diagnostic différentiel

Chez les jeunes enfants de 2,5-3,5 ans environ, le genre devient une part de la définition de soi et du monde social. L'enfant peut s'étiqueter soi-même et étiqueter ses pairs à 28 mois environ (Fagot, 1995) et cela est lié au développement de la préférence au jeu avec le même sexe. En matière de développement typique, le genre devient partie intégrante d'un concept de soi positif. Avant cela, il est courant pour les jeunes enfants d'exprimer la volonté d'être *tous les sexes* et d'avoir les caractéristiques des deux genres. Un petit garçon, par exemple, voudra peut-être donner naissance ou voir ses seins se développer et rester un garçon, et une fille souhaitera peut-être se voir pousser un pénis. Le désir d'être des deux sexes est généralement abandonné mais peut être accompagné par de la colère et de l'envie. Cela ne devrait pas être considéré comme un GID, qui consiste à souhaiter être du sexe opposé et au fait d'avoir une aversion pour le sexe assigné.

Il est également important d'examiner le contexte du développement de l'intérêt et du souhait pour l'autre genre, même si les désirs transitoires peuvent survenir dans le cadre de l'anxiété, d'autant plus que cela se rapporte à la mère comme principale figure d'attachement. Dans certains cas, l'enfant peut être anxieux quant à la disponibilité de la mère et chercher du réconfort en adoptant un rôle féminin, dans d'autres cas, l'enfant peut être anxieux de l'acceptation de son sexe par la mère. Cela peut se produire par exemple si la mère a vécu un traumatisme ou une agression par un personnage masculin. Ces dynamiques peuvent avoir un impact sur l'expérience du genre chez l'enfant et peuvent représenter des questions non résolues relatives au genre et à la sexualité dans l'esprit des parents. Il est significatif que des études constatent une association entre le GID et la dépression, ainsi que l'anxiété maternelle, lors des trois premières années de vie de l'enfant (Zucker, 1995).

L'évaluation de l'enfant et de la famille devrait également examiner la compréhension culturelle et familiale des comportements et des attitudes envers la non-conformité des genres. Certaines familles réagissent avec anxiété si un garçon montre des intérêts typiquement féminins, ce qui peut se rapporter à une anxiété sous-jacente relative à une homosexualité potentielle. Il y a une variation culturelle dans la tolérance pour le comportement vis-à-vis du changement de sexe qui influe à la fois sur la réaction de la famille et la présentation pour un traitement (Newman, 2002).

Les théories de développement atypique du genre

Il est probable qu'il existe plusieurs voies de développement de la GID dans l'enfance et que tous les GID de l'enfance ne sont pas liés à la transsexualité à l'âge adulte. Les modèles psychologiques et biologiques du trouble ont tous deux été proposées et ceux-ci pourraient bien être décrits comme des troubles quelques peu différents. Les théories biologiques ont mis l'accent sur les processus de différenciation sexuelle du cerveau comme homme ou femme et l'influence de l'exposition pré- et péri-natale aux hormones sexuelles. Un décalage entre la différenciation des organes génitaux et la différenciation sexuelle du cerveau sous-tendrait ainsi la transsexualité, présidant vraisemblablement à l'apparition précoce



Cliquez sur l'image pour accéder à Mermaids, un site anglais qui fournit des informations et une aide aux enfants et adolescents ayant des troubles de l'identité du genre

de l'identification à l'autre sexe.

D'autres modèles ont examiné les dysmorphies des noyaux cérébraux sexuels dans l'hypothalamus et ont émis l'hypothèse d'une influence de celles-ci sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Des études à faible effectif du cerveau des transsexuels « hommes/femmes en devenir » ont signalé de petits volumes au sein des structures féminines typiques (Zhou et al, 1995) et l'inverse a été constaté dans un cas de « femme/homme en devenir ». Ces résultats, malgré leur intérêt évident, ne peuvent pas être considérées comme une confirmation directe des mécanismes possibles de cette différenciation.

