

La prise en charge des enfants et adolescents transgenres : données de la littérature internationale révisée par les pairs et recommandations internationales, fantasmes, pratiques actuelles et enjeux éthiques réels

*Caring for transgender children and adolescents:
Data from peer-reviewed international literature and international recommendations,
fantasies, current practices and real ethical issues*

Agnès Condat ^(1,2), David Cohen ^(1,3)

1. Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH de La Pitié-Salpêtrière, AP-HP, SU, Paris
2. UR 14, «Santé et Droits sexuels reproductifs », Institut national d'études démographiques (Ined), Paris
3. CNRS UMR 7222 Institut des Systèmes Intelligents et Robotiques, Sorbonne Université, Paris

résumé

Depuis près d'une année, la communauté médicale est traversée par les débats sociétaux autour du genre, du sexe, de la procréation et des droits humains. Aussi les questions autour de la prise en charge médicale des enfants et adolescents transgenres viennent-elles très régulièrement sur le devant de la scène médiatique. Si la plupart des études cliniques menées depuis plus de 25 ans à l'international montrent des impacts positifs considérables des prises en charge médicales des adolescents sur leur devenir psychologique, soulignant l'innocuité relative des traitements, l'accompagnement psychodynamique n'en demeure pas moins essentiel, prenant en compte la singularité de chaque patient au fil des rencontres. Le temps long est parfois requis, parfois contre-indiqué en fonction de chaque situation clinique. Rappelons qu'il n'y a aucune prescription médicamenteuse avant la puberté, et pour les adolescents la durée moyenne entre la première consultation (pour laquelle ils ont attendu souvent un an) et une éventuelle prescription est en moyenne d'une année. Dans le contexte où la population des enfants et adolescents transgenre est particulièrement vulnérable, ne pas nuire n'est pas systématiquement s'abstenir de prescrire, chaque situation clinique devant être évaluée dans sa singularité avec précaution et discernement. Par-delà les opinions et les débats sociétaux, de réels enjeux éthiques sont à considérer, en particulier autour de la notion de consentement libre et éclairé chez l'enfant et l'adolescent, et les recherches doivent se poursuivre.

abstract

For nearly a year, the medical community has been crossed by societal debates around gender, sex, procreation, and human rights. Also questions around the medical care of transgender children and adolescents very regularly come to the fore in the media. If most of the clinical studies carried out for more than 25 years internationally show considerable positive impacts of the medical care of adolescents on their psychological future, emphasizing the relative safety of the treatments, the psychodynamic support remains essential, taking into account the uniqueness of each patient over the course of the meetings. Long time is sometimes required, sometimes contraindicated depending on each clinical situation. There are no drug prescriptions before puberty, and for adolescents the average time between the first consultation (for which they often waited a year) and a possible prescription is on average one year. As transgender children and adolescents are a particularly vulnerable population, doing no harm does not always mean refraining from prescribing, each clinical situation having to be assessed in its uniqueness with care and discernment. Beyond societal opinions and debates, real ethical issues must be considered, especially around the notion of free and informed consent in children and adolescents, and research must go on.

Introduction

Depuis près d'une année, la communauté médicale est traversée par les débats sociétaux autour du genre, du sexe, de la procréation et des droits humains. Aussi les questions autour de la prise en charge médicale des enfants et adolescents transgenres viennent-elles très régulièrement sur le devant de la scène médiatique, suscitant la mobilisation d'un certain nombre de collègues à l'origine de nombreux articles dans la presse généraliste pour exprimer leur opinion et demander l'interdiction de prescrire à des sujets mineurs des traitements hormonaux visant – dans le cadre d'une prise en charge globale – à suspendre l'évolution de leur puberté ou bien à engager une transition hormonale.

Il ressort de ces papiers rédigés et co-signés par des professionnels pour certains reconnus mais qui ne reçoivent pas ou exceptionnellement des enfants relevant de cette clinique, une angoisse majeure vis-à-vis de ces pratiques, une volonté de sensationnalisme médiatique, une méconnaissance de la cli-

nique de l'incongruence de genre (CIM11) ^[1] ou dysphorie de genre (DSM5) ^[2] et de la souffrance de certains jeunes concernés, une méconnaissance de la littérature médicale, scientifique et psychanalytique et la citation parcellaire limitée à un ou deux papiers et partisane de celle-ci, la méconnaissance des recommandations internationales, des recherches passées et en cours, des évolutions des pratiques et des réunions de concertation pluridisciplinaires existantes, enfin un raisonnement fondé sur une clinique basée sur le reportage télévisuel, des témoignages trouvés sur les réseaux sociaux et une pensée essentialiste.

Ces articles contiennent en outre régulièrement des propos qui plongent dans l'angoisse et la perplexité de nombreux parents et jeunes concernés, leur principale inquiétude étant de devoir interrompre un traitement en cours ou de devoir renoncer à un traitement attendu qu'ils s'imaginent déjà aller chercher à l'étranger ou bien *via* des réseaux parallèles hors système de soins. Cela est d'autant plus ennuyeux que les études montrent dans différents pays que ces enfants et adolescents qui se considèrent transgenres constituent une population particulièrement vulnérable essentiellement du fait d'une suicidalité élevée et des décrochages scolaires avec désocialisation fréquents ^[3-10].

