



Les Entretiens
de Bichat
2017

Comment penser la parentalité transgenre ?

A. Condat*, C. Lagrange**, N. Mendes***, N. Grundler****, F. Ansermet*****,
V. Drouineaud*****, J.-P. Wolf*****, D. Cohen*****

* Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, et CESP INSERM 1018, ED3C, Université Paris-Descartes, Paris
| ** Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière, Paris | *** Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, et CLIPSYD EA 4430, ED 139, Université Paris-Ouest – Nanterre-La-Défense – 92001 Nanterre | **** Lien POPi (périnatalité, orientation psychanalytique et institution), Centre Dominique Mahieu-Caputo, Paris, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, et CECOS Paris-Cochin, Hôpital Cochin, Paris | ***** Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université de Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève – 1205 Genève, Suisse | ***** CECOS Paris-Cochin, Hôpital Cochin, Paris | ***** Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, et Institut des Systèmes Intelligents et de Robotiques, Université Pierre et Marie Curie, Paris

Remerciements à la Fondation Pfizer France

RÉSUMÉ

Pour les personnes transgenres dont les études montrent que beaucoup désirent devenir parents, il reste à ce jour techniquement impossible de développer la capacité de procréer après transformation hormono-chirurgicale avec l'appareil génital nouvellement créé. Cependant, ces personnes peuvent bénéficier des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de conservation des gamètes et ainsi devenir parents en dehors du contexte de l'adoption. Ces nouvelles possibilités de devenir parents, dont l'accès varie selon les pays, ont conduit à des débats sociétaux animés mais aussi à de réelles questions éthiques, le défi ultime étant finalement le bien-être de l'enfant à naître.

MOTS-CLÉS

trans-identité, dysphorie de genre, assistance médicale à la procréation, nouvelle parentalités, éthique

Depuis 2013, plusieurs consultations spécialisées ont vu le jour en France, offrant aux enfants et aux adolescents questionnant leur identité sexuée avec ou sans différence du développement sexuel ainsi qu'à leurs familles – parents et fratries – un accueil, une évaluation pluridisciplinaire, une information et, le cas échéant, des soins^[1]. Il s'agit également au sein de certaines consultations d'accueillir les parents transgenres qui souhaitent pour leur famille un accompagnement dans le parcours de réassignement et/ou dans la parentalité après transformation.

Trans-identité et dysphorie de genre

Les personnes transgenres éprouvent une non-congruence entre leur identité de genre et le sexe qui leur a été assigné à la naissance, le plus souvent d'après ce qu'il en était de leurs organes génitaux externes^[2]. Un homme trans est une personne qui a été assignée femme à la naissance mais se perçoit de genre masculin tandis qu'une femme trans est une personne qui a été assignée homme à la naissance mais se perçoit de genre féminin. Aujourd'hui, les personnes transgenres que nous rencontrons, mais aussi la plupart des professionnels internationaux dans le

champ de la trans-identité, s'accordent pour considérer que d'être transgenre, binaire ou non-binaire, n'est pas une pathologie psychiatrique mais une construction singulière de l'identité lorsque tout un chacun au cours de son développement construit son identité de manière singulière. Cependant, l'expérience de la trans-identité est souvent douloureuse, d'où le terme retenu par les experts ayant contribué au DSM5 de « dysphorie de genre » (DG). Ce peut être douloureux par l'éprouvé intime de cette trans-identité dans le Réel du corps mais aussi par les impacts sur l'Imaginaire et – très souvent – dans la dimension symbolique, à savoir celle de l'inscription, de la transmission et du social^[3]. Il semble en ce début de XXI^e siècle que nos sociétés accueillent et reconnaissent difficilement les personnes trans avec des différences importantes en fonction des états et des cultures, et, en leur sein, en fonction de la religion ou encore du milieu notamment rural ou urbain. Cette souffrance dans le vécu de la trans-identité peut être associée à certains moments de la vie à un état de « crise subjective » que la transition, sociale et/ou médicale, voire médico-chirurgicale, va aider à résoudre^[4]. C'est aussi là que peut s'avérer pertinent le recours à des professionnels du soin psychique pour accompagner cet éventuel passage qui, s'il est douloureux et déstabilisant, comporte aussi les vertus de toute crise, à savoir d'amener l'individu, et par-delà ses proches et la société en général, à se questionner, à s'ouvrir à d'autres horizons. En ce sens, la trans-identité mène à une expérience créative, enrichissante et féconde tant sur le plan individuel qu'interindividuel et collectif.

