

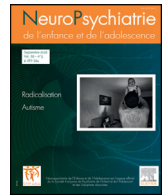


Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Revue de littérature

## L'apport des biotechnologies pour la population transgenre et ses nouvelles possibilités à concevoir un enfant : considérations psychologiques et questions éthiques

*Biotechnologies consideration to transgender persons, and new ways to conceive a child: Psychological considerations and ethical issues*

N. Mendes<sup>a,\*,b,e,f</sup>, V. Drouineaud<sup>e</sup>, N. Grundler<sup>a</sup>, C. Lagrange<sup>a,b</sup>, F. Poirier<sup>a,g</sup>, J. Wielart<sup>a,h</sup>, J. Brunelle<sup>a</sup>, L. Woestelandt<sup>a</sup>, J.P. Wolf<sup>e</sup>, F. Ansermet<sup>i</sup>, D. Cohen<sup>a,c</sup>, A. Condat<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

<sup>b</sup> Équipe d'accueil CLIPSYD EA 4430, Connaissance, langage, modélisation (ED 139), université Paris-Nanterre, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France

<sup>c</sup> CNRS UMR 7222, Institut des systèmes intelligents et robotiques, université Paris Sorbonne, 75005 Paris, France

<sup>d</sup> Cesp Inserm 1018 - ED3C, université Paris Descartes, Paris, France

<sup>e</sup> Service de biologie de la reproduction - CECOS, hôpital Paris Centre- CHU Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

<sup>f</sup> Service de biologie de la reproduction - CECOS, hôpital Jean-Verdier, avenue du-14-Juillet, 93140 Bondy, France

<sup>g</sup> CRPMS, université Paris Diderot, 75013 Paris, France

<sup>h</sup> Université de Paris, PCPP, 92100 Boulogne-Billancourt, France

<sup>i</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université de Genève, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

### INFO ARTICLE

#### Mots clés :

Personne transgenre  
Dysphorie de genre  
Aide médicale à la procréation  
Transition de genre  
Éthique

### RÉSUMÉ

Aujourd'hui, les techniques médicales permettent des avancées importantes, notamment dans le champ de la procréation pour les personnes ayant des problèmes de fertilité. Les personnes transgenres bénéficient de ces biotechnologies dans le cadre de leur parcours de transition, et aussi afin d'accéder au statut de parent. Nous proposons de présenter dans ce présent article, les principales perspectives de réflexion avancées dans le contexte d'un séminaire de travail multidisciplinaire associant psychiatres d'enfant, psychologues du développement et psychanalystes, biologistes de la reproduction, endocrinologistes, éthiciens, juristes et usagers transgenres. Nous en proposons une synthèse à l'appui d'une revue de la littérature des enjeux éthiques, et de la dimension psychologique à l'œuvre pour les personnes transgenres et leurs enfants. Pour bien comprendre les différents enjeux, nous exposons d'abord l'état actuel de la littérature concernant les parcours de transition, puis l'actualité des options d'aide médicale à la procréation (AMP), avant d'exposer les modifications que ces nouveautés introduisent dans notre schéma de pensée de tradition monothéiste. Enfin, en parcourant les principes éthiques de Beauchamp et Childress, nous tentons de situer les implications de ces nouvelles possibilités de faire famille, et avec elles, les possibilités d'inventer des solutions utiles à la société pour accepter, et accompagner ces nouvelles formes familiales.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### ABSTRACT

**Background.** – Today, biomedical technologies can defy the laws of “natural” growth and procreation. Current state of practice can enable transgender persons to change gender and reach their true identity as a subject but also to access parenting thanks to assisted reproduction technology (ART).

#### Keywords:

Transgender persons  
Gender dysphoria

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [nicolas.mendes@aphp.fr](mailto:nicolas.mendes@aphp.fr) (N. Mendes).

Assisted reproduction technologies  
Gender transition  
Ethics

**Methods.** – Based on clinical multidisciplinary seminars that gathered child psychiatrists and psychoanalysts, philosophers interested in bioethics, biologists, and endocrinologists all interested in the fields of ART or gender dysphoria, we explore how new biotechnical opportunities, whether in gender transition or procreation, could make new cycles of life possible.

**Results.** – To better understand the issues raised by these changes, we first review the various medical/surgical techniques for physical gender transition and the current ART options. Second, we discuss how these new ways for human beings to access self-actualizing and parenting introduce some dysfunction points in the habitual patterns of traditional thinking. Finally, using Beauchamp and Childress principles, we discuss the ethical issues that accompany the arrival of these children and provide creative solutions to help society handle, accept, and support the developments made in this area.

**Conclusion.** – We believe that these changes will improve the condition of transgender persons and the human condition as a whole through greater equity. However, given the many implications of such changes, we recommend prospective research to be done to offer empirical data to be discussed.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Dans un contexte de couple hétérosexuel infertile, la loi permet le recours à la médecine de la reproduction pour parvenir à fonder une famille. Le don de gamètes qui existe depuis longtemps fut institué au début des années 70 en France. Les Centres de conservation des œufs et du sperme (CECOS) permettent à un homme ou à une femme infertile, en couple hétérosexuel d'avoir un enfant. À la fin des années 90, un centre a accepté d'accéder aux demandes d'hommes infertiles pour cause de leur transition de genre<sup>1</sup>. Dès lors, une configuration pour les personnes transgenres de fonder une famille fut possible par l'AMP en France [1].