Contexte historique autour des prises en charge médicales des transidentités chez l'enfant et l'adolescent à l'international et en France

Le début de la prise en charge des enfants et des adolescent-e-s transgenres dans le monde est marqué par

l'article *princeps* sur les jeunes enfants exprimant une incongruence de genre par John Money et Richard Green en 1960 ^[11]. Des consultations spécialisées pour enfants transgenres se sont ensuite développées progressivement avec comme point de départ le service d'endocrinologie pédiatrique du Johns Hopkins Hospital de Baltimore où exerçait John Money. Ont rapidement suivi : Robert Stoller avec Richard Green à Los Angeles, Kenneth Zucker à Toronto, Peggy Cohen-Kettenis et Henriette Delemarre-van de Waal à Amsterdam, Domenica Di Ceglie à Londres ^[12].

L'approche néerlandaise (dite « *Dutch approach* ») qui propose de bloquer la puberté chez les adolescents *lorsque celle-ci est déjà commencée*, cherche à donner du temps à l'adolescent, à sa famille et aux cliniciens pour élaborer et mieux définir son identité de genre. Elle fut conçue par Peggy Cohen-Kettenis et Henriette Delemarre-van de Waal et proposée aux jeunes adolescent-e-s transgenres depuis les années 1990 aux Pays-Bas ^[12, 13]. Il est ensuite possible, autour de l'âge de 14 ans minimum, généralement après 16 ans, d'initier un traitement de transition hormonale par estrogènes ou testostérone qui ne sera que partiellement réversible. Cette approche médicale a des impacts positifs considérables sur le devenir psychologique de ces adolescent-e-s, et plusieurs études ont été publiées, soulignant l'innocuité relative de la suspension de la puberté, dite « suppression de puberté » et des traitements hormonaux d'affirmation de genre ^[3, 14-38]. Ces modalités de prise en charge ont donc donné lieu à de nombreuses discussions à travers colloques et publications, depuis les années 1960 pour les traitements hormonaux d'affirmation de genre et depuis 1998 pour la suppression de puberté y compris sur le plan éthique ^[39-46].

Les équipes pédopsychiatriques françaises qui accompagnent actuellement les enfants et adolescent-e-s transgenres se sont constituées autour de 2013 à l'initiative de Colette Chiland pour les équipes parisiennes de La Pitié-Salpêtrière et de la Fondation Vallée et de Marie-France Le Heuzey pour l'équipe de pédopsychiatrie de Robert-Debré. Les équipes pédopsychiatriques de la Pitié-Salpêtrière et de la Fondation Vallée se sont formées à Toronto auprès de Kenneth Zucker, l'équipe d'endocrinologie pédiatrique de Robert-Debré à Amsterdam. Ces équipes ont travaillé d'emblée en prenant en compte les recommandations internationales de l'Endocrine Society ^[46], de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) ^[47], de l'EPATH (European Professional Association for Transgender Health) et de la UCSF (University of California, San Francisco) ^[48], les guidelines des sociétés savantes et les apports de la littérature internationale tout en gardant une approche clinique dans la tradition française. Ces équipes ont accepté par ailleurs un partenariat avec les associations de personnes concernées à l'initiative de celles-ci et conformément aux recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) ^[49]. Elles ont mis en place une activité de recherche clinique et d'enseignement, des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et un travail en réseau actif au plan national et international.

Sur le plan éthique, un séminaire multidisciplinaire d'éthique s'est tenu de 2015 à 2019 au sein du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié-Salpêtrière, co-animé par François Ansermet professeur de pédopsychiatrie, psychanalyste à l'École de la Cause Freudienne et membre du Conseil Consultatif National d'Éthique, Nouria Gründler psychanalyste à l'École de la

Cause Freudienne et Agnès Condat, pédopsychiatre, docteur en sciences cognitives et psychanalyste à l'Association Lacanienne Internationale ⁽⁵⁰⁾.

Données actuelles au sujet des enfants et adolescents transgenres

Le nombre de personnes transgenres en France n'a pas pu être évalué précisément à ce jour. Des études à l'étranger évaluent le pourcentage de personnes transgenres selon les publications à entre 1/12 000 à 1/37 000 femmes transgenres et 1/30 000 à 1/110 000 hommes transgenres ⁽³⁾ mais ces études sont réalisées à partir du nombre de personnes transgenres reçues dans les services spécialisés, ce qui correspond aux personnes qui d'une part souhaitent recourir à une transition médicale, d'autre part décident d'avoir recours à une consultation spécialisée. Les adolescents transgenres ont été estimés autour de 1,2 % dans deux grandes études portant sur respectivement 8 500 adolescents niveau lycée en Nouvelle-Zélande et 2 730 adolescents aux États-Unis ^(51,52). Les transidentités se ressentent souvent dès l'enfance, mais un début à l'adolescence n'est pas rare. D'après différentes études, le pourcentage d'enfants transgenres qui garderont une identification transgenre à l'adolescence se situe entre 10 et 39 % ^(53,54). En revanche, les études montrent qu'une identité trans* présente à l'adolescence est le plus souvent stable ^(3, 53, 55, 56).