Les théories psychologiques actuelles s'intéressent aux vulnérabilités dans le processus de développement du GID ainsi que les facteurs de la parentalité et de l'attachement qui peuvent façonner le développement de la dysphorie de genre. Coates et Person (1985) décrivent les garçons GID comme ayant un tempérament anxieux et une vulnérabilité à la séparation, ainsi que la place d'un traumatisme fréquemment retrouvé dans sa relation avec sa mère dans la petite enfance, y compris une dépression maternelle, l'éclatement des familles ou la survenue de conflits. Ils proposent l'hypothèse selon laquelle l'enfant éprouve de l'angoisse de séparation et s'identifie à la mère pour éviter de la perdre. Zucker (1995) affirme également que les enfants GLD peuvent être prédisposés à l'anxiété et que cela est exacerbé dans le contexte d'une relation d'attachement insécure. Ils notent que certaines familles peuvent renforcer les comportements et les intérêts propres au genre opposé, et certains aspects particuliers des questions de genre des parents influencent leur réponse à l'enfant. Par exemple, les mères ayant des problèmes liés à la masculinité et à leur perception de l'agressivité masculine peuvent être moins gratifiantes vis-à-vis des comportements masculins typiques. Les pères dans certaines familles ont été décrites comme distantes et incapables de fournir des modèles masculins positifs pour les garçons avec GID.

Plusieurs études ont montré des taux élevés de troubles psychologiques chez les parents d'enfants atteints de GID y compris des troubles de personnalité, des dépressions du post-partum chez la mère et des indicateurs d'indisponibilité affective maternelle (Marantz & Coates, 1991). Ceux-ci, cependant, sont des facteurs très généraux associés à une gamme de problèmes d'attachement, d'indicateurs de santé ou de développement mental et ne peuvent pas être considérés comme fournissant un modèle spécifique du développement de la GID.

QUESTIONS D'ÉVALUATION

De plus en plus, les défis ont portés à la fois sur la notion de construction purement socio-culturelle de l'identité de genre et sur l'idée que le sexe biologique binaire détermine les aspects psychologiques du genre. Cette complexité croissante révèle la nécessité d'une compréhension bio-psycho-social qui puisse prendre en compte les interactions entre les facteurs biologiques et psychosociaux dans la médiation de l'identité de genre.

Dans la pratique clinique, lors de l'évaluation des enfants avec une dysphorie de genre et leurs familles, ces débats sont souvent un sujet de discussion. Les parents sont souvent axés sur le soutien de leur enfant et leur capacité à réagir d'une manière protectrice. Certains parents reprennent à leur compte le modèle biologique de l'étiologie et éprouvent de la difficulté lors de l'exploration d'autres

Table H.4.2 Questions en matière d'évaluation interculturelle de l'identité de genre

- Comment cette culture comprend-elle les différences entre hommes et femmes?
- Comment rendent-ils compte de l'évolution des individus mâles et femelles? Existe-t-il des différences entre les rôles «innée» ou «appris»?
- Tous les individus sont-ils mâle ou femelle, ou des positions alternatives sont-elles possibles?
- Que dit le contexte religieux / spirituel sur les rôles et les positions entre les genres? Existe-t-il des tabous contre la violation des rôles de genre et le changement de sexe?
- La culture sépare-t-elle les questions d'orientation sexuelle de celles du genre, ou la variation de genre est-elle désignée comme une homosexualité potentielle ?
- Quelles sont les attitudes culturelles envers l'homosexualité et la variation entre les genres?
- Est-ce que la culture a une place assignée pour les individus au genre variable?
- Quelles sont les attitudes existantes sur les procédures de changement de sexe et l'implication du système médical/ chirurgical vis-à-vis des interventions destinés au changement de genre ?

Michael

Michael est un garçon de 3 ans envoyé par son établissement scolaire pour évaluation au motif qu'il a une identification et des comportements clairement transgenres. La famille de Michael est originaire de Thaïlande ; ils résident en Australie depuis 12 mois. Les parents sont des bouddhistes non anglophones et décrivent un système de croyance qui attribue une valeur positive à la transition de genre et accepte que certains enfants soient nés avec un "troisième genre". Les parents de Michael sont conscients qu'il est l'objet de moqueries à l'école maternelle et éprouve des difficultés avec ses pairs. La famille élargie compte plusieurs adultes transsexuels. Michael n'est pas découragé à avoir un comportement transgenre et l'école a eu du mal à discuter de ces questions avec les parents de Michael.

facteurs. Initialement, il est important d'explorer la compréhension particulière des sexes et les variabilités de genre par les familles et de voir dans quelle mesure cela pourrait être influencée par des systèmes de croyances culturelles. Le tableau H.4.2 répertorie les problèmes en matière d'évaluation interculturelle de la pratique clinique des GID.