Aujourd'hui, deux éléments nous amènent à devoir reconsidérer l'élargissement de ces accompagnements. Le premier est l'évolution des débats bioéthiques qui encadrent le don de gamètes. L'année 2018 fut annoncée comme étant celle où serait proposée une nouvelle loi encadrant la pratique du don de gamètes, et l'un des axes majeurs de cette loi est la perspective d'ouvrir l'accès du don de gamètes aux couples de femmes [2]. Nous ne savons pas si la loi se penchera sur la situation des femmes homosexuelles transgenres qui peuvent également être concernées par ce changement de législation. Le second élément, en lien de façon indirecte avec le point précédent, concerne la perspective d'une demande de préservation de fertilité des personnes transgenres. La préservation de fertilité est proposée, de façon systématique en France, aux personnes soumises à un traitement à risque stérilisant. C'est la perspective d'un risque pour la fertilité de la personne qui ouvre la recommandation du recours à une préservation de fertilité. Ces préservations peuvent être des préservations de spermatozoïdes, mais également des ovocytes, du tissu de pulpe testiculaire ou du tissu ovarien (dans les cas de personne à un stade pré-pubertaire) ou encore la conservation d'un ovaire en cas de chirurgie. Le traitement hormonal et l'intervention chirurgicale demandés par les personnes transgenres s'inscrivent dans le cadre de traitement à risque stérilisant. Cette pratique est incluse dans les recommandations internationales de bonne pratique des professionnels accompagnant les personnes transgenres de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [3]. Cependant, l'Agence de biomédecine (ABM) a émis en 2014 un avis en faveur d'une non-nécessité d'accéder aux demandes de préservation au regard de la législation en vigueur, c'est-à-dire en raison de l'impossibilité d'utiliser ce qui serait à préserver dans le cadre législatif français [4]. La Fédération des CECOS, en qualité d'association de professionnels qui abordent ce type de question de façon collégiale, a considéré nécessaire de laisser à

chaque centre la responsabilité de statuer face à ces demandes, au cas par cas. Ce qui corrobore l'avis du défenseur des droits publiés en 2015<sup>2</sup>. Pour appréhender la dimension psychologique de ces questions, et situer les enjeux éthiques qu'elles soulèvent, nous proposons de présenter dans cet article les principaux axes d'un travail collaboratif réalisé dans le cadre d'un séminaire multidisciplinaire associant psychiatres d'enfant, psychologues du développement et psychanalystes, biologistes de la reproduction, endocrinologistes, éthiciens, juristes et usagers tous engagés dans l'accompagnement des personnes transgenres. Le travail exhaustif a été publié en 2018 par Condat, et al. [5]. Nous en présentons ici une synthèse.

## 2. Transidentité

Une personne transgenre est une personne qui ne s'identifie pas au sexe qui lui a été assigné à la naissance et se perçoit une identité de genre autre. Une personne se percevant comme transgenre peut de nos jours, rendre congruent son apparence physique avec le genre auquel elle s'identifie, par-delà le sexe auquel elle a été assignée à la naissance. Une « femme transgenre » (ou personne MtF, *male to female*) est une personne qui a été assignée de sexe masculin à la naissance et exprimant une identité de genre féminine. Un « homme transgenre » (ou personne FtM, *female to male*) est une personne qui a été assignée de sexe féminin à la naissance et exprimant une identité de genre masculine. Une « personne non-binaire » est une personne qui ne s'identifie ni au masculin ni au féminin, soit de genre fluide, soit neutre ou autre identification sur l'échelle du genre vécue comme un continuum, soit agendre [6]. La référence au sexe biologique tel qu'elle fut élaborée par John Money [7] accorde deux versants au concept de genre : le rôle de genre concerne l'aspect social, ou ce qui est attendu d'un sujet mâle et d'un sujet femelle, et l'identité de genre qui rend compte de l'autodétermination du sujet : « je suis un garçon » ou « je suis une fille ». La première tentative de définition théorique revient à Harry Benjamin en 1953 [8]. Benjamin a mis un point d'orgue autour de la « demande transsexuelle », comme étant une demande d'agir sur le corps propre pour en modifier la reconnaissance de son sexe. Le refus, aujourd'hui de l'emploi du terme transsexuel s'inscrit dans une volonté de rompre avec un héritage de la psychiatrie. En 1994, Heike Boedeker, sociologue, allemande, propose le néologisme « transidentité » pour rendre compte du registre identitaire qui situe les personnes trans, et les différencie des pratiques ou des orientations sexuelles [9]. Le terme de dysphorie de genre employé par le DSM-5 situe la question autour du critère de souffrance vécu par l'enfant ou l'adolescent traversé par

<sup>1</sup> Homme transgenre, c'est-à-dire une personne assignée femme à la naissance, et ayant un parcours de transition de genre aboutissant à une reconnaissance à l'état civil de la mention homme.

<sup>2</sup> Avis du Défenseur des droits MSP-2015-009.

ce questionnement. Toutefois, la dernière version CIM-11 a proposé de sortir la transidentité du chapitre des maladies mentales pour le référencer parmi les conditions liées à la santé sexuelle, sous l'ensemble *Gender incongruence* [10], et cette proposition fut acceptée en mai 2019. Dans cette nouvelle nosographie, le critère de souffrance n'est plus imposé.

L'accompagnement de la transition de genre répond à la définition de la santé que pose, en 1946 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « un état de complet de bien-être physique, mental et social et pas exclusivement l'absence de maladie ou d'infirmité »<sup>3</sup> [5].