Tous les auteurs s'accordent pour considérer que l'origine des transidentités est multifactorielle, avec des hypothèses biologiques, génétiques, mais aussi environnementales, voire sociétales, avec au centre le fonction-

nement psychique du sujet dans toute sa singularité ^(14, 57-59). La perspective psychanalytique reste particulièrement intéressante pour penser les transidentités, en particulier à partir des théories lacaniennes. En effet, si Lacan n'a pas été confronté de son vivant à la non-binarité de l'identité de genre, il a amené - dans un cadre binaire - une certaine désessentialisation du genre : énoncer être homme ou être femme était pour lui consentir à se faire représenter en tant que sujet par le signifiant « homme » ou par le signifiant « femme » ^(60, 61). On peut imaginer que les signifiants de genre peuvent également prendre la valeur de ce que Lacan appelait le trait unaire, ce qui permet aussi de comprendre les angoisses sociétales que peuvent générer leur déconstruction ⁽⁶²⁾. Enfin, il amène que le sujet se sent homme ou femme du réel de sa jouissance, des affects de son être et des modalités de son désir, ce qui corrobore une conception du genre ne pouvant se réduire ni à l'anatomie ni à l'acte de naissance, mais comme une trajectoire, une aventure, une expérience vivante et pour chacun, chacune jamais achevée ⁽⁶³⁻⁶⁵⁾. Actuellement certains analystes tentent de poursuivre dans un contexte où les identifications ne se limitent plus à la binarité féminin/masculin mais où ont émergé d'autres signifiants comme « neutre », « bigenre », « agenre », « fluide » et d'autres encore, abordant cette diversité des identités de genre comme une diversité des modalités de jouissance ⁽⁶⁶⁾. Une autre piste est de penser les transidentités comme une clinique de l'angoisse, cette angoisse pouvant surgir chez le sujet lorsque le vécu réel éprouvé du corps sexué vient effracter l'image du corps qui s'est développée depuis la petite enfance dans un genre différent du sexe porté sur l'acte de naissance ou bien dans une dimension asexuée ⁽⁶⁷⁾. Ainsi, s'affirmer transgenre peut être entendu en tant que tenta-

tive de discours, de re-nomination alors que le réel du corps vient faire trou dans l'imaginaire, pour un réaménagement du nouage entre les dimensions du Réel, de l'Imaginaire et du Symbolique ^(62, 68). Enfin, l'angoisse c'est aussi ne pas pouvoir se dire dans le lien social, faute de médiations incluant des identifications de genre trans* laissant cours aux variations de genre et à leurs franchissements ⁽⁶⁹⁾.

Les personnes transgenres ou en questionnement peuvent ainsi vivre au fil de leurs trajectoires des expériences de « crise subjective » et des expériences de « crise sociale », les unes alimentant les autres et *vice versa*. Les études internationales montrent que la population trans est particulièrement vulnérable, notamment dans le champ de la santé mentale. Ces études soulignent aussi une vulnérabilité sociale et des difficultés importantes dans l'accès aux soins.

Les enfants et adolescents transgenres ont ainsi un risque plus élevé de troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux (21 %), les troubles de l'humeur (12 à 64 %), d'où la fréquence élevée de comportement auto-agressif (jusqu'à 53 %) ou de tentative de suicide (de 22 à 43 % sur la vie entière et de 9 à 10 % sur l'année précédente ⁽⁷⁻¹⁰⁾). Il reste difficile de déterminer s'il s'agit de troubles simplement associés à la dysphorie de genre ou de troubles directement causés par elle, voire résultant des conséquences sociales des expériences transidentitaires.

L'étude prospective de Holt *et al.* portant sur 218 enfants et adolescents dysphoriques de genre d'âge moyen 14 ans ⁽⁷⁰⁾ retrouve des contextes de harcèlement chez 49,4 % des filles

trans* (nées garçons) et 45,3 % des garçons trans* (nées filles), des idéations suicidaires chez 38,3 % à part égale dans les deux sexes, des troubles du spectre autistique (TSA) chez 18,5 % des filles trans* et 10,2 % des garçons trans*, des troubles déficitaires de l'attention - hyperactivité (TDAH) chez 12,3 % des filles trans* et 5,8 % des garçons trans*, enfin beaucoup plus rarement, des troubles schizophréniques chez 3,7 % des filles trans* et 5,8 % des garçons trans*.

Des troubles psychiques en lien avec l'identité de genre trans* et son vécu peuvent conduire à un état dépressif, et inversement un état dépressif peut conduire à des interrogations plus générales sur l'identité. De même, pour les TSA, il est difficile de déterminer s'ils indiquent un diagnostic séparé ou si les troubles de la communication et du lien social sont en partie secondaires à la transidentité. Dans certains cas, la transidentité semble être un trait du TSA qui constitue alors une entité à part ⁽⁷¹⁾. Ces enfants et adolescents sont aussi particulièrement touchés par le harcèlement en milieu scolaire. Au sein de notre consultation à La Pitié-Salpêtrière, 56 % des enfants et adolescents accueillis ont été victimes de harcèlement en milieu scolaire et 41 % ont déjà décroché scolairement sur une durée d'au moins 3 mois.