Évaluation interculturelle

Un aspect important de l'évaluation de la dysphorie de genre dans des contextes multiculturels est le fait de pouvoir établir de la meilleure façon possible le modèle particulier de sexe-genre et de la déviance de genre intégrées par l'enfant et sa famille. La planification d'une intervention appropriée ne peut avoir lieu que lorsqu'on a une perspective de la compréhension des variations entre les sexes par la famille et comment cela pourra être géré dans le cadre culturel propre à cette famille. Il est également important que l'enfant soit pris en charge dans son contexte social global et par une gestion convenable de ce qui peut être perçu comme un «écart» culturel entre la famille et les valeurs sociales dominantes. Les exemples ci-contre illustrent certaines des complexités de l'évaluation interculturelle de GID.

Plusieurs problèmes et dilemmes ont émergés dans le cas de Michael :

- La famille de Michael doit-elle être encouragée à voir le développement de Michael comme perturbé et son identification de l'autre genre comme pathologique, même si elle ne les voit pas actuellement comme tel?
- Le milieu scolaire doit-il être celui qui décourage Michael d'exprimer

ses intérêts pour l'autre genre, même s'il peut les exprimer librement à la maison?

- Est-il possible de changer la compréhension de la famille de Michael sur l'identité de genre et une telle tentative est-elle éthique ?

Dans la pratique, une des clés du problème réside dans le travail à effectuer quant aux difficultés énoncées par Michael concernant ses relations avec ses pairs et le rendement scolaire. Indépendamment de l'acceptation de sa famille, Michael tente de s'adapter à un groupe de pairs et à la communauté dans laquelle son expérience est inhabituelle ; et sa position comme porteur d'une identité transgenre peut avoir des effets négatifs sur le cours de son développement.

Dans le cas de Sam, le prisme de la compréhension culturelle de sa famille amène celle-ci à présenter son comportement sexuel comme aberrant en comparaison à comportement masculin approprié. La préoccupation clinique immédiate est le degré d'hostilité dirigé envers Sam et la difficulté d'impliquer le père de Sam. Il peut être nécessaire d'associer (s'ils sont disponibles) des cliniciens culturellement représentatifs et d'encourager la participation de tous les membres de la famille aux premières négociations portant sur un cadre d'intervention. Il est important de reconnaître et de respecter les préoccupations de la famille sur le développement de Sam, et de contenir l'anxiété immédiate en offrant un soutien approprié et en faisant preuve de prudence lorsqu'il s'agit de «contester» la compréhension comme biologique du *trouble* de Sam par la famille.

Comme l'illustrent ces exemples, le contexte culturel influe à la fois sur la présentation et la compréhension de la dysphorie de genre et du comportement aberrant lié au genre.

Un comportement de genre non normatif peut, dans un contexte, être considéré comme non problématique (le cas de Michael), tandis que dans l'autre, il peut être défini comme un trouble (Sam).

Différentes cultures vont formuler des concepts de *trouble de genre* en fonction de différents modèles de sexe-genre et du développement de l'identité de genre. Ils varient également dans leur compréhension de la stabilité ou la fluidité de l'identité de genre et les degrés de transition entre les genres. Dans certains contextes, il sera possible d'adopter des positionnements de genres alternatifs ou supplémentaires.

Évaluation de l'enfant

L'évaluation d'un enfant avec des problèmes de genre doit faire la distinction entre un comportement transgenre (jouets, les préférences des jeux et des activités pour les pairs) et l'identification (déclaration d'identité, jeux de rôle ou d'imagination) et établir le degré de dysphorie ou de détresse. Tous les enfants n'expriment pas d'aversion envers leur propre corps ou un désir clair de changer leur corps, et certains enfants seront réticents à divulguer ces sentiments.