Les chemins pour les personnes trans pour accéder à la parentalité

Devenir parent est une des expériences majeures de la vie des êtres humains et les personnes trans désirent devenir parents, approximativement pour la moitié d'entre elles selon les études^[6]. Devenir parent est un projet qui transforme une personne dans son identité contribuant à la réalisation de soi ainsi qu'à une certaine reconnaissance sociale. Pour les personnes trans, cela peut être encore plus important : devenir mère peut contribuer à exprimer et à consolider une identité féminine, et devenir père peut contribuer à exprimer et consolider une identité masculine.

Critères diagnostiques de la dysphorie de genre, d'après le DSM5 ^[5]
Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné
Durée d'au moins 6 mois
Associée à l'existence d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social et/ou scolaire, ou dans d'autres domaines importants
Chez l'enfant, la non-congruence entre le genre vécu/exprimé et le genre assigné se manifeste par au moins 6 des 8 critères suivants, le premier étant obligatoire : • Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui a été assigné) • Préférence marquée pour le style vestimentaire typique de l'autre genre • Forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux • Forte préférence pour les jouets et les activités typiques de l'autre genre • Préférence marquée pour les camarades de jeu de l'autre genre • Fort rejet des jouets, des jeux ou des activités typiques du genre d'assignation • Forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle • Désir marqué d'avoir les caractères sexuels primaires et/ou secondaires qui correspondent au genre que le sujet vit comme sien Chez l'adolescent et l'adulte, la non-congruence entre le genre vécu/exprimé et le genre assigné est associée à au moins 2 des 6 critères suivants : • Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé et les caractères sexuels primaires et/ou secondaires (ou bien chez le jeune adolescent, les caractères sexuels secondaires attendus) • Désir marqué d'être débarrassé de ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/ exprimé (ou chez le jeune adolescent fort désir d'empêcher le développement des caractères sexuels secondaires attendus) • Désir marqué d'avoir les caractères sexuels primaires et/ou secondaires de l'autre sexe • Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou à un genre différent du genre assigné) • Désir marqué d'être traité comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent du genre assigné) • Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou un genre différent du genre assigné) Préciser si avec trouble du développement sexuel Préciser pour l'adolescent et l'adulte si avec post-transition

Les traitements hormono-chirurgicaux dont peuvent bénéficier les personnes transgenres sont potentiellement stérilisants pour les traitements hormonaux par hormones sexuelles et toujours stérilisants concernant les interventions chirurgicales sur les organes génitaux. À ce jour, il reste techniquement impossible de développer la capacité de procréer après transformation chirurgicale avec l'appareil génital nouvellement créé, mais il est possible par les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) d'aider les personnes trans, non seulement à devenir parents en dehors du contexte de l'adoption, mais aussi à devenir parents d'enfants issus de leurs propres gamètes. La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) recommande de discuter des options de fertilité avec les patients avant tout traitement ou interventions médicales et/ou chirurgicales ^[7].

Les couples hétérosexuels dans lesquels le partenaire masculin est un homme transgenre peuvent se tourner vers l'AMP par Insémination Artificielle avec Don de sperme (IAD). **Quant aux femmes transgenres qui ont un partenaire masculin**, elles peuvent avoir recours – dans les pays où cela est autorisé – à l'aide d'une mère porteuse, et si cette mère porteuse n'est pas aussi donneuse de ses propres ovocytes, à un don d'ovocytes. Dans le premier cas, si l'homme transgenre a auto-conservé ses ovocytes/tissu ovarien avant la transition, le couple peut envisager une Fécondation *In Vitro* (FIV)

croisée (l'homme transgenre fournit des ovocytes qui sont micro-injectés avec du sperme d'un donneur masculin pour obtenir des embryons qui sont transférés à sa partenaire). Dans le deuxième cas, le sperme conservé de la femme transgenre peut de façon similaire être utilisé pour féconder les ovocytes donnés, pour tout ou partie de la progéniture.