Accompagnement médical des enfants et adolescents transgenres

Notre consultation de la Pitié-Salpêtrière a reçu et accompagné depuis 2013 environ deux cent cinquante enfants et adolescents de 3 à 20 ans. Ces jeunes sont reçus à La Pitié-Salpêtrière sur des durées d'accompagnement de plusieurs années,

certaines depuis huit ans à présent, et le réseau pluridisciplinaire que nous coordonnons et qui se réunit tous les mois a reçu plus de cinq cents enfants et adolescents, ce qui amène à une expérience clinique conséquente et chaque mois mise en commun par tous les professionnels engagés dans ces accompagnements en Île-de-France. Notre prise en charge repose sur ⁽¹⁾ l'observation clinique, la recherche clinique, à partir des discours des enfants et adolescents mais aussi en prenant en considération ceux de leurs familles, de nos collègues, de la société française en général, des équipes étrangères qui travaillent aussi dans ce champ depuis trente à soixante ans selon les pays ; ⁽²⁾ une analyse de la littérature française et internationale revue par les pairs, en médecine mais aussi en psychanalyse, en neurosciences, en éthique, en histoire, en philosophie, en sociologie et en droit, dont de nombreuses études cliniques internationales qui ont conduit à définir des recommandations internationales ; ⁽³⁾ une analyse éthique à partir du principlisme selon Beauchamp et Childress et appuyée sur le séminaire d'éthique médicale qui s'est tenu de 2015 à 2019 ; ⁽⁴⁾ une écoute de personnes concernées hors du cadre d'une relation thérapeutique, militants associatifs issus de différentes associations et collègues transgenres cliniciens ou chercheurs (psychiatres, psychologues, psychanalystes, sociologues, philosophes, juristes).

La richesse clinique mise en évidence au travers de notre pratique nous conduit à un abord clinique multidisciplinaire tenant compte des différentes dimensions pertinentes : génétique, hormonale, psychodynamique, développementale, familiale et sociale. Un éventuel trouble psychiatrique co-occurent est toujours recherché et le cas échéant sa prise en charge ne sera pas négligée.

Nous avons en premier le lieu le souci de proposer aux enfants et adolescents que nous recevons dans le cadre de notre consultation une écoute pluridisciplinaire de qualité, une information, puis un parcours de soins individualisé ainsi qu'un accompagnement de leur famille. Il s'agit d'accueillir le patient dans sa demande, d'accueillir encore sa famille, de les entendre dans ce qu'ils nous disent d'eux-mêmes, pour ouvrir à une réflexion intégrée et non pas rabattre les faits cliniques sur des critères diagnostiques ou des préjugés dogmatiques.

Face à la complexité de cette clinique et de par les enjeux éthiques, toutes les décisions thérapeutiques sont à la fois collégiales et pluridisciplinaires. Enfin, nous nous appuyons depuis 2013 sur une activité de recherche clinique et un réseau de partenariat actif sur le plan national et international. Ce partenariat a donné lieu en 2018 à une collaboration franco-néerlandaise avec la publication d'une revue de la littérature et d'un *guideline* pour la prise en charge et l'accompagnement pluridisciplinaire des enfants et adolescent-e-s transgenres dans l'*European Journal of Endocrinology*, journal de la Société Européenne d'Endocrinologie ⁽⁴⁶⁾.

Chez les enfants, avant la puberté, l'enjeu de la prise en charge est de favoriser le bon développement psychoaffectif global de l'enfant, lui permettre d'explorer librement son identité de genre avec la notion essentielle que l'identité n'est pas fixée et qu'elle peut évoluer, tout en évitant des stress traumatiques en lien avec le rejet que peut susciter l'expression de genre de l'enfant dans son environnement familial, scolaire et social ⁽⁴⁶⁾.

Quel que soit l'âge, une prise en charge individualisée doit pouvoir à la fois

proposer une écoute de la demande mais aussi une information de qualité, intégrer les parents ainsi que les partenaires scolaires et de santé locale, avec au centre de cette prise en charge un accompagnement familial et individuel à organiser au cas par cas. Si une psychothérapie individuelle est toujours proposée, l'offre de soins comprend aussi des groupes de parole enfants⁽⁷²⁾ des groupes de parole adolescents⁽⁷³⁾ et des groupes de parole parents, des consultations d'information en santé reproductive (notamment dans les Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme [Cecos], un accompagnement médical et endocrinologique pour l'ajustement des traitements hormonaux le cas échéant (de masculinisation, de féminisation à partir de 16 ans ou de bloqueur de puberté après que cette puberté a débuté), une information sur les groupes d'auto-support, associations de personnes concernées et associations de parents existants. Depuis 2015 se sont mises en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Actuellement, ces RCP mensuelles réunissent les praticiens de différentes équipes hospitalières et praticiens libéraux d'Île-de-France qui reçoivent enfants et adolescents manifestant une incongruence ou un questionnement de genre. La dimension pluridisciplinaire est assurée par la présence de psychiatres d'enfants et d'adolescents, de psychiatres d'adultes, de psychologues, de psychomotriciens, d'endocrinologues et d'endocrinologues pédiatres, de pédiatres, de biologistes de la reproduction, d'infirmiers, d'éthiciens, de juristes, des représentants d'associations de personnes concernées, et d'anthropologues. Ces réunions sont sollicitées pour des discussions avant toute décision à caractère d'hormonothérapie, pour avis clinique sur des situations particulières, et permettent le partage et la confrontation des