Un accompagnement psychique peut être conduit afin d'explorer l'identité de genre, favoriser le développement psycho-affectif, accompagner la famille et faciliter l'intégration scolaire et sociale, prévenir le risque de harcèlement et le risque anxiodépressif [11]. Dans ce contexte, des transitions sociales peuvent être accompagnées, notamment en milieu scolaire lorsque l'environnement le permet. Un traitement hormonal peut être initié pour bloquer l'apparition des caractères sexuels secondaires [11]. Cette pratique est appelée le protocole hollandais (*Dutch protocol*), car ce sont les Pays-Bas, et plus particulièrement l'équipe d'Amsterdam, qui furent les premiers à proposer ce type de prise en charge il y a près de vingt ans. Ce traitement présente deux intérêts majeurs : celui de pouvoir laisser à l'adolescent le temps de réfléchir à ce qu'il souhaitera poursuivre comme changement ou non, tout en réduisant la souffrance inhérente à son sexe biologique et celui de réduire le nombre d'interventions chirurgicales si l'adolescent souhaite plus tard poursuivre sa transition [12]. À partir de 16 ans, soit à l'âge auquel un adolescent aux Pays-Bas peut prendre ses propres décisions médicales, il est possible de proposer un traitement hormonal induisant les caractères sexuels secondaires (*cross sex hormone*). À la majorité, une intervention chirurgicale de réassignation des organes génitaux peut être envisagée.

### 3. Aide médicale à la procréation (AMP)

La perspective de nouvelles situations de parentalité que les techniques d'aide médicale à la procréation permettent amène plusieurs questionnements concernant les enfants qui naîtront, mais également autour des parents qui accéderont à ce statut par des parcours non traditionnels. Sur le plan épidémiologique, une étude en 2009 s'est intéressée aux situations des personnes transgenres en France [13]. D'après un échantillon de 377 personnes transgenres (96 personnes hommes transgenres et 281 personnes femmes transgenres), 48 % des personnes interrogées avaient des enfants (les parents avaient eu des enfants avant leur transition, dans le cadre d'une relation antérieure), 14 % souhaitaient en avoir par AMP et 20 % en adoptant.

Certains centres d'« Aide médicale à la procréation » (AMP) permettent aux personnes en parcours de transition de bénéficier d'une préservation de fertilité avant la mise en place d'un traitement à risque stérilisant. De plus, il n'est plus exigé aujourd'hui de procéder à une stérilisation – ni même à aucune transition médicale ou chirurgicale – afin d'obtenir l'acceptation d'une demande de modification de la mention du sexe à l'état civil. Cependant, plusieurs des techniques d'AMP se trouvent autorisées ou non dans des configurations diverses d'un pays à l'autre, entraînant ainsi le développement d'un tourisme de la reproduction.

La perspective de pouvoir concevoir un enfant avec ses gamètes pour une personne transgenre interroge sur la façon dont la paternité, mais également la maternité, se construira dans ces configurations familiales où un père ne sera peut-être pas né

homme, et où une mère ne sera peut-être pas née femme. Outre ces nouveaux nouages entre genre et parentalité, c'est aussi d'autres configurations des liens biologiques, ou non biologiques qui relient un parent avec son enfant. Plusieurs configurations familiales sont ainsi envisageables (Fig. 1 et 2). Si l'homme transgenre a auto-conservé ses ovocytes (ou du tissu ovarien) avant la transition, le couple peut envisager une fécondation in vitro (FIV) dite croisée. C'est-à-dire que 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 qui portera la grossesse. Au sein d'un couple hétérosexuel où la femme est transgenre en couple avec un homme, ils peuvent avoir recours (dans les pays où cela est autorisé) à l'aide d'une gestation pour autrui, ou gestation par autrui si la femme n'est pas aussi donneuse d'ovocytes. Dans ce cas, le sperme conservé de la femme transgenre peut également être utilisé pour féconder les ovocytes donnés (Fig. 1).

Dans les configurations familiales homosexuelles, lorsque l'homme est transgenre, le couple peut avoir recours à une gestation par autrui notamment si l'homme a pu conserver ses ovocytes (ou tissus ovariens) avant la transition. Dans ce cas, la FIV peut être réalisée avec les gamètes des deux parents. L'enfant aura un lien génétique avec ses deux pères. Si cet homme transgenre n'a pas subi de chirurgie stérilisante (hystérectomie et ovariectomie), bien que reconnue en tant qu'homme à l'état civil, il peut choisir de porter son enfant conçu avec ses propres ovocytes. Les couples lesbiens dans lesquels l'une des partenaires est une femme transgenre peuvent se tourner vers l'AMP par le recours à une IAD. Si la femme transgenre a conservé ses spermatozoïdes avant la transition, ce sperme peut être utilisé dans une FIV ou une insémination dites intra-couple (car impliquant l'utilisation des gamètes des deux membres du couple). Dans ce cas l'enfant sera l'enfant génétique de ses deux mères.

Aujourd'hui aucune de ces configurations n'est permise en France, car l'AMP est réservée aux seuls couples hétérosexuels et la GPA est interdite. Seul le recours à un don de spermatozoïdes pour un couple hétérosexuel dont l'homme est transgenre est possible dans certains CECOS. La perspective de modification dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique laisse en suspens les possibilités pour les personnes transgenres. Si l'AMP permet à un couple homosexuel d'avoir un enfant, le sera-t-il sans le recours spécifiquement au don de spermatozoïdes ? Si une femme transgenre a pu conserver ses spermatozoïdes, est-ce que l'on imposera à ce couple de recourir à un don de spermatozoïdes ?