Une évaluation globale implique l'exploration de la compréhension du fonctionnement des parents, l'identité de genre de l'enfant et le développement global de l'enfant. Plusieurs instruments sont disponibles, y compris le Gender Identity Interview (Zucker, 1995) et le Gender Male Questionnaire (Ignatema & Cohen- Lettens , inédit). Pour les jeunes enfants, les instruments se concentrent sur la capacité à identifier les hommes et les femmes et la capacité de comprendre

Sam

Sam est un garçon de 4 ans issu d'une famille arabe qui s'inquiète que leur fils soit efféminé et « homosexuel ». Sam a quelques centres d'intérêt transgenre mais ne remplit pas les critères de la GID. La culture familiale véhicule une homophobie significative et des modèles rigides concernant les comportements assignés à chaque genre. Le père de Sam demande que Sam soit l'objet d'investigations hormonales et biologiques, étant persuadé que Sam a un trouble biologique. Il a déjà puni physiquement Sam pour son comportement.

la stabilité du genre. Le test dessine-une-personne peut fournir des informations qualitatives importantes concernant les concepts de genre de l'enfant (Rekers et al, 1990).

QUESTIONS D'INTERVENTION

Les approches thérapeutiques pour les enfants atteints de dysphorie de genre ou GID varient selon la compréhension théorique des troubles et des conclusions des évaluations. Coates (2006), par exemple, déclare qu'il y a probablement de multiples voies d'accès à la GID de l'enfance et que tous n'ont pas été correctement décrits dans la littérature. Le traitement doit être adapté aux besoins spécifiques de l'enfant et de la famille.

La gamme d'interventions comprend des approches basées sur des stratégies comportementales visant à réduire l'expression du comportement transgenre, et des approches psychanalytiques qui cherchent à explorer la fonction psychologique et le sens de l'identification transgenre. Des interventions psychosociales plus larges comprennent la psychoéducation et le soutien familial et les interventions en milieu scolaire. Il existe un débat en cours sur les finalités d'un traitement (et ce qui est effectivement traité), mais aussi une reconnaissance du fait que la *différence des genres* a un impact majeur sur le développement et de l'importance d'une intervention précoce.

Les approches comportementales dans les années 1970 et 1980 considéraient le GID comme la conséquence d'expériences d'apprentissage inappropriées et visait à renforcer les comportements et les compétences de genre. Les comportements transgenre étaient découragés et la famille était formée afin d'appliquer un renforcement des comportements typiques du genre telles qu'une posture de marche appropriée et des habiletés athlétiques chez les garçons. La relation avec le parent du même sexe était encouragée, ce dernier ayant pour rôle de fournir un modèle. Plusieurs questions se posent quant à ce type d'approche : l'aspect éthique des tentatives de contrôle, par le biais du comportement, d'une identité psychologique, la possibilité d'un impact négatif sur l'estime de soi, et l'accent mis sur le comportement externe, qui n'englobe pas les questions de développement plus élargies.

Des approches plus récentes combinent des stratégies comportementales avec une compréhension psychodynamique et travaillent avec la famille afin de soutenir le développement global de l'enfant.

Meyer-Bahlburg (1985) décrit son travail avec les parents dans le but de soutenir les relations père-fils, promouvoir des intérêts et des activités neutres et soutenir les relations de l'enfant avec ses pairs. Freedman et al (2011) se concentre moins sur le changement d'identité de genre de l'enfant que sur le traitement des questions de développement et le fonctionnement familial. Cela comprend, par exemple, le traitement de l'anxiété de séparation, l'attachement insécurisant et les symptômes dépressifs retrouvés couramment chez les garçons avec une GID (Coates et Person, 1985; Zucker, 1995).

Les hormones bloquent la puberté

L'utilisation de bloqueurs de puberté (gonadotrophines Releasing analogues de l'hormone, GnRH) permet la suppression réversible des « hormones



Cliquez sur l'image pour accéder à True Colours, un site australien pour les jeunes gens transsexuels

de la puberté » et les changements physiques associés à la puberté. La prise de décision se base largement sur des critères psychologiques, sur l'observation de la détresse et de la dépression qui peuvent accompagner le changement du corps pour les adolescents transgenres. La suppression de la puberté peut réduire l'anxiété immédiate et la détresse et soutient l'intervention et du suivi psychologique en cours.

Le guide de pratique clinique de la Société américaine d'endocrinologie (2009) recommande l'utilisation des analogues de la GnRH au plus tard aux étapes 2-3 de Tanner dans le but de supprimer la puberté chez les adolescents ayant un diagnostic clair de la GID et l'introduction du traitement hormonal sexuel à 16 ans.