expériences vers une harmonisation des pratiques. La discussion d'une situation clinique en RCP requiert l'accord préalable de la personne concernée et de ses parents s'il s'agit d'un mineur. Le jeune ainsi que ses parents ont la possibilité de s'exprimer au cours de cette réunion à laquelle ils peuvent assister s'ils le souhaitent, ou bien adresser un courrier ou encore se faire représenter par un tiers de confiance.

L'accompagnement psychologique permet à l'enfant et/ou à l'adolescent d'explorer de façon individualisée son identité de genre, et de l'expérimenter. Le soutien psycho-social doit s'ajuster et correspondre au degré de maturité intellectuelle et affective afin que l'enfant soit associé aux décisions qui le concernent. Ce soutien doit inclure autant que possible les parents, notamment pour les aider à surmonter leur sentiment initial d'incompréhension, de perte de repères, d'impuissance ou parfois de deuil pour pouvoir prendre une décision réfléchie, éclairée par une information de qualité, à l'abri de l'urgence et des pressions sociales, sur les options thérapeutiques qu'ils auront à choisir avec et/ou au nom de leur enfant. Il s'agit encore de soutenir parents et enfants vis-à-vis du regard sociétal souvent stigmatisant. Une information la plus précise possible doit être apportée, et étayée par l'observation clinique et les données objectivées par la littérature internationale revue par les pairs. Également, doivent être données les informations autour des besoins de l'enfant, et sur les possibilités et les risques de chaque traitement envisagé, que ce soit un traitement psychothérapeutique, social ou médicamenteux. Il faut aborder les effets de certains traitements sur les possibilités chirurgicales futures qui peuvent être améliorées ou au contraire empêchées dans certains

cas, ainsi que les enjeux autour des possibilités de procréation future, notamment pour les risques concernant la fertilité et les possibilités de la préserver. Les questions juridiques enfin doivent être abordées et accompagnées (changement de prénom à l'état civil, changement de la mention du sexe à l'état civil, consentement aux traitements, etc.), tant dans leur dimension pratique que sur leurs effets réels, imaginaires et symboliques.

Outre ces points, l'un des objectifs d'un tel accompagnement porte sur la possibilité d'exposer les différents points de vue et les différentes manières de voir et de se voir, sans jugement, avec bienveillance, et en prenant la mesure de ses propres représentations, et interprétations.

La demande de l'enfant, la question de son consentement libre et éclairé

La question du consentement de l'enfant est centrale dans l'analyse éthique des soins proposés aux enfants et adolescents transgenres. Cette question s'est donc posée souvent dans notre pratique clinique depuis 2013 et a été particulièrement étudiée en concertation avec les juristes et les éthiciens de la RCP. La question du consentement des personnes mineures est vaste, mais on peut rappeler rapidement que, sur le plan juridique, selon l'article L1111-4 du code de la Santé publique modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 2 : Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste

cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Le consentement, mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle, doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Il est donc bien nécessaire de délivrer une information d'une part aux parents mais aussi au mineur en rapport avec son âge et de recueillir le cas échéant son consentement. Sur le plan de l'éthique médicale par ailleurs, nous référant au principlisme de Beauchamp et Childress⁽⁷⁴⁾, nous avons soulevé la question de l'autonomie de l'enfant ou de l'adolescent et la nécessité de déterminer sa capacité à donner son consentement⁽⁵⁰⁾. Deux articles traitent du consentement des adolescents au traitement hormonal d'affirmation de genre^(75,76) dont l'un, récent, propose une analyse éthique empirique et conclut au bien-fondé de reconnaître la capacité et le droit des mineurs dès 14 ans à donner leur

consentement à un traitement hormonal d'affirmation de genre⁽⁷⁶⁾.

Il est essentiel d'entendre la demande de l'enfant ou de l'adolescent d'une part et de chacun de ses parents d'autre part, puis d'accompagner un questionnement autour de cette demande. Aussi chacun est-il reçu séparément d'une part et en famille d'autre part. Les enfants, adolescents, comme les adultes quelquefois, peuvent être perméables aux discours qui les traversent, discours qui se soutiennent parfois de fantasmes individuels et/ou collectifs, mais l'enfant est aussi capable de penser par lui-même en rapport avec son développement. Pour donner une comparaison, ce n'est pas parce que les enfants ne sont pas en capacité de voter qu'ils ne sont pas en capacité de penser – par eux-mêmes et avec leurs parents – leur orientation scolaire. Il est par ailleurs bien évident qu'une décision de transition hormonale ni même simplement sociale ne se prend pas à la légère et mérite d'être interrogée, élaborée, pesée, avec l'enfant, avec sa famille, en équipe pluridisciplinaire. C'est le fondement des RCP que nous avons mises en place.