La possibilité en France pour une personne transgenre de bénéficier d'une préservation de fertilité n'est pas encore évidente. L'un des arguments notamment est la difficulté pour les centres de procéder à une préservation alors que l'utilisation n'est actuellement pas possible du fait de la législation actuelle encadrant l'AMP. L'expérience de préservation de fertilité des CECOS porte principalement autour des cas de maladies graves où le traitement (chimiothérapie ou radiothérapie) entraîne un risque important pour la stérilité<sup>4</sup>. Dans ces situations, la préservation doit être effectuée assez rapidement, et il n'est pas, ou bien très peu abordé la possibilité d'une utilisation future. Dans ces contextes, il est possible qu'il soit procédé à des préservations de fertilité pour des personnes homosexuelles sans questionnements des garanties d'utilisations futures. Une autre possibilité de conservation est possible en France depuis 2015. Cette autre possibilité est celle de se porter donneur ou donneuse de gamètes, sans avoir déjà eu d'enfant. Dans ces cas, les donneurs ou donneuses ont la possibilité de demander à préserver une partie des gamètes pour eux, et

<sup>3</sup> « A state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity » (Traduit par nos soins).

<sup>4</sup> D'autres situations de préservation de fertilité sont possibles, par exemple lors de diagnostic de syndrome de Klinefelter, à un âge précoce.

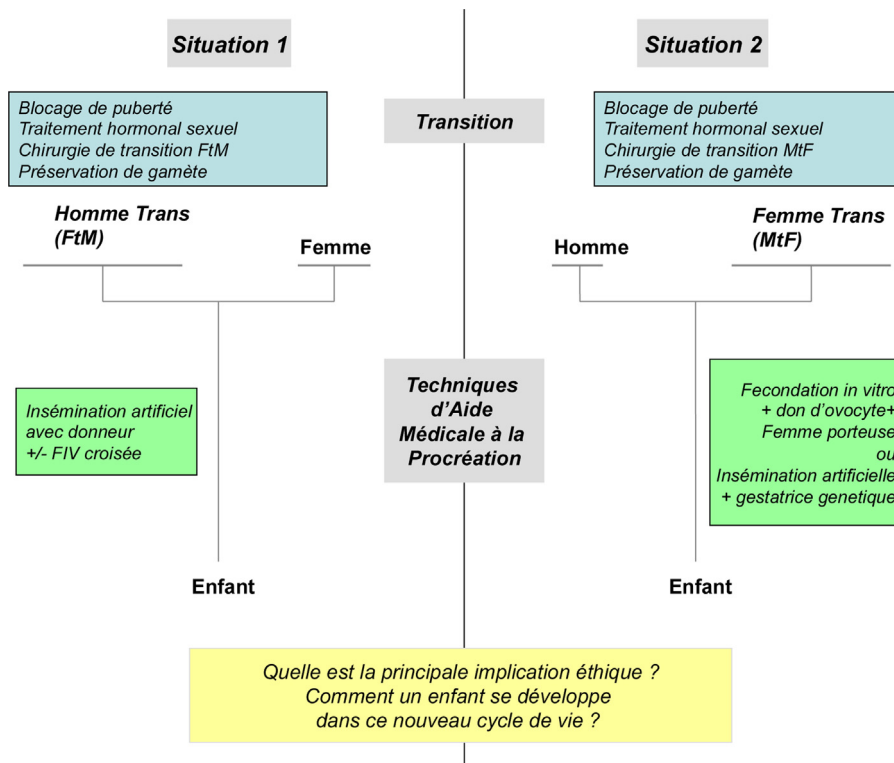


Fig. 1. Configuration hétérosexuelle pour les personnes trans de concevoir un enfant.

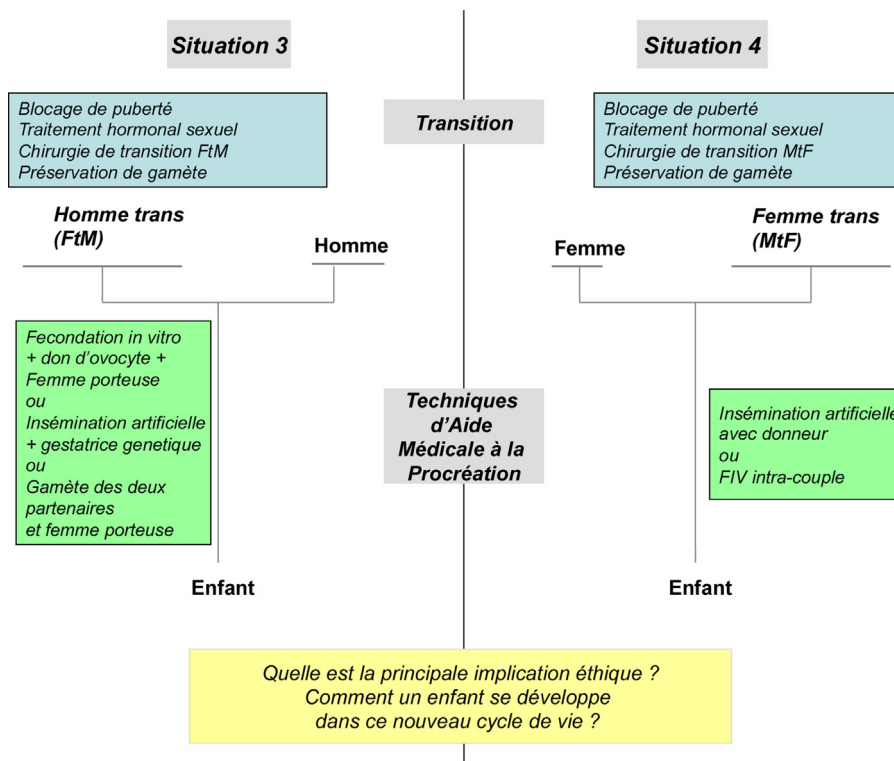


Fig. 2. Configuration homosexuelle pour les personnes trans de concevoir un enfant.

l'autre ira pour le don. La pratique de la préservation de fertilité tend alors à être distincte de son utilisation. Ceci augure des évolutions possibles des pratiques concernant les techniques de préservation des gamètes. La question reste à savoir ce qu'il en est des effets psychiques pour une personne d'avoir ses gamètes cryoconservés.

