

Rapport

LA TRANSIDENTIFICATION DES MINEURS

Mars 2024



TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE ET PRÉCONISATIONS	9
1. INTRODUCTION	19
<i>Liste des personnes auditionnées</i>	20
2. ETAT DES LIEUX	25
A. HISTOIRE ET CARTOGRAPHIE ACTUELLE DANS PLUSIEURS PAYS	25
1. <i>Un peu d'histoire</i>	25
a. La naissance du vocable « <i>genre</i> »	25
b. Qu'est-ce que l'« <i>identité de genre</i> » ?	31
c. Occurrence des mots « <i>transgenre</i> » et « <i>transidentité</i> » sur google et dans un journal français « Le Monde » entre 2000 et 2023	33
d. Les premières « <i>gender identity clinics</i> », ou cliniques du genre pour mineurs, dans plusieurs pays : USA – Canada – Pays- Bas – Royaume-Uni et la France	35
e. Carte des principales cliniques du genre pour enfants et adolescents aux USA	35
f. Le <i>Dutch Protocol</i> ou protocole néerlandais	37
g. L'évolution de la classification internationale : du « <i>transsexualisme</i> » à l'« <i>incongruence de genre</i> »	40
h. Le lexique trans	42
2. <i>Données chiffrées comparatives entre pays (hors France) et état des lieux</i>	46
a. Pays-Bas	47
b. Finlande	48
c. Suède	50
d. Norvège	53
e. Danemark	53
f. Royaume-Uni	56
g. Belgique	60
h. Allemagne	61
i. Suisse	62
j. Espagne et Catalogne	65

k. Italie	68
l. Canada	69
m. USA	70
n. Australie	75

B. LA FRANCE 75

1. <i>Données chiffrées</i>	75
a. Les demandes de transition dans les services dédiés	75
b. Les préconisations françaises	77
2. <i>Les modes de prise en charge</i>	78
a. La prise en charge hospitalière	78
b. Le planning familial	79
c. Les consultations privées	79
d. La pédopsychiatrie aujourd'hui	80
e. Sondage : quel regard portent les médecins en France sur la médicalisation des mineurs ?	81

3. LA CONTROVERSE MEDICALE 83

A. MÉDECINE FRANÇAISE 87

1. <i>Services dédiés à la « médecine du genre » pour enfants et adolescents</i>	87
a. Hôpitaux publics	87
1) Pr David Cohen, pédopsychiatre, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière	87
2) Pr Laetitia Martinerie et son équipe, Hôpital Robert Debré	91
3) Dr Jean Chambry, pédopsychiatre, CIAPA	94
b. Hôpitaux privés	97
1) Dr Hervé Hubert, pédopsychiatre, Fondation l'Élan Retrouvé	97
2. <i>Centres experts autisme et associations autisme</i>	100
1) Pr Amaria BAGHDADLI, Responsable du Département universitaire de pédopsychiatrie et du Centre de ressources sur l'autisme au CHU de Montpellier avec le Dr Aurore David, psychiatre, praticien hospitalier, CHU de Montpellier	100

2)	Dr Eric LEMONNIER, pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, Directeur du centre expert autisme et du centre expert ressources du Limousin	101
3)	Magali PIGNARD, cofondatrice de deux associations de personnes autistes, PAARI et AFFA	101
4)	Marion LAVERGNE, Déléguée générale d'Autisme info service	102
3.	<i>Médecine holistique</i>	102
1)	Dr Christian Flavigny, pédopsychiatre	102
2)	Pr Maurice Corcos, pédopsychiatre, chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris	105
3)	Dr Catherine Zittoun, pédopsychiatre, Chef de Pôle, GHU Paris	106
4)	Pr Daniel Marcelli, pédopsychiatre, ancien chef de service de psychiatrie infanto-juvénile au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers	107
5)	Dr Maurice Berger, pédopsychiatre, ancien chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Étienne	109
6)	Dr Danielle Sotto, pédiatre	115
7)	Dr Nicole Athea, médecin gynécologue-endocrinologue	117
4.	<i>La chirurgie</i>	126
1)	Pr Laurent Lantieri, chef de service de chirurgie plastique et reconstructive à l'hôpital européen Georges Pompidou	126
2)	Dr Nicolas Morel Journal, chirurgien, urologue, CHU Lyon Sud - Service Urologie, co-président Trans Santé France	130
5.	<i>La médecine des variations du développement génital</i>	131
1)	Pr Michel Polak et son équipe, Hôpital Necker Enfant Malades	131
6.	<i>Le communiqué de l'Académie de Médecine : février 2022</i>	135
B. LES EXPÉRIENCES MÉDICALES À L'ÉTRANGER		138
1.	<i>USA</i>	138
1)	Zhenya Abbruzzese pour SEGM : Society for Evidence Based Gender Medicine	139
2)	Pr Stephen B. Levine, MD Clinical, Université Case Western Reserve, School of Medicine Psychiatrist	141