Conclusion

Les réponses proposées par les consultations qui participent à la RCP Enfants et Adolescents Transgenres et/ou en questionnement ne sont en rien univoques et reposent sur l'appréciation de la singularité de chaque patient au fil des rencontres. Le temps long est parfois requis, parfois contre-indiqué en fonction de chaque situation clinique. Rappelons qu'il n'y a aucune prescription médicamenteuse avant la puberté, et pour les adolescents la durée moyenne entre la première consultation (pour laquelle ils ont attendu souvent un an) et une éven-

tuelle prescription est en moyenne d'une année. Dans le contexte précédemment décrit, ne pas nuire n'est pas systématiquement s'abstenir de prescrire, chaque situation clinique doit être évaluée dans sa singularité avec précaution et discernement.

Cette clinique est en perpétuel questionnement. Malgré les conférences de consensus et les recommandations internationales, ces modes de prise en charge laissent encore *de nombreuses questions non résolues*, qui sont de plusieurs ordres, épidémiologiques, mécanistiques, thérapeutiques, éthiques : Quels sont les facteurs qui influencent l'évolution de ces enfants ou de ces adolescent-e-s vers une identité cis* ou une identité trans* à l'âge adulte ? Quels sont le lien et/ou l'impact sur le neurodéveloppement ? Quels sont les liens entre transidentités et troubles du spectre autistique qui semblent être retrouvés plus fréquemment dans cette population ? Quel est l'impact des projections sociétales négatives sur cette population et sur les troubles psychiatriques co-occurents ? Quel est l'impact des transitions sociales chez les enfants d'une part et chez les adolescent-e-s d'autre part ? Quel est l'impact au long cours du blocage pubertaire tant sur le plan métabolique (os) que d'un point de vue psychologique ? Quel est l'âge ou le stade pubertaire optimal pour bloquer la puberté ; quel est le moment optimal pour introduire les hormones du genre ressenti ? Quel est l'impact du blocage pubertaire sur les possibilités chirurgicales futures ainsi que sur les possibilités procréatives futures ? Comment prendre les décisions de manière éthique à un âge qui n'est pas celui de la procréation ? Quel est l'impact au long cours des hormones administrées sur les organes reproducteurs (sécrétion hormonale, fertilité, risque tumoral) ? Quel est le devenir à long terme des personnes prises en

charge tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte (morbidité, mortalité, insertion sociale et professionnelle, qualité de vie) ?

Toutes ces questions nécessitent par-delà les débats sociétaux, dans une approche pluridisciplinaire sereine et

dans l'échange avec les personnes concernées, de poursuivre l'organisation d'une filière cohérente pour le parcours de soins, une perspective développementale vie entière, la constitution de cohortes, le développement de la recherche en réseau aux niveaux national et international et un

suivi prospectif au long cours des personnes prises en charge. ■

Ce texte est issu d'un article plus complet actuellement soumis à Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence

Liens d'intérêts : aucun
?????