#### 4. De nouveaux cycles de vie

La combinaison de ces nouvelles configurations familiales et des progrès de la médecine de la reproduction ouvre un champ possible de structuration parentale qui n'aurait pu voir le jour sans ces

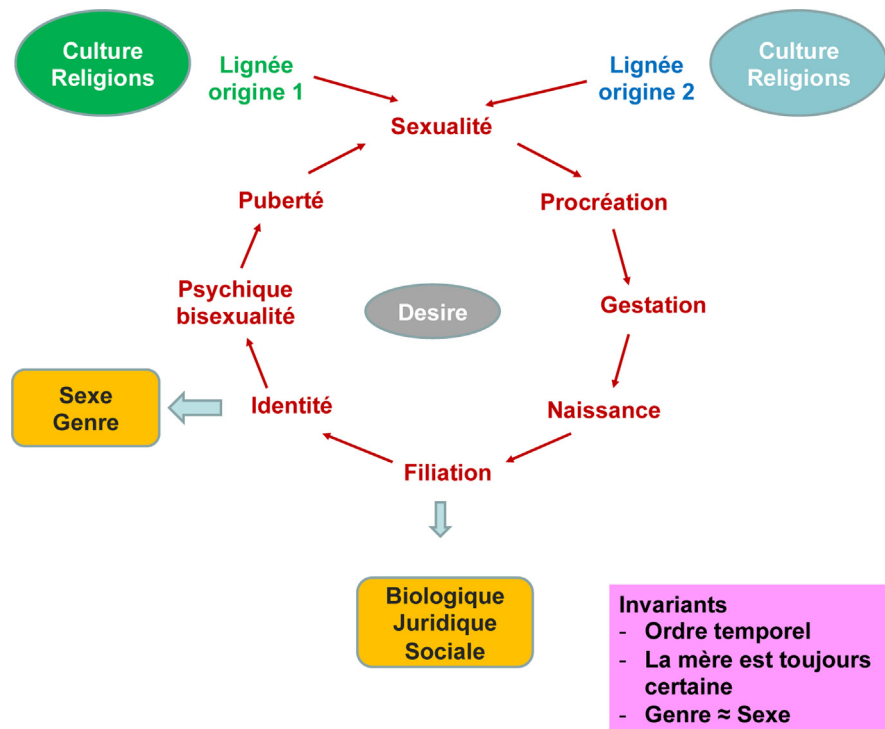


Fig. 3. Le cycle « traditionnel » de la vie dans les sociétés monothéistes.

évolutions tant sociétales que techniques. La réception de ces nouvelles offres que permettent les biotechnologies se distingue par deux positions souvent opposées : les bio-catastrophistes<sup>5</sup> ou les techno-prophètes<sup>6</sup> [14]. 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. Ces points de disjonction ont été soulignés par François Ansermet [15], et discutés avec d'autres [5]. Les points de disjonctions sont corollaires des points de butée face auxquels notre pensée achoppe. Ce qui était jusqu'alors considéré comme des invariants, ne présente plus la stabilité qu'on leur connaissait alors. La voie traditionnelle de conception d'un enfant prolongeait la continuité depuis deux lignées d'origine (l'une maternelle, l'autre paternelle). Le cycle de vie peut être représenté tel que le propose Condat, et al., sur la Fig. 3.

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 points de contraintes sur le plan des pensées individuelle et collective. Concernant les transidentités, peur et angoisse apparaissent face à la divergence entre deux réalités : l'assignation de naissance et sa propre image du corps (Fig. 4A). La transition de genre permet aux personnes trans de résoudre cette divergence, et l'aide médicale à la procréation leur permet de les accompagner dans la poursuite de la construction de leurs désirs. Au niveau collectif, l'expression de nouvelles possibilités de faire un enfant s'oppose aux invariants sexuels qui restent des invariants fondamentaux,

fondateurs et peu interrogeables pour plusieurs communautés culturelles et religieuses. Ces constructions entrent en conflit à la fois au niveau individuel et au niveau collectif, ce qui rend difficile la possibilité d'accepter ces nouvelles formes d'accès à la parentalité (Fig. 4B). L'accompagnement médical à la transition de genre et à la procréation vient ainsi 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  $1 + 1 + x = 3$ , et la concordance entre sexe et genre (Fig. 3). Tout ce qui peut déstabiliser ces invariants « traditionnels » induit appréhension et malaise.