3)	Dr Lisa Littman, médecin gynécologue, The Institute for Comprehensive Gender Dysphoria Research	146
4)	Dr Patrick Hunter, pédiatre.....	149
2.	<i>Le Canada</i>	153
1)	Pr Kenneth Zucker, anc. Directeur gender identity service, Professeur honoraire de psychologie, Université de Toronto	153
2)	Dr Lori Regenstreif, psychiatre	157
3)	Dr Joanne Sinai, psychiatre	157
4)	Samuel Veissière, docteur en anthropologie, clinicien-chercheur, Centre de santé universitaire de Montréal	158
3.	<i>Europe</i>	165
a.	Royaume-Uni	165
1)	Michaël Biggs, maître de conférences en sociologie à l'Université d'Oxford	165
2)	Dr David Bell, psychiatre, ancien gouverneur du Tavistock & Portman NHS Foundation Trust	177
b.	La Finlande	183
1)	Pr Riittakerttu Kaltiala, médecin chef du département de psychiatrie de l'adolescence, Université de Tampere	183
c.	Les Pays-Bas	189
1)	Dr Annelou de Vries, pédopsychiatre, médecin chef du département de pédopsychiatrie du Centre d'expertise sur la dysphorie de genre à l'UMC d'Amsterdam	189
d.	Espagne	199
1)	Jose Manuel Errasti Perez, maître de conférences en psychologie, Université d'Oviedo.....	199
2)	Silvia Carrasco, maître de conférences en anthropologie à l'Université de Barcelone	201
C. DES INSTITUTIONS PUBLIQUES RELATIVES À LA SANTE ET À LA PROTECTION DE L'ENFANCE		204
1.	<i>HAS, Haute Autorité de Santé</i>	205
2.	<i>Ministère de la Santé</i>	207
3.	<i>Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du département 75</i>	210

4.	<i>Le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge</i>	212
----	--	-----

	POINTS-CLÉS 1 : LA CONTROVERSE MÉDICALE	215
--	--	-----

4. CULTURE, EDUCATION ET DROIT **217**

A.	UN POINT DE VUE DE PHILOSOPHE SUR L'ADOLESCENCE ET LA SOCIÉTÉ	217
----	--	------------

1)	Pr Jean-François Braunstein, philosophe, Université Panthéon-Sorbonne	217
----	--	-----

B.	L'IMPACT DES RÉSEAUX SOCIAUX SUR LES ADOLESCENTS	220
----	--	------------

1)	Angélique Gozlan, chercheur et psychologue clinicienne	220
----	---	-----

C.	LA TRANSIDENTITÉ À L'ÉCOLE	226
----	----------------------------------	------------

1.	<i>Le Ministère de l'Éducation nationale</i>	227
----	--	-----

1)	La « circulaire Blanquer »	229
----	----------------------------------	-----

2.	<i>Association SOS Education</i>	239
----	--	-----

D.	LE DROIT : UNE CONTROVERSE	256
----	----------------------------------	------------

1)	Olivia Sarton, juriste	256
----	------------------------------	-----

2)	Benjamin Moron-Puech, Maître de conférences en droit, Université Lumière Lyon 2	266
----	--	-----

3)	Des exemples de procès en cours aux USA	274
----	---	-----

	POINT-CLÉS 2 : CULTURE, ÉDUCATION ET DROIT	279
--	---	-----

5. LA SOCIÉTÉ CIVILE IMPLIQUÉE **281**

A.	LES PARENTS ET LEURS ASSOCIATIONS	281
----	---	-----

1)	Le collectif Ypomoni	282
----	----------------------------	-----

2)	AMQG, Association pour une approche Mesurée des Questionnements de Genre chez les jeunes	292
----	---	-----

3)	Le collectif Grandir Trans	300
----	----------------------------------	-----

B.	LES ASSOCIATIONS MILITANTES TRANS	303
----	---	------------

1)	Béatrice Danaes, co-présidente de l'association Trans Santé France.	303
----	---	-----

2)	Anaïs Perrin Prevelle co-présidente de l'association OUTrans	305
----	---	-----

3) Claire Vandendriessche, coordinatrice de la plateforme Trajectoires Jeunes Trans	306
4) Madeline Le Pollès pour le collectif l'Être trans	317
C. LE POINT DE VUE DES FÉMINISTES	327
1) Kathleen Stock, philosophe et féministe	327
2) Michèle Vianes, présidente de Regards de femmes	329
3) Blandine Deverlanges, Rebelles du Genre	333
D. LA DÉTRANSITION : UN PARCOURS DIFFICILE	334
1) Une détransitionneuse	336
2) Références sur les détransitions	339
POINT-CLÉS 3 : LA SOCIÉTÉ CIVILE IMPLIQUÉE	364
6. CONCLUSION ET PRECONISATIONS	365
A. CONCLUSION	365
B. PRÉCONISATIONS	366
1. <i>Préconisations dans les domaines scientifique et médical</i>	367
2. <i>Préconisations dans le domaine scolaire et administratif</i>	368