RÉFÉRENCES

- 11^e édition de la Classification Internationale statistique des Maladies et problèmes relatifs à la santé (CIM-11), Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/ World Health Organization (WHO). 2019, <https://icd.who.int/en>
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Éd.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*. 2013. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Khatchadourian K, Amed S & Metzger DL. *Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver*. *Journal of Pediatrics*. 2014; 164: 906-911.
- Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työljäärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015; 9: 9.
- de Vries ALC de, Doreleijers TAH, Steensma TD, & Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2011; 52: 1195–1202.
- de Graaf NM, Cohen-Kettenis PT, Carmichael P, de Vries ALC, Dhondt K, Laridaen J, Pauli D, Ball J, Steensma TD. Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2017.
- Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. (2015) Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2015; 15 : 525.
- Whittle S, Turner L, Combs R, Rhodes S. (2008) *Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. Brussels, Belgium: ILGA Europe. 2008; <http://tgeu.org/sites/default/files/eurostudy.pdf>.
- McNeil J, Bailey L, Ellis S, Morton J, Regan M (2012) *Trans Mental Health Study*. 2012; Edinburgh: Equality Network; 2012. http://www.scottishtrans.org/Uploads/Resources/trans_mh_study.pdf.
- Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. (2011) *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington, DC: National Center for Equality and National Gay and Lesbian Task Force. 2011. http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/ntds_full.pdf
- Green R & Money J. Incongruous gender role: nongenital manifestations in prepubertal boys. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1960; 131: 160-168.
- 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*. 2016; 64 : 7-15.
- Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, & Gooren LJG. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008; 5: 1892–1897.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2017; 102: 3869-3903.
- Schagen SEE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, & Hannema SE. Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Treatment to Suppress Puberty in Gender Dysphoric Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13: 1125–1132.
- Tack LJW, Craen M, Dhondt K, Vanden Bossche H, Laridaen J, & Cools M. Consecutive lynestrenol and cross-sex hormone treatment in biological female adolescents with gender dysphoria: a retrospective analysis. *Biology of Sex Differences*. 2016; 7: 14.
- Tack LJW, Heyse R, Craen M, Dhondt K, Bossche HV, Laridaen J, & Cools M. Consecutive Cyproterone Acetate and Estradiol Treatment in Late-Pubertal Transgender Female Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017; 14: 747–757.
- Klaver M, Mutsert R de, Wiepjes CM, Twisk JWR, Heijer M den, Rotteveel J, & Klink DT. Early Hormonal Treatment Affects Body Composition and Body Shape in Young Transgender Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018; 15: 251–260.
- Lynch MM, Khandheria MM, & III WJM. Retrospective Study of the Management of Childhood and Adolescent Gender Identity Disorder Using Medroxyprogesterone Acetate. *International Journal of Transgenderism*. 2015; 16: 201–208.
- Hannema SE, Schagen SEE, Cohen-Kettenis PT, & Delemarre-van de Waal HA. Efficacy and Safety of Pubertal Induction Using 17 β -Estradiol in Transgirls. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2017; 102: 2356–2363.
- Klink D, Caris M, Heijboer A, Trotsenburg M van, & Rotteveel J. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2015; 100: E270-275.
- Jarin J, Pine-Twaddell E, Trotman G, Stevens J, Conard LA, Tefera E, & Gomez-Lobo V. Cross-Sex Hormones and Metabolic Parameters in Adolescents With Gender Dysphoria. *Pediatrics*. 2017; 139. doi:10.1542/peds.2016-3173.
- Olson-Kennedy J, Okonta V, Clark LF, & Belzer M. Physiologic Response to Gender-Affirming Hormones Among Transgender Youth. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2017; doi:10.1016/j.jadohealth.2017.08.005
- Vlot MC, Klink DT, Heijer M den, Blankenstein MA, Rotteveel J, & Heijboer AC. Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*. 2017; 95: 11–19.
- Cohen-Kettenis PT, Schagen SEE, Steensma TD, Vries ALC de, & Delemarre-van de Waal HA. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*. 2011; 40: 843–847.
- Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, & Murad MH. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2017; 102: 3914–3923.
- Stanley K & Cooper J. Hormone Therapy and Venous Thromboembolism in a Transgender Adolescent. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. 2018; 40: e38–e40.
- Ramos G.G.F., Mengai A.C.S., Daltro C.A.T., Cutrim P.T., Zlotnik E. & Beck A.P.A. Systematic Review : Puberty suppression with GnRH analogues in adolescents with gender incongruity. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2020; <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01449-5>
- Matsumoto Y. Puberty Suppression for Adolescents with Gender Dysphoria: A Japanese Perspective. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2017. 119(1): 42-51.
- Van der Miesen A.I.R., Steensma T.D., de Vries A.L.C., Bos H., Popma A. Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care compared with Cisgender General Population Peers. *Journal of Adolescent Health*. 2020; 66:699-704.
- Mahfouda S., Moore J.K., Sifarikas A., Zepf F.D., Lin A. Puberty suppression in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017; 5:816-26.