## 5. Exploration des questions éthiques posées en suivant les principes de Beauchamp et Childress [16]

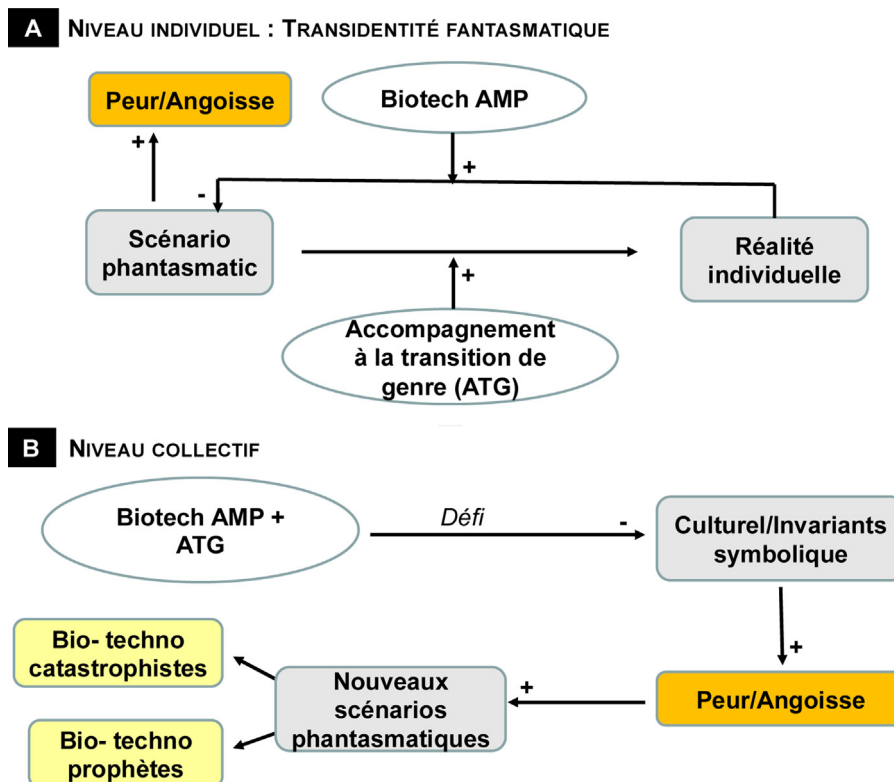
Si les biotechnologies dépassent parfois les limites de nos capacités de pensée, pour nous, en tant que professionnels du soin, ces nouvelles possibilités et ces nouvelles demandes qui suscitent, dans de nombreux pays dont la France, de vifs débats sociétaux, exige une étude éthique selon les principes 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. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous proposons ici quelques-unes des implications éthiques à considérer [16].

### 5.1. Principe de bienfaisance–non nuisance

En premier lieu, il doit être invoqué concernant les risques pour les donneurs potentiels d'ovocytes (inhérents à la stimulation ovarienne) et pour les femmes porteuses, notamment sur le plan médical, psychologique, mais aussi humain (inhérents à la grossesse, à l'accouchement et éventuellement pour leur propre famille). Cet argument a conduit certains pays à interdire la gestation pour autrui, le risque pouvant être celui de l'exploitation du corps humain comme forme d'esclavage moderne [17,18].

<sup>5</sup> Considérations dramatiques des dangers qu'ouvrent les biotechnologies.

<sup>6</sup> Considérations idéalisées des prouesses qu'ouvrent les biotechnologies.



**Fig. 4.** Représentation schématique des fantasmes produits à l'échelle individuelle dans le contexte des transidentités et au niveau collectif face aux invariants culturels et symboliques des sociétés monothéistes.

Également, le risque potentiel pour les futurs parents, d'abord sur les aspects psychologiques, et médicaux, mais aussi sociaux, la parentalité transgenre peut rencontrer des critiques sévères ainsi qu'une opposition forte. Toutefois, le bien-être des enfants à naître paraît in fine être la question éthique majeure. Elle a été assez peu étudiée à ce jour. Les données de la littérature sur la parentalité transgenre portent principalement sur les situations où au sein d'un couple, l'un des deux membres du couple a engagé un parcours de transition sociale, hormonale et chirurgicale après la naissance d'un enfant dans le couple. Dans ces configurations, nous relevons quatre études qui se sont intéressées à ce qu'il en était du développement des enfants. L'étude ancienne de Richard Green [19] réalisée sur 34 enfants restés en contact avec leur parent après la transition de celui-ci a conclu qu'il n'y avait pas d'influence du parcours de transition du parent sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre des enfants. En 2002, Freedman et al. s'intéressent au bien-être psychologique d'enfants dont l'un des parents est transgenre [20]. Dans leur cohorte d'étude, ils ont inclus 13 familles. Parmi ces familles, 3 ont plus d'un enfant, ce qui constitue pour cette étude une cohorte de 18 enfants. Ces enfants ont entre 3 et 15 ans (moyenne de 9,2 ans) et sont répartis en 10 filles et 8 garçons. Parmi ces enfants, 17 ont un parent MtF et un seul FtM. Les résultats montrent que sur le plan de l'identité de genre, il n'y a pas de dysphorie de genre relevée selon les critères DSM-IV-R. Seuls deux enfants pouvaient être entendus sur la question de l'orientation sexuelle, et ils s'avèrent être hétérosexuels. Sur le plan psychopathologique, aucun des enfants ne rapporte de trouble durant la phase de transition du parent. Notamment, n'est pas retrouvé un haut niveau de dépression ou de souffrance exprimée. L'étude relève toutefois des difficultés comparables à celles retrouvées dans les cas de séparation des parents, notamment lors des difficultés relationnelles entre l'enfant et ses parents, mais également des difficultés relationnelles avec les pairs. L'étude de Tonya White et Randi Ettner (2007) a montré que les enfants s'adaptent bien à la transition de

genre d'un de leurs parents, d'autant plus lorsqu'ils sont jeunes [21]. Leur étude porte sur 27 parents dont seulement deux sont FtM. Il s'agissait d'interroger les parents sur le développement des 55 enfants ainsi que la relation que les parents pouvaient expérimenter avec eux depuis la transition. La rencontre dans le cadre de leur étude a été faite 6 ans après la transition du parent transgenre. Environ 1/3 des enfants appellent son parent transgenre en public de la même manière qu'il pouvait le faire avant la transition, environ 1/3 des enfants utilisent le prénom du parent pour l'appeler en public. Le reste se répartit dans cette étude avec pour 20 % les enfants qui utilisent un autre surnom, 2 % l'appellent « oncle » ou « tante » et 5 % des enfants donnent au parent une appellation congruente avec le genre du parent post-transition. Sur le plan des troubles psychopathologiques, cette étude relève chez 19 enfants des troubles (39 %) répartis de la façon suivante : 7 présentent des antécédents de dépression (13 %), 3 des troubles liés au comportement alimentaire (5 %), 4 des troubles du déficit de l'attention et hyperactivité (7 %) et 2 des abus de substance (4 %). À cela s'ajoute un enfant qui a présenté des difficultés d'apprentissage et un autre qui a un handicap mental.