SYNTHÈSE ET PRÉCONISATIONS

Témoin, ces dernières années, de la **hausse croissante des demandes de changement de sexe chez les enfants et les adolescents**, en France comme à l'étranger, **le Groupe Les Républicains au Sénat a estimé légitime et nécessaire de conduire une étude approfondie sur le sujet.**

Sous l'égide de la Sénatrice Jacqueline EUSTACHE-BRINIO (Val d'Oise), un groupe de travail a auditionné 67 experts français et internationaux, tous concernés par cette thématique, et rendant compte de tous les points de vue : ceux des médecins et des équipes médicales en France et dans le monde, ceux des associations de personnes concernées et des parents, ceux des institutions. Leur parole a guidé les sénateurs dans leur réflexion sur ce qui, à terme, doit prévaloir s'agissant des pratiques juridiques, médicales, sociales et éducatives de prise en charge des mineurs en questionnement de genre.

Le groupe de travail a choisi d'employer **le terme de « transidentification »**, afin de distinguer la « *transidentité* », ce qu'on appelait autrefois le « *transsexualisme* », de **l'apparition plus récente d'un phénomène inédit d'enfants et d'adolescents qui « s'identifient » trans**. Il apparaît que la prise en charge de ces mineurs suscite en France, et dans le monde, **des prises de position discordantes et évolutives, parce qu'elle n'est pas sans incidence sur leur santé physique et psychologique.**

De ce travail est issu un rapport, destiné à fournir un ensemble d'arguments, parfois contradictoires, qui tente d'**appréhender le sujet dans ses multiples dimensions** : scientifique, historique, sociologique, linguistique, etc.

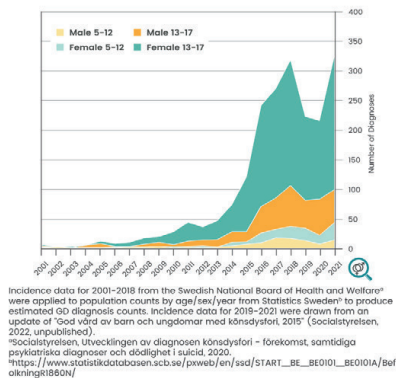
Le rapport s'achève par 16 préconisations des sénateurs qui leur semblent les mieux à même de **protéger ces mineurs particulièrement vulnérables**. Celles-ci portent, d'une part, sur les **domaines scientifique et médical** et, d'autre part, sur les **domaines scolaire et administratif**.

**67 EXPERTS FRANÇAIS ET INTERNATIONAUX ENTENDUS
35 HEURES D'AUDITION**

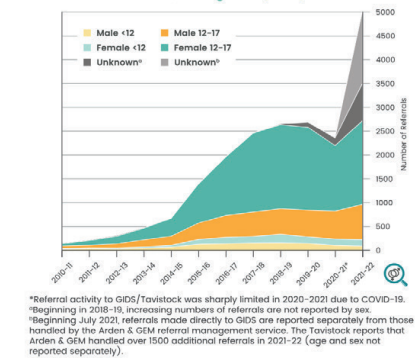
1. La hausse croissante des demandes de changement de sexe chez les mineurs ces dernières années...

▸ Les pays occidentaux ont observé une **augmentation très importante de jeunes en questionnement de genre**, en particulier ces dix dernières années. Au regard de cette détresse liée à la question du sexe, **il est essentiel d'adapter les parcours de soins, qui n'ont pas été modifiés depuis 2006** (*Dutch Protocol*).

Child and Adolescent Diagnoses of Gender Dysphoria
Sweden



Child and Adolescent Referrals for Gender Dysphoria
United Kingdom (GfDS)



Diagnostics des jeunes atteints de dysphorie de genre

New diagnoses in the United States of patients ages 6-17



Source: Komodo Health Inc

▸ En France, comme à l'étranger, il apparaît que **le débat scientifique et médical sur le sujet est tendu**. Sous couvert de la lutte, nécessaire, contre les discriminations et pour les droits des minorités, certaines associations tentent d'imposer dans les instances nationales et internationales **le principe de l'autodétermination de l'enfant**, au préjudice de l'autorité parentale et de preuves scientifiques de qualité.

▸ Le diagnostic de « *dysphorie de genre* », tel que façonné par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), semble **accélérer le parcours de nombreux adolescents en détresse pubertaire vers une transition médicale**, au motif que leur ressenti a valeur de diagnostic, peu important les éventuelles comorbidités, l'influence des réseaux sociaux ou encore celle des pairs.

▸ **Dans cinq pays européens**, la Finlande, la Suède, la Norvège, le Danemark et le Royaume-Uni, **des médecins spécialisés dans le domaine de la transidentité chez les mineurs ont tiré la sonnette d'alarme au vu des résultats cliniques des traitements prodigués**.