Pour les couples homosexuels dans lesquels l'un des partenaires est un homme transgenre, ils peuvent avoir recours à une mère porteuse, et si l'homme transgenre a conservé ses ovocytes/tissu ovarien avant la transition, la FIV peut être réalisée avec les gamètes des deux parents. Dans cette configuration, l'un des pères sera aussi le père génétique ; le second sera aussi la mère génétique, et la mère génétique sera différente de la femme qui portera la grossesse et mettra cet enfant au monde. Si cet homme transgenre n'a pas subi de chirurgie stérilisante (hystérectomie et ovariectomie), bien que reconnu en tant qu'homme à l'état civil, il peut choisir de porter son enfant conçu avec ses propres ovocytes, ce que certains vont exprimer comme « être sa propre mère porteuse ». L'enfant sera alors l'enfant génétique de ce couple et l'un des pères sera aussi la mère génétique et la mère gestationnelle de l'enfant. **Les couples lesbiens dans lesquels l'un des partenaires est une femme transgenre** peuvent se tourner vers l'AMP par IAD. Si la femme transgenre a conservé son sperme avant la transition, ce sperme peut être utilisé

dans une FIV ou une insémination intra-couple, de sorte que l'enfant sera l'enfant génétique de ses deux parents. L'une des mères de l'enfant est aussi la mère génétique, et la seconde n'est pas seulement une mère sociale, mais aussi le père génétique du bébé.

À ce jour, toutes ces options ne sont pas accessibles dans de nombreux pays, mais elles sont attendues par la communauté LGBTIQ. Elles sont relativement encadrées au niveau de la société par des lois et des règlements de bioéthique qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces disparités favorisent le marché du tourisme reproductif. En France, par exemple, la loi interdit la grossesse pour autrui (GPA) et l'AMP est accordée aux couples hétérosexuels seulement. La seule option disponible pour les personnes trans en France est donc l'IAD pour les couples hétérosexuels dont l'un des partenaires est un homme transgenre (FtM). Quant à la préservation de fertilité, bien que le cadre légal ne l'interdise pas, elle vient tout juste de s'ouvrir aux personnes trans, à ce jour dans un seul centre.

Pour l'avenir, les femmes trans espèrent pouvoir un jour bénéficier de la transplantation d'utérus, technique qui a donné naissance à un bébé en 2014 en Suède pour la première fois, même s'il s'agit pour le moment de transplantation, le temps de la grossesse, d'un utérus chez une femme biologique dont l'utérus – pour des raisons anatomiques par exemple – ne permet pas de porter un enfant. Enfin, les perspectives lointaines semblent s'orienter vers la production de gamètes synthétiques dérivées de cellules souches somatiques et de cellules souches embryonnaires. De tels gamètes ont été utilisés avec succès pour produire des descendants vivants chez la souris, et la recherche dans ce domaine est en cours.

De nouveaux cycles de vie

Au niveau collectif, ces nouvelles configurations remettent en question le cycle de vie traditionnel et certains invariants fondamentaux des sociétés monothéistes, y introduisant des disjonctions^[8]. L'origine est une question complexe et d'une certaine façon insoluble pour tous les êtres humains. Dans chaque culture, les ordres imaginaires et symboliques ont permis aux générations de s'accommoder de ce mystère. Les perturbations générées par ces nouveaux cycles de vie créent de l'anxiété et des chocs de la pensée individuelle et collective, en venant bousculer plusieurs invariants culturels et symboliques, à savoir l'ordre temporel entre les générations, la certitude de la mère, le traditionnel « un papa et une maman pour un enfant » avec $1 + 1 = 3$ et le lien entre sexe et genre. La peur de l'inconnu et le bouleversement des repères traditionnels favorisent l'émergence de nouveaux fantasmes dans deux directions opposées : les bio-catastrophistes *versus* les technoprophètes^[9]. Les premiers pensent que la science nous conduit vers des temps apocalyptiques du fait d'un effondrement symbolique total avec de graves conséquences pour la société et finalement la fin de l'espèce humaine, les seconds pensent que la science offre la promesse d'un avenir paradisiaque, une nouvelle ère rédemptrice avec un esprit pur incorporel généré par des machines pensantes.