Geddes (2008) souligne que certains enfants ne vont pas continuer à avoir des sentiments transgenres ou une identification transgenre à l'âge adulte, bien que la proportion de ceux qui reviennent à leur sexe d'origine n'est pas claire. Peu d'études ont exploré l'effet à long terme du retardement de la puberté chez ce groupe d'âge et la question de la capacité de prendre des décisions éclairées au sujet de cette question à l'âge de 12 ou 15 ans n'est pas évidente à trancher.

Le débat sur la stratégie de traitement la plus appropriée pour la GID est toujours en cours, en particulier en ce qui concerne l'utilisation du traitement hormonal précoce. Le protocole du British Royal College of Psychiatrists (1998) encourage l'utilisation (réversible) d'auto-inhibiteurs stéroïdiens lorsque cela est indiqué dans le but de réduire la détresse et d'augmenter la capacité d'un traitement psychiatrique. D'autres ont mis en garde contre l'utilisation des bloqueurs de puberté, arguant du fait que ces traitements auront un impact sur l'émergence de l'identité sexuelle, impliquant un nombre important d'adolescents en lutte avec leur homosexualité egodystonique (Korte et al, 2008). Il paraît également pertinent que l'évolution de la GID chez les enfants soit variable et malléable et que la progression vers un développement transsexuel peut être difficilement prévisible dans les cas individuels.

Pour les jeunes enfants, le travail avec les familles peut aider les parents et fournir des stratégies importantes pour aider l'enfant avec des problèmes de variabilité de genre afin de lui permettre de gérer les défis du développement en cours et plus largement de l'environnement social. Les approches groupales de soutien parental peuvent réduire efficacement l'isolement perçu.

Freedman et al (2011) soulignent l'importance de traiter le cycle de secret qui entoure les questions de genre et de permettre aux enfants et aux familles de tolérer l'incertitude dans le développement de l'identité de genre. La gestion clinique des enfants avec les questions de genre implique souvent des interventions psychologiques, sociales et biologiques dans une perspective intégrative.

Dans l'état actuel des connaissances, les interventions physiques sont utilisées avec précaution et exigent une évaluation complète des troubles. Fournir aux parents et aux familles un modèle de traitement clair, planifié et organisé est important et peut les aider à se confronter à la détresse de leur enfant, voire à l'améliorer.



Cliquez sur l'image pour accéder au site de la Gender Identity Research and Education Society (GIRE)

REFERENCES

- Coates S (2006). Developmental research of childhood gender identity disorder. In Fonagy P, Krause R, Leuzinger Bohleher M (eds) *Gender and Sexuality 150 Years after Freud*. London: International Psychoanalytic Association, p3-32.
- Coates SW, Person ES (1985). Extreme boyhood femininity: isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child & Psychiatry*, 24:702-709.
- Freedman D, Di Ceglie D, Money J (2011). *A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health*. Sterling, VA: Stylus Publishing LLC.
- Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2009). Endocrine treatment of transsexual persons. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 94: 3132-3154.
- Fagot J (1995). Psychosocial and cognitive determinants of early gender role development. *Annual Review of Sex Research*, 6:1-31.
- Geddes LA (2008). Delay puberty in transsexual teens. *New Scientist*, 13:8-9.
- Korte A, Lehmkuhl U, Goecker D et al (2008). Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105: 834-841.
- Marantz S, Coates S (1991). Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child & Psychiatry*, 30:310-315.
- Meyer-Bahlburg HF (1985). Gender identity disorder of childhood. Introduction. *Journal of the American Academy of Child & Psychiatry*, 24: 681-683.
- Money J, Ehrhardt AA (1968). *Man & Woman, Boy & Girl: Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Newman LK (2002). Sex, gender and culture: issues in the definition, assessment and treatment of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7:352-359.
- Rekers GA, Rosen AC, Morey SM (1990). Projective test findings for boys with gender disturbance: Draw-A-Person Test, IT scale and Make-A-Picture Story Test. *Perceptual & Motor Skills*, 71:771-779.
- The Royal College of Psychiatrists (1998). *Gender Identity Disorders in Children and Adolescents. Guidance for Management. Council Report CR63*.
- Zhou JN, Hofman MA, Gooren U et al (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378:68-70.
- Zucker NJ (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. London: Guilford Press,
-