▸ **A l'automne 2023, trois pays voisins, l'Allemagne, la Suisse et l'Espagne se sont également mobilisés** : l'Allemagne en produisant un rapport (Bundestag), la Suisse en votant une motion (Canton de Berne), et l'Espagne en adoptant une loi (Assemblée régionale de Madrid), tous destinés à réguler les pratiques de soins.

▸ En France, les équipes des consultations dédiées aux enfants et aux adolescents en questionnement de genre peuvent être qualifiées de « *transaffirmatives* », dans la mesure où **elles accompagnent les jeunes vers la transition médicale, et ce dès la puberté**. Ces équipes se réfèrent, pour la plupart, aux recommandations de l'*Endocrine Society*, qui repose sur la « *Dutch approach* », mise en place aux Pays-Bas à la fin des années 1990, ainsi qu'aux directives internationales de la WPATH (Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres).

▸ Les professionnels de santé français qui s'opposent à un accompagnement de type « *transaffirmatif* » prônent une **approche plus globale de la souffrance de l'adolescent**. Certains d'entre eux estiment que la demande de changement de genre de l'adolescent est à entendre et à questionner, par une approche psychothérapeutique, sans y apporter de réponse par un traitement médical immédiat.

▸ A l'heure actuelle, le manque de consensus et de débat sur le diagnostic de « *dysphorie de genre* » des mineurs est criant, **ce qui obère la qualité des réponses cliniques appropriées à un jeune public**.

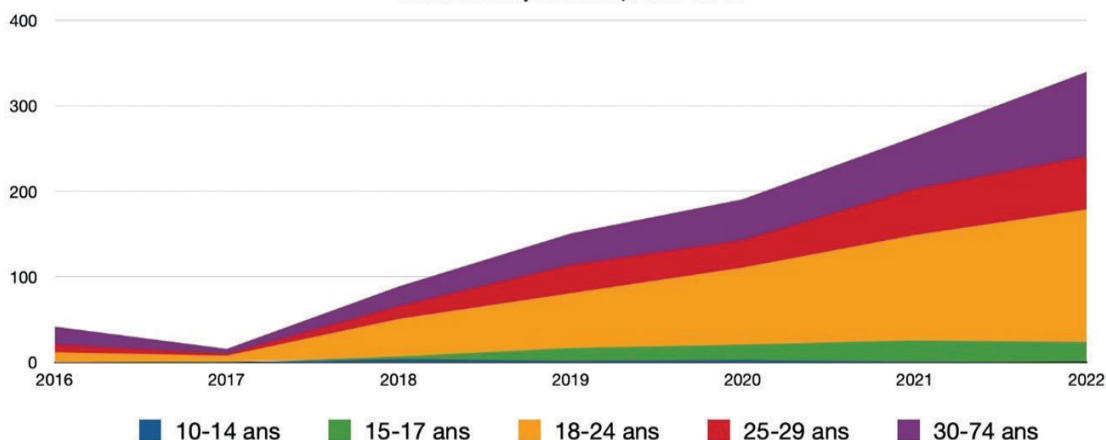
Les services spécialisés ont augmenté en France (au nombre de 18), traduisant

la focalisation des services de santé sur le traitement médicalisé de la dysphorie de genre, plutôt que sur les comorbidités.

▸ **La Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie par le ministère de la Santé et par la Caisse Nationale de l'Assurance maladie (CNAM) du sujet de la prise en charge des personnes transgenres, en vue d'établir des recommandations de bonnes pratiques, qui aujourd'hui n'existent pas en France.** La HAS a décidé de procéder en deux étapes :

- Elle a installé un premier groupe de travail relatif à la prise en charge des **personnes transgenres âgées de 16 ans et plus**, qui devrait aboutir à la publication de recommandations à la fin du premier semestre 2024.
- Courant 2025, elle examinera le cas des **jeunes de moins de 16 ans**, dans le cadre d'un groupe de travail dédié, différemment composé.

**Opérations pour transformation de sexe (femme à homme) en Suisse.
Nombre de patientes, 2016-2022**



Nombre de patients avec diagnostic principal F64 (dysphorie de genre) et un traitement principal ou secondaire 6451 ou 645x10 : opération pour transformation de sexe (femme en homme) (sans patients ambulatoires)

Types d'opérations: mastectomies, construction de pénis, ablation de l'utérus, ablation des ovaires, etc.

Graphique AMQG - Source : Office fédéral de la statistique, division santé et affaires sociales. Statistique médicale des hôpitaux

Opérations pour transformation de femme à homme	10-14 ans	15-17 ans	18-24 ans	25-29 ans	30-74 ans
2016		1	11	9	21
2017			8	2	6
2018	4	3	44	15	23
2019	2	15	64	33	37
2020	3	18	90	32	48
2021	1	25	123	54	61
2022		24	155	62	99

2. ...doit conduire la France à prendre en compte les expériences des pays étrangers...