Ainsi, les auteurs de ces études ont pu relever deux facteurs qui semblent influencer positivement le développement des enfants : le premier est l'âge de l'enfant lors de la transition du parent. Plus l'enfant est jeune, mieux est vécue la transition par l'enfant. Le second est la bonne qualité des relations de l'enfant avec ses deux parents. Des travaux en sociologie ont également mis en avant l'importance de la manière dont les parents parvenaient à construire une narration de leur transition auprès de leurs enfants [22].

Pour ce qui concerne les naissances après la transition, une seule étude aujourd'hui rend compte du devenir des enfants nés grâce aux techniques d'aide médicale à la procréation. Il s'agit de la seule technique qui est offerte en France aux couples dont l'un des membres est transgenre : le don de spermatozoïdes à un

couple hétérosexuel. Dans ces situations, l'enfant n'a pas connu le parent transgenre sous son identité assignée à la naissance [1]. La méthodologie principale est un entretien clinique avec les parents ; et à l'enfant est proposé une échelle d'évaluation du développement psychomoteur (Brunet Lezine) ou de développement cognitif (Weschler), un dessin du bonhomme et un dessin de la famille. Les résultats de cette étude se sont étendus de 1999 à 2010 auprès de 68 couples. La plupart de ces enfants savaient qu'ils étaient nés par IAD et que leur père avait été assigné fille à la naissance. 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 et porte 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 [23,24]. À Gand, une autre étude en cours porte sur les enfants des parents de personne MtF et FtM en utilisant la norme « risque élevé de dommages graves », recommandée par l'*European society of human reproduction and embryology* (ESHRE) [25].

Outre la seule situation des personnes trans, l'évolution des techniques d'AMP interroge l'impact éventuel de la participation d'autres adultes que la mère et le père dit « sociaux » sur la dynamique familiale pour l'enfant à naître. Enfin, ce principe de bienfaisance, non-nuisance implique pour certain, d'interroger la porter des risques sur l'ensemble de la population mondiale, et avec comme argument principal celui de l'impact écologique de voir naître plus d'enfants. À ce titre, accéder à la demande d'AMP de personne transgenre induit potentiellement une augmentation de la population mondiale [26]. Ce point, s'il est avéré nécessite d'être interrogé non uniquement auprès des personnes transgenres, ni même auprès des personnes LGBTIQ, comme le rappelle Murphy. La question est à ouvrir auprès de l'ensemble de la population, à la manière d'un problème relevant de la santé publique et ne pas choisir de statuer ce point par un critère de discrimination.

## 5.2. Principe d'autonomie

La plupart des auteurs [27] 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 cela indépendamment des formes familiales et du statut d'identité de genre [17,27]. De ce principe d'autonomie découle la règle du consentement éclairé, soit la nécessité d'informer les personnes trans sur les questions de procréation, avant de commencer le traitement hormonal et/ou chirurgical. Cela de façon à percevoir clairement les effets potentiels du traitement, et des possibilités de préservation. L'emploi de techniques dites « artisanales »<sup>7</sup>, comme moyen de procréation non médical, mais permettant l'obtention d'une parentalité non adoptive, a permis aux personnes trans (ainsi qu'aux personnes homosexuelles) de répondre à leur désir d'enfant, malgré les limitations de l'AMP. Enfin, l'obtention du consentement dans les cas de personnes mineures impose l'obtention du consentement des parents. Dans les cas où le consentement des parents et des enfants ne peut pas être obtenu<sup>8</sup>, il est nécessaire de procéder de la même façon que toutes autres situations relevant du soin médical.

<sup>7</sup> Techniques de procréation sans intervention médicale, et sans rapport sexuel. Elles consistent principalement à l'injection de sperme frais dans la cavité vaginale, lors de l'ovulation.

<sup>8</sup> Pour cause d'invalidité durable ou temporaire, d'absence de l'un des détenteurs de l'autorité parentale, ou toutes autres situations ne permettant pas à la personne d'exprimer son consentement libre, et éclairé.

## 5.3. Principe de justice

Ce principe nécessite de considérer chaque cas de façon similaire à l'exception de l'existence d'une différence d'ordre moral. Que serait une différence morale entre la parenté trans et la parenté hétérosexuelle traditionnelle ? Nous avons précisé que la littérature n'avance pas de différence pour le développement des enfants nés dans ces deux types de parenté. L'accès à la préservation de gamète sera cependant le seul moyen de donner naissance à des enfants génétiquement apparentés après la chirurgie de transition. La transition de genre d'une personne trans est parfois considérée comme ne relevant pas de la santé, puisqu'il n'est pas question de pathologie. Et dans ce sens, l'un des arguments retrouvés fréquemment porte sur la nécessité de renoncer à un désir d'enfant. Néanmoins, si nous prêtons attention à écouter les personnes trans, il apparaît que la transition de genre est moins un choix, qu'une nécessité pour aboutir à une construction identitaire singulière de la personne, pour parvenir à un état de bien-être physique, psychique et social, au sens de la santé comme définit par l'OMS [5].