RÉFÉRENCES

32. Panagiotakopoulos L., Chulani V., Koyama A., Childress K., Forcier M., Grimsby G. & Greenberg K. The effect of early pubertal suppression on treatment options and outcomes in transgender patients. *Nature Reviews Urology*. 2020; 17:626-636.
33. Rew L., Young C.C., Monge M., Bogucka R. Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth – a critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*. 2020; 26(1): 3-14.
34. Olson-Kennedy J., Chan Y.M., Garofalo R., Spack N., Chen D., Clark L., Ehrensaft D., Hidalgo M., Tishelman A., Rosenthal S. Impact of Early Medical Treatment for Transgender Youth: Protocol for the Longitudinal, Observational Trans Youth Care Study. *JMIR Res Protoc*. 2019; 8(7): e14434, doi: 10.2196/14434.
35. Abramowitz J. Hormone Therapy in Children and Adolescents. *Endocrinol Metab Clin N Am*. 2019; 48:331-339.
36. Shumer D.E., Nokoff N.J., Spack N.P. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*. 2016; 63:79-102.
37. Becker-Hebly I., Fahrenkrug S., Campion F., Richter-Appelt H., Schulte-Markwort M., Barkmann C. Psychological health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: a descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020; doi: 10.1007/s00787-020-01640-2.
38. Kuper L., Stewart S., Preston S., Lau M., Lopez X. Body Dissatisfaction and Mental Health Outcomes of Youth on Gender-Affirming Hormone Therapy. *Pediatrics*. 2020; 145(4):e20193006.
39. Smith MK & Mathews B. Treatment for gender dysphoria in children: the new legal, ethical and clinical landscape. *The Medical Journal of Australia*. 2015; 202: 102–104.
40. Abel BS. Hormone treatment of children and adolescents with gender dysphoria: an ethical analysis. *The Hastings Center Report*. 2014; 44 (Suppl 4): S23-27.
41. Kopelman LM. Using the best-interests standard in treatment decisions for young children. In: Miller G, editor. *Pediatric Bioethics*. New York, NY: Cambridge University Press. 2010; p. 22-37.
42. Diekema DS. Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2004; 25: 243–264.
43. Feinberg J. The Child's Right to an Open Future. In: Feinberg J. *Freedom & Fulfilment. Philosophical essays*. Princeton: Princeton University Press; 1992. p. 76-97.
44. Vrouenraets LJJ, Fredriks AM, Hannema SE, Cohen-Kettenis PT, & Vries MC de. Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2015; 57: 367–373. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.04.004.
45. Fisher C. Providing Puberty Suppression Treatment for Transgender Youth: What Constitutes Competence? *Am J Bioeth*. 2019; 19(7):68-69.
46. Martinierie L., Condat A., Bargiacchi A., Bremont-Weill C., De Vries M., Hannema S.E. Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *European Journal of Endocrinology*, August 2018. <https://doi.org/10.1530/EJE-18-0227>
47. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care_V7%20Full%20Book_English.pdf
48. <https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf>.
49. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire
50. Condat A, Mendes N, Drouineaud V, Gründler N, Lagrange C, Chiland C, Wolf JP, Ansermet F, Cohen D. 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*. 2018; 13(1) :1.
51. Shields JP, Cohen R, Glassman JR, Whitaker K, Franks H, Bertolini I. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 52: 248-250.
52. Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, Rossen FV. The Health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*. 2014; 55: 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>.
53. Steensma TD, Biemond R, de Boer K, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 16: 499-516.
54. Ristori J & Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*. 2016; 28: 13-20.
55. Cohen-Kettenis PT & Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice and research: Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2015; 29: 485-495. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2015.01.004>.
56. de Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *Journal of sexual medicine*. 2011; 8: 2276-2283.
57. Cohen-Kettenis PT & Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice and research: Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2015; 29: 485-495.
58. 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. *Archives of Sexual Behavior*. 2013; 42: 901–914.
59. Meyer-Bahlburg HFL. Sex steroids and variants of gender identity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2013; 42: 435–452.
60. Lacan J. *Le Désir et son interprétation, Le séminaire livre VI, 2013- prononcé en 1958 – 1959, Paris, La Martinière, « Le Champ freudien », p.172.*
61. Lacan J. *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, 1999 – prononcé en 1964, Ed. de l'Association Freudienne Internationale, p. 238.*
62. Condat A. *L'affirmation transgenre dans l'enfance et à l'adolescence – Sexe, science et destin, in Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent, sous la direction de Jean-Marie Forget et Marika Berges - Bounes, 2016, Eres.*
63. Lacan J. *...ou pire, Le Séminaire, livre XIX, 2011 – prononcé en 1971 – 1972, Paris, Seuil, « Le Champ freudien », p. 121.*
64. Lacan J. *Encore, Le Séminaire, livre XX, 1975 – prononcé en 1972 – 1973, Paris, Seuil, « Le Champ freudien », p. 71.*
65. Condat A. *Sexe d'un autre genre...genre d'un autre sexe, quand la boussole s'effole, La Revue Lacanienne, 2017, Eres, 18, 107-118.*
66. Condat A. *Familles en transitions, in Psychanalyse et transidentité: enjeux théoriques, cliniques et politiques, Journal of Psychoanalytic Studies, Recherche en psychanalyse, Laboratoire CRPMS, Université de Paris, 2020/2 N°30; 131-139.*
67. Allouch A. & Rabain N. *propos recueillis par. Entretien avec Agnès Condat, Accompagner des mineur-e-s transgenres et leurs parents. Manifestations et clinique de l'angoisse, in Angoisse coordonné par Allouch A., Rabain N., Robier C., Vidal-Naquet C. et Noûs C., Tracés, Revue de Sciences Humaines, 2020, 38, 2020-1*
68. Lacan J. *« Leçons des 10 décembre 1974, 17 décembre 1974 et 21 janvier 1975 », dans Séminaire 1974-1975 R.S.I., Editions de l'Association Freudienne Internationale. 2002 – prononcé en 1974-75.*
69. Espineira K, Thomas M-Y. *Transidentités: se donner un corps. Corps trans, corps transformés, in Delory-Momberger C, Epruver le corps. Eres, « Questions de société »; 2016. 149-161.*
70. Holt, V., Skagerberg, E., Dunsford, M. (2014). *Young people with features of gender dysphoria: demographics and associated difficulties. Clin Child Psychol Psychiatry, http://dx.doi.org/10.1177/1359104514558431.*
71. Skagerberg, E., Di Ceglie, D., Carmichael, P. (2015). *Brief report: autistic features in children and adolescents with gender dysphoria. J Autism Dev Disord, 45(8): 2628-32.*
72. Rabain N., Vachez-Gatecel A., Mendes N., Cohen D., Brunelle J., Poirier F., Wielart J., Condat A. *Dispositifs groupaux dans l'accompagnement des enfants transgenres et/ou en questionnement à l'endroit de leur identité de genre : revue de la littérature et expérience d'un dispositif innovant, 2021, Neuropsych Enf Adolesc, 69 :7,358-368.*
73. Rabain NS, *Why Multi-Family Groups for Transgender Adolescents and Their Parents? Front Sociol, 2021 Jan 25 ;5 :628047.*
74. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. Oxford University Press; 1994.
75. Romero K., Reingold R. *Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA. Reproductive Health Matters. 2013;21(41):183-195.*
76. Clark B.A. *This Wasn't a Split-Second Decision : An Empirical Ethical Analysis of Transgender Youth Capacity, Rights, and Authority to Consent to Hormone Therapy. Bioethical Inquiry. 2020.*