Questions éthiques

Si les biotechnologies dépassent parfois les limites de nos capacités de pensée, pour nous, en tant que médecins, ces nouvelles possibilités et ces nouvelles demandes qui suscitent dans de nombreux pays de vifs débats sociétaux exigent une étude éthique selon les principes de l'éthique médicale. Il s'agit d'étudier, au plan individuel et au plan collectif, les questions concernant l'AMP en général et plus particulièrement pour les personnes transgenres, ainsi que la préservation de fertilité. Les implications éthiques sont multiples. En voici quelques-unes^[10] :

Bienfaisance et non-malfaisance

- Bénéfice pour les personnes trans d'accéder à la parentalité en dehors du contexte de l'adoption, potentiellement avec leurs propres gamètes.
- Risque potentiel pour les futurs parents, psychique, médical et social, la parentalité transgenre pouvant rencontrer des critiques sévères et une opposition.
- Risques pour les donneurs potentiels d'ovocytes (inhérents à la stimulation ovarienne) et ceux pour les mères porteuses, médical, psychique, humain (inhérents à la grossesse, à l'accouchement et éventuellement pour leur propre famille) qui ont conduit certains pays à interdire la gestation pour autrui. Le risque est aussi celui de l'exploitation du corps humain comme esclavage moderne.
- Impact éventuel dans le cadre de ces techniques d'AMP, de la participation d'autres adultes que la mère et le père dits « sociaux » sur la dynamique familiale pour l'enfant à naître.
- Le bien-être des enfants à naître qui paraît *in fine* être la question éthique majeure, a été assez peu étudié à ce jour, et les quatre études dont nous disposons portent sur des enfants qui étaient déjà nés au moment de la transition de leur parent^[10]. Ces études ne soutiennent pas l'idée d'un impact négatif sur les enfants. Ces études montrent qu'il y a eu moins de difficultés en l'absence de conflit parental et lorsque l'enfant était plus jeune au moment de la transition^[10]. Notre expérience clinique des enfants avec parent trans confirme le caractère déterminant de la capacité des deux parents à mettre en mots l'expérience de la transition. Par contre, contrairement aux jeunes enfants, les adolescents signalent également des difficultés sociales liées au regard critique de leurs pairs et de leur famille sur leurs parents.

Les enfants qui ont été conçus par les parents trans après leur transition en revanche, ne doivent ni s'adapter à une nouvelle identité parentale ni gérer des réactions socialement aversives. Colette Chiland a été la première à lancer un suivi longitudinal des enfants nés par IAD, d'un père trans qui a subi une transformation avant de s'engager dans un projet parental avec une partenaire féminine. Son étude est à notre connaissance, la seule étude rapportée jusqu'à présent : 52 enfants nés entre 2000 et 2015, par IAD, de père trans, ont été suivis tous les deux ans. Les résultats qualitatifs montrent que les enfants ont un développement normal sans morbidité psychologique majeure ni DG^[11].

La plupart de ces enfants savaient qu'ils étaient nés par IAD et que leur père était né fille. Une étude avec utilisation d'échelles standardisées est en cours auprès de cette même cohorte dans la continuité de la recherche initiée par Colette Chiland, portant sur le développement cognitif, la santé mentale, l'identité de genre, la qualité de vie, la dynamique familiale et la représentation de la fonction paternelle et du père chez les enfants. À Gand, une autre étude en cours étudie les enfants des parents de MtF et FtM en utilisant la norme « risque élevé de dommages graves »^[12].

- Au niveau collectif/sociétal, existe-t-il un préjudice potentiel pour la société dans son ensemble ?

Autonomie

- La plupart des auteurs considèrent que parce que le droit de procréer est accepté comme un droit humain universel, le respect de l'autonomie d'une personne conduit à accorder à chaque individu le droit de se reproduire et ce, indépendamment des formes familiales et du statut d'identité de genre.
- Nécessité d'informer les personnes trans sur les questions de procréation, avant de commencer le traitement hormonal et/ou chirurgical, pour avoir un aperçu clair des effets du traitement, des possibilités de préservation et de ce à quoi s'attendre.