Par ailleurs, le risque de pratiquer une double norme discriminatoire avec des critères d'évaluation plus stricts pour les personnes transgenres ne doit pas être négligé. À l'inverse, le risque que la condition trans vienne masquer d'autres facteurs pertinents pour la prise de décision éthique nécessite d'être pensé. À propos des aspects techniques, l'intérêt des éventuelles femmes porteuses, et de leurs familles nécessite aussi d'être considéré. Enfin, la possibilité de bénéficier de cette procédure technique est limitée à certains pays, et dans des cadres juridiques variés. Ce point impose alors une différence dans les possibilités d'accès à ces procédures techniques. De plus, la variabilité des structurations d'assurances maladie impose là aussi des variabilités dans les modalités d'accès pour les personnes concernées [28].

## 6. Conclusion

Les progrès biotechnologiques et les évolutions sociétales ont conduit à des débats animés à la fois dans la sphère publique, mais aussi scientifique où de véritables questions éthiques sont soulevées. Les états généraux de bioéthique en France en sont un exemple. L'enjeu ultime reste finalement le bien-être de l'enfant à naître. Les premiers travaux de recherche empirique ne soutiennent pas l'idée d'un impact négatif sur les enfants. Il reste à savoir ce qu'il adviendra des travaux actuels en cours qui porteront sur les différentes configurations encore possibles pour la population transgenre, et pour les enfants.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Chiland C, Clouet A-M, Guinot M, Golse B, Jouannet P, Revidi P. Pères d'un nouveau genre et leurs enfants. *Psychiatr Enf* 2013;56(1):97–125. <http://dx.doi.org/10.3917/psyse.561.0097>.
- [2] Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Avis sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) (Avis 126); 2017. Consulté sur : <http://www.ccne-ethique.fr>.
- [3] Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-non conforming people, version 7. *Int J Transgend* 2012;13(4):165–232.
- [4] Agence de Biomédecine (ABM). Autoconservation des gamètes de personnes transsexuelles souhaitant procéder à un traitement de réassignation sexuelle (Avis du conseil d'orientation); 2014. Consulté sur : <https://www.agence-biomedecine.fr>.
- [5] Condat A, Mendes N, Drouineaud V, Gründler N, Lagrange C, Chiland C, et al. Biotechnologies that empower transgender persons to self-actualize as individuals, partners, spouses, and parents are defining new ways to conceive a child: psychological considerations and ethical issues. *Philos Ethics Human Med* 2018;13(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s13010-018-0054-3>.

- [6] Poirrier F, Condat A, Laufer L, Rosenblum O, Cohen D. Non-binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature. *Neuropsychiatr Enf Adolesc* 2018 [in press].
- [7] Money J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1955;96(6):253–64.
- [8] Benjamin H. Transvestism and transsexualism. *Int J Sexol* 1953;7(1):12–4.
- [9] Steinberg S, editor. Une histoire des sexualités. Paris: PUF; 2018.
- [10] World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Retrieved; 2018.
- [11] Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enf Adolesc* 2016;64(1):240–64.
- [12] Cohen-Kettenis PT, Schagen SEE, Steensma TD, de Vries ALC, Delemarrevan de Waal HA. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Arch Sex Behav* 2011;40(4):843–7. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>.
- [13] Giami A. Procréation et parentalité dans la population trans. Genre, parcours biographique, parcours de transition. In: Hérault L, editor. *La parenté transgenre*. Aix-en-Provence: Presses universitaires de Provence; 2014. p. 93–105.
- [14] Lecourt D. Humain, posthumain. Paris: PUF; 2003.
- [15] Ansermet F. *La Fabrication des Enfants*. Paris: Odile Jacob; 2015.
- [16] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4e Ed New York, Oxford: Oxford University Press; 1994. X-546 p.
- [17] De Wert G, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al. 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.
- [18] Brothers D, Ford WCL. Gender reassignment and assisted reproduction, an ethical analysis. *Hum Reprod* 2000;15(4):737–8.
- [19] Green R. Transsexual's children. *Int J Transgend* 1998;2(4) [retrieved April 20, 2007, from [www.symposion.com/ijt/ijt0601.htm](http://www.symposion.com/ijt/ijt0601.htm)].
- [20] Freedman D, Tasker F, Di Ceglie D. Children and adolescents with transsexual parents referred to a specialist gender identity development service: A brief report of key developmental features. *Clin Child Psychol Psychiatr* 2002;7(3):423–32.
- [21] White T, et Ettner R. Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2007;16(4):215–21.
- [22] Hines S. Intimate transition: transgender practices of partnering and parenting. *Sociology* 2006;40(2):353–71.
- [23] Mamou G, Lagrange C, Mendes N, Wielart J, Poirrier F, Medjkane F. The developmental implications of the use of new reproductive technologies for transgender people: a comparative cross sectional protocol. *Front Psychiatr* [in press].
- [24] Mendes N. *Le père et le genre : la paternité en question par l'aide médicale à la procréation pour des hommes transgenres (thèse de doctorat inédit)*. Université Paris Nanterre; 2018.
- [25] Task force Ethics ESHRE, Law, Pennings G, de Wert G, Shenfield F, Cohen J, et al. The welfare of the child in medically assisted reproduction. *Hum Reprod* 2007;22(10):2585–8.
- [26] Murphy TF. Bioethics, children, and the environment. *Bioethics* 2018;32:3–9.
- [27] Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee, opinion. *Fertil Steril* 2015;104(5):1111–5.
- [28] Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016;388:412–36.