▸ **La pédopsychiatrie française s'est paupérisée, les conditions d'accueil des enfants sont difficiles, et les délais d'attente pour une prise en charge sont longs**, ce qui accroît davantage le risque d'anxiété, voire de détresse, aussi bien des enfants que des parents. Tous les médecins conviennent que **ces jeunes ne peuvent attendre avant de recevoir un soutien, une écoute, un accompagnement**. Il est également indispensable que **les parents puissent bénéficier d'informations objectives et éclairées sur le mal-être de leur enfant**, dont la demande de changement de sexe peut être révélatrice d'une détresse psychologique multifactorielle.

▸ **Actuellement, parents et enfants doivent donner leur consentement avant tout traitement de nature médicale**. La question importante qui se pose est celle **de l'âge auquel un mineur est apte à consentir à ces traitements**, qui ont d'importantes répercussions sur leur vie sexuelle et affective futures.

▸ Aujourd'hui, un mineur en questionnement de genre peut consulter dans un centre dédié, à l'hôpital privé ou public, ou encore un médecin non spécialisé en ville, **et se faire prescrire des médicaments, hors autorisation de mise sur le marché (AMM), sans que ne s'imposent des règles précises sur le plan national**. Plusieurs études internationales critiques soulignent les effets indésirables des bloqueurs de puberté, qui n'ont pas fait l'objet de recherches suffisantes sur leurs incidences à long terme. **La réversibilité des traitements ne semble pas aussi totale que ce qu'affirment les prescripteurs**. En revanche, les effets secondaires sont bien connus.

▸ Plusieurs experts auditionnés ont estimé que **les lignes directrices actuelles en matière de traitement ne respectaient pas la norme de soins exigée dans le domaine médico-légal**, notamment en termes de conformité avec les normes méthodologiques. Une partie de la communauté médicale s'accorde pour dire que **les directives thérapeutiques doivent être révisées sur la base des résultats d'exams systématiques des preuves**.

▸ Le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports s'est engagé, depuis plusieurs années, dans la lutte contre les discriminations et notamment contre l'homophobie et la transphobie, dans le cadre d'un plan d'action piloté par la DILCRAH. Dans le but, louable, d'apporter un cadre sécurisant d'action pour les personnels de l'Éducation nationale, **une circulaire, dite « circulaire Blanquer », a été prise**. Cette circulaire est contestée, car elle n'inciterait pas au strict respect du principe de neutralité de l'école.

▸ L'influence du transactivisme au sein de l'école, notamment dans les manuels scolaires, les cours d'éducation à la sexualité, ou encore les formations proposées par certaines associations, **interroge sur l'orientation prise par l'institution scolaire qui, en tant que service public, a un devoir de neutralité et d'égalité.**

▸ Ces dernières années, de plus en plus de parents de mineurs et de jeunes majeurs en questionnement de genre se sont regroupés au sein de collectifs ou d'associations. Pour une partie d'entre eux, ils soutiennent et encouragent l'autodétermination de leurs enfants. D'autres font part de leurs inquiétudes quant à une transition sociale ou médicale rapide de ceux-ci. **Tous ces parents en appellent à des informations fiables et sollicitent l'aide des professionnels de santé.**

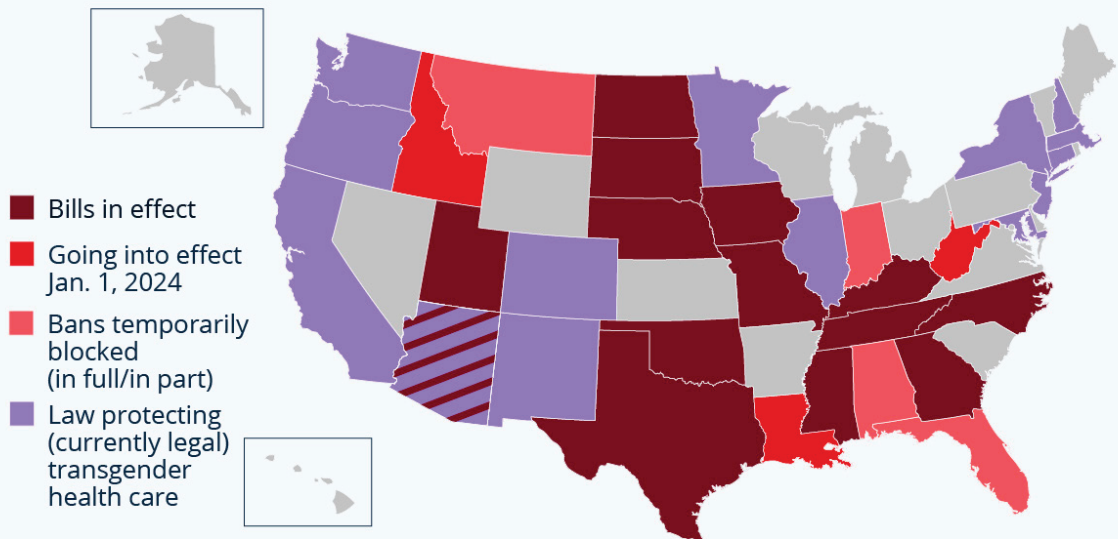
▸ **Les jeunes qui souhaitent revenir à leur identité sexuée d'origine (détransition) sont en augmentation.** Plusieurs études montrent que leur nombre est sous-estimé et qu'il devrait encore s'accroître dans les années à venir. Certains chercheurs soulignent qu'il faut attendre entre 5 et 8 ans après un traitement de transition, pour pouvoir évaluer le nombre de détransitions. Si les chiffres varient selon les études, du fait d'un manque de cohérence des données, certains évaluent de 7 à 10 % de la population concernée, le nombre de retours à l'identité sexuée. Pour d'autres études, ce chiffre atteindrait jusqu'à 20 % d'arrêts des traitements. **Il en résulte que les personnes souhaitant détransitionner devraient pouvoir bénéficier, sans crainte d'être stigmatisées notamment par leurs pairs, de soins appropriés.**

▸ Nos voisins nous montrent qu'**il existe deux voies pour appréhender la prise en charge médicale des mineurs en questionnement de genre :**

1. **La prise de recommandations par les autorités sanitaires** (Finlande, Suède, Royaume-Uni).
2. **L'encadrement des pratiques par la voie législative** (Etats-Unis, Espagne).

Where Gender-Affirming Care for Minors Is Being Outlawed

U.S. states banning/limiting gender-affirming health care for patients younger than 18 (as of Nov. 13, 2023)



statista

► Quelle que soit la voie choisie, la locution latine « *Primum non nocere* » (« *D'abord ne pas nuire* »), principe de prudence enseigné aux professionnels de santé, a été régulièrement rappelée lors des auditions.

3. questionnement de genre

1. PRÉCONISATIONS DANS LES DOMAINES SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL

1. **Imposer l'évaluation et le diagnostic de la transidentité des mineurs par des équipes pédopsychiatriques de proximité (CMP, services pédopsychiatriques, Maison des adolescents, CMPP, pédopsychiatres de ville etc...).**
2. **En présence de troubles psychopathologiques et/ou neurodéveloppementaux, prévoir, en première intention, une prise en charge psychiatrique et/ou psychothérapeutique de l'enfant et de sa famille.**
3. **Si la détresse liée au genre perdure depuis la petite enfance, que le jeune ne présente aucun trouble psychopathologique majeur associé, dans cette seule situation, adresser le mineur vers un service spécialisé dans l'incongruence de genre, à l'instar de ce qui est pratiqué dans plusieurs pays d'Europe du nord.**
4. **Interdire la prescription de bloqueurs de puberté aux mineurs pour l'indication de dysphorie de genre.**
Pour les jeunes actuellement sous traitement, celui-ci ne sera pas interrompu. Au moment de la prescription des hormones croisées (si celle-ci reste souhaitée) : réévaluation de l'état psychologique du jeune, de sa prise en charge et de son consentement.
5. **Interdire la chirurgie dite de réassignation sexuelle aux mineurs. Par ailleurs, les apports récents des neurosciences au sujet de la maturité du cerveau montrent que celui-ci continue d'évoluer jusqu'à 25 ans, incitant à la prudence pour toute « réassignation » chirurgicale avant cet âge.**
6. **Interdire la prescription et l'administration d'hormones croisées à tous les mineurs.**
7. **Prévoir un accueil spécifique à l'hôpital pour les personnes qui souhaitent dé-transitionner et favoriser la recherche sur la qualité des soins à leur apporter.**
8. **Préconiser, dans le domaine de la recherche, la revue systématique des données, fondée sur les preuves à l'instar des pratiques EBM (evidence based medicine) appliquées en médecine.**

2. PRÉCONISATIONS DANS LE DOMAINE SCOLAIRE ET ADMINISTRATIF

9. **Abroger la circulaire, dite « Blanquer », du 29 septembre 2021, « Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire ». Parce qu'elle crée un régime d'exception pour les « élèves transgenres », la circulaire remet en cause les principes de neutralité et d'égalité au sein de l'institution scolaire.**
10. **Remplacer la circulaire par une note de service afin de sécuriser les personnels de l'Éducation nationale, désigner les enfants comme « enfants en questionnement de genre » et non plus « enfants transgenres ». L'objet de la note de service est d'aider les personnels à se positionner clairement dans le respect des lois existantes, en restant neutres.**
11. **Veiller au respect par l'Éducation nationale de l'état civil de l'enfant (prénom et sexe). La controverse scientifique et médicale concernant l'impact de la transition sociale sur les mineurs invite à rester neutre à l'école.**
12. **Protéger les espaces non mixtes s'agissant des sanitaires, douches et vestiaires dans les établissements scolaires.**
13. **Interdire l'intervention auprès des élèves, dans les établissements scolaires, des associations qui ne respectent pas le principe de neutralité de l'Éducation nationale.**
14. **Mettre en place une veille, au sein du ministère de l'Éducation nationale, sur le contenu des manuels scolaires mis à disposition des enfants et adolescents concernant l'identité sexuelle, dans un principe de neutralité de l'école.**
15. **Prévoir que les formulaires administratifs, actes, questionnaires, documents, etc. diffusés par une personne publique, ou une personne privée agissant dans le cadre d'une délégation de service public, ne puissent comporter que la mention du sexe masculin ou féminin.**

INTRODUCTION

Témoign, ces dernières années, de la hausse croissante des demandes de changement de sexe chez les enfants et les adolescents, en France comme à l'étranger, le Groupe Les Républicains du Sénat a estimé légitime et nécessaire de conduire une étude approfondie sur le sujet.

Afin de dessiner les contours d'une vue d'ensemble, les sénateurs LR ont auditionné 67 experts français et internationaux, tous concernés par cette thématique.

Le groupe de travail a choisi d'employer le terme de « *transidentification* », afin de distinguer la « *transidentité* »¹, ou ce qu'on appelait autrefois le « *transsexualisme* » (qui témoigne d'une « *dysphorie de genre* » sévère, à savoir le fort ressenti d'être de l'autre sexe depuis le plus jeune âge qui perdurait jusqu'à l'âge adulte), de l'apparition plus récente d'un phénomène inédit d'enfants et d'adolescents qui s'identifient *trans*. Or, la prise en charge de ces mineurs qui s'identifient *trans* suscite en France, et dans le monde, des prises de position contradictoires, parce qu'elle n'est pas sans incidence sur leur santé physique et psychologique.

Pour mener à bien cette étude, le Groupe Les Républicains s'est appuyé sur l'expertise de deux spécialistes, Céline Masson, professeur des Universités en psychologie de l'enfant et de l'adolescent, psychologue à l'Œuvre de Secours aux Enfants et Caroline Eliacheff, pédopsychiatre, ancien médecin responsable d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) enfants en banlieue parisienne. Toutes deux sont co-directrices de l'Observatoire la Petite Sirène².

De ce travail est issu le présent rapport, destiné à fournir un ensemble d'arguments, parfois contradictoires, qui tentent d'appréhender le sujet dans ses multiples dimensions : scientifique, historique, sociologique, linguistique, etc.

Le rapport se termine par 16 préconisations des sénateurs qui leur semblent les mieux à même de protéger ces mineurs particulièrement vulnérables. Celles-ci portent, d'une part, sur les domaines scientifique et médical et, d'autre part, sur les domaines scolaire et administratif.

Les sénateurs qui ont participé au groupe de travail sont Jacqueline Eustache-Brinio, Muriel Jourda, Laurence Muller-Bronn, François Bonhomme, Béatrice Gosselin, Françoise Dumont, Anne Chain-Larche, Sylviane Noel, Cédric Vial, Marie Mercier, Martine Berthet, Valérie Boyer, Laurent Burgoa, Pascale Gruny, Didier Mandelli, Brigitte Micouveau, et Marie-Do Aeschlimann.

1 Selon les associations de défense des personnes concernées, la *transidentité* est le fait pour une personne transgenre d'avoir une « *identité de genre* », différente du « *genre assigné à la naissance* », contrairement à une personne dite « *cisgenre* ». Certaines de ces associations ont insisté auprès des institutions, notamment médicales, pour que les termes « *transsexuel* » et « *transsexualisme* » ne soient plus utilisés, car considérés comme des termes médicaux caduques, offensants et pathologisant les personnes transgenres.

2 <https://www.observatoirepetitesirene.org/>

A toutes fins utiles, le groupe de travail rappelle que :

- **Ce rapport ne remet en aucun cas en cause l'existence de la transidentité**
- **Aucune confusion n'a sa place entre la réflexion sur la prise en charge des mineurs, et la lutte indispensable contre les discriminations**
- **L'objet strict de cette étude porte sur la protection des mineurs transidentifiés et leur prise en charge médico-psychologique**
- **L'ensemble des acteurs qui prennent en charge ces mineurs ont le souci de leur bien-être**

Liste des personnes auditionnées

Les 67 personnalités entendues par le groupe de travail, françaises et étrangères, sont indiquées ci-dessous. Certaines d'entre elles ont souhaité garder l'anonymat.

1. Anonyme, Ypomoni, parent 1
2. nonyme, Ypomoni, parent 2
3. Anonyme, Ypomoni, parent 3
4. Anonyme, Ypomoni, parent 4
5. Anonyme, une détransitionneuse
6. Zhenya Abbruzzese, statisticienne américaine, économiste de la santé et cofondatrice de la **Society for Evidence Gender Medicine (SEGM) (USA)**
7. Nicole Athéa, gynécologue-endocrinologue
8. Sophie Audugé, SOS éducation
9. Stephen B. Levine, MD Clinical, Université Case Western Reserve, School of Medicine Psychiatrist **(USA)**
10. Amaria Baghdadli, Responsable du Département universitaire de pédopsychiatrie et du Centre de ressources sur l'autisme, CHU de Montpellier
11. David Bell, psychiatre, ancien gouverneur du Tavistock & Portman **NHS Foundation Trust (Angleterre)**
12. Maurice Berger, pédopsychiatre, ancien chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Étienne
13. Michaël Biggs, maître de conférences en sociologie à l'Université d'Oxford **(Angleterre)**
14. Thomas Blanc, PUPH, chirurgien viscéral
15. Jean-François Braunstein, philosophe, Université Panthéon-Sorbonne
16. Silvia Carrasco Pons, maître de conférences en anthropologie à l'Université de Barcelone **(Espagne)**
17. Nathalie Chabbert Buffet, PUPH, endocrinologue

18. Jean Chambry, pédopsychiatre, CIAPA, GHU Paris
19. Frédérique Chave, secrétaire générale du Haut Conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge
20. David Cohen, pédopsychiatre, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière
21. Maurice Corcos, pédopsychiatre, PUPH, chef de service IMM
22. Sabrina Da Costa, PH, gynécologue pédiatrique et de l'adolescente
23. Béatrice Denaes, co-présidente de l'association **Trans Santé France**
24. Blandine Deverlanges, association **Rebelles du Genre**
25. Aurore David, psychiatre, praticien hospitalier, CHU de Montpellier
26. José Errasti, maître de conférences en psychologie, Université d'Oviedo (**Espagne**)
27. Christian Flavigny, psychanalyste et pédopsychiatre, médecin des Hôpitaux de Paris
28. Pierre Gabach, Chef du Service des Bonnes Pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS)
29. Sarah Gaspard, endocrino-pédiatre
30. Sylviane Giampino, présidente du Haut Conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge
31. Angélique Gozlan, docteur en psychopathologie et psychanalyse, psychologue clinicienne
32. Karinne Gueniche, MCU-HDR, psychologue et psychanalyste
33. Hervé Hubert, pédopsychiatre, Fondation l'Élan Retrouvé
34. Patrick Hunter, pédiatre (**USA**)
35. Riittakerttu Kaltiala, médecin chef du **département de psychiatrie de l'adolescence**, Université de Tampere (**Finlande**)
36. Judith Klein, Cheffe du bureau de l'égalité et de la lutte contre les discriminations à la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.
37. Laurent Lantieri, chef de service de chirurgie plastique et reconstructive, hôpital européen Georges Pompidou
38. Marion Lavergne, déléguée générale d'Autisme info service
39. Madeline Le Pollès, pour le collectif l'Être trans
40. Charlotte Lebrun, psychologue
41. Eric Lemonnier, pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, Directeur du centre expert autisme et du centre expert ressources du Limousin
42. Lisa Littman, médecin gynécologue, **The Institute for Comprehensive Gender Dysphoria Research (USA)**
43. Christine Louis-Vahdat, Vice-Présidente du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du département 75
44. Daniel Marcelli, pédopsychiatre, PUPH
45. Laetitia Martinerie, endocrino-pédiatre
46. Alexandre Michel, pédopsychiatre
47. Nicolas Morel Journal, chirurgien, urologue, CHU Lyon Sud - Service Urologie,

- co-président Trans Santé France
48. Benjamin Moron Puech, maître de conférences en droit, Université Lumière Lyon 2
 49. Anaïs Perrin Prevelle, co-présidente de l'association OUTrans
 50. Magali Pignard, cofondatrice de deux associations de personnes autistes, PAARI et AFFA
 51. Michel Polak, PUPH, endocrinologue et diabétologue pédiatre, chef de Service
 52. Lori Regenstreif, psychiatre **(Canada)**
 53. Maryse Rizza, Grandir trans
 54. Dinane Samara-Boustani, PH, endocrinologue pédiatre
 55. Olivia Sarton, juriste
 56. Olivier Scemama, chef de bureau des infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose (SP2), Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
 57. Joanne Sinai, psychiatre **(Canada)**
 58. Danielle Sotto, pédiatre en libéral et psychothérapeute Collectif parents, AMQG
 59. Frédéric Spycher, association de parents **(Suisse)**
 60. Kathleen Stock, philosophe et féministe **(Angleterre)**
 61. Claire Vandendriessche, coordinatrice de la plateforme Trajectoires Jeunes Trans
 62. Samuel Veissière, docteur en anthropologie, clinicien-chercheur, Centre de santé universitaire de Montréal
 63. Delphine Verri, association Grandir trans
 64. Michèle Vianès, présidente de l'association Regards de femme
 65. Annelou de Vries, pédopsychiatre, médecin chef du département de pédopsychiatrie du Centre d'expertise sur la dysphorie de genre à l'UMC d'Amsterdam **(Pays-Bas)**
 66. Catherine Zittoun, pédopsychiatre, chef de pôle, GHU Paris
 67. Kenneth Zucker, ancien directeur du **gender identity service**, professeur honoraire de psychologie, Université de Toronto **(Canada)**

Chacune des 