Justice

- Quelle pourrait être une différence morale entre la parenté trans et la parenté hétérosexuelle ordinaire ?
- *Quid* de l'accès à la préservation de la fécondité qui sera le seul moyen de donner naissance à des enfants génétiquement apparentés après la chirurgie de transition.
- Risque de pratiquer une double norme discriminatoire avec des critères d'évaluation plus stricts pour les personnes transgenres. À l'inverse, risque que la condition trans vienne masquer d'autres facteurs pertinents pour la prise de décision éthique.
- Intérêts des éventuelles mères porteuses, de leurs familles.
- Équité des cadres légaux mais aussi des prises en charges par les assurances dans les différents pays.

Conclusion

Dans de nombreux pays, ces progrès biotechnologiques et sociétaux ont conduit à des débats sociétaux animés, mais aussi à de véritables questions éthiques, l'enjeu ultime étant finalement le bien-être de l'enfant à naître. La recherche encore peu développée ne soutient pas l'idée d'un impact négatif sur les enfants.

Comment aborder ces nouveaux cycles de vie ?

Nous pensons qu'il existe deux options :

- 1) Refuser tout cela parce que nous ne pouvons supporter de le penser.
- 2) Assumer d'être les témoins créatifs et inventifs d'évolutions sociétales plus larges qui peuvent conduire à des progrès sociétaux, en particulier en matière de droits de l'homme, sans en négliger les risques potentiels.

Grâce à l'utilisation des processus « *do-it-your self* », les personnes trans deviennent parents, la deuxième option est susceptible de se poursuivre. Nous pensons donc que, d'une part, le débat éthique doit continuer, en rejetant les opinions et en adoptant des principes d'éthique médicale pour délimiter les risques et les bénéfices aux niveaux individuel (patient et tiers) et collectif, et que, d'autre part, les recherches doivent être développées dans la perspective d'un meilleur accompagnement de ces personnes et de leurs enfants.

RÉFÉRENCES

- 1 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.
- 2 Mendes N., Lagrange C., Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : Revue de littérature. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2016;64:240-54.
- 3 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*. Éd. Eres. Toulouse. 2016. P. 383-99.
- 4 Martinier L. Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2017;65:54-60.
- 5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 2013.
- 6 De Roo C., Tillerman K., T'Sjoen G. & De Sutter P. Fertility options in transgender people. *Int. Rev. Psychiatry*, 2016;28(1):112-9.
- 7 World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care. 7th version. 2012. www.wpath.org
- 8 Ansermet F. *La Fabrication des Enfants*. Éd. Odile Jacob. Paris. 2015.
- 9 Lecourt D. *Humain, posthumain*. PUF. Paris. 2003.
- 10 Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine – Acces to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertil. Steril.*, 2015;104 (5):1111-5.
- 11 Chiland C., Clouet A.-M., Golse B., Guinot M., Wolf J.-P. A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2013;61:365-70, in english. En français : Chiland C., Clouet A.-M., Guinot M., Golse B., Jouannet P., Revidi P. Pères d'un nouveau genre et leurs enfants. *Psychiatr. Infant.*, 2013;56(1):97-125.
- 12 De Wert G., Dondorp W., Shenfield F., Barri P., Devroey P., Diedrich K., Tarlatzis B., Provoost V. and G. Pennings G. ESHRE Task Force on Ethics and Law23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Hum. Reprod.*, 2014;29:1859-65.

Questions à choix multiples

1. La dysphorie de genre est :
 - a) Un trouble de l'humeur avec thématique dépressive autour de la question du genre
 - b) Une non-congruence le genre vécu/exprimé par la personne et le genre qui lui a été assigné à la naissance entraînant une détresse cliniquement significative
 - c) Un état délirant de mécanisme intuitif et de thématique centrée sur le genre
 - d) Une construction singulière de l'identité du sujet
2. Les personnes transgenres en France en 2017 peuvent devenir parents :
 - a) Naturellement avec leurs nouveaux organes génitaux après transformation chirurgicale
 - b) Par l'adoption
 - c) Pour les hommes transgenres en couple hétérosexuel par assistance médicale à la procréation par don de sperme et insémination de leur compagne
 - d) Pour les femmes transgenres en couple homosexuel par fécondation *in vitro* intra-couple si elles ont conservé leur sperme avant transformation hormono-chirurgicale

Réponses : 1. b), d) – 2. b), c)

Absence de liens d'intérêts déclarés par l'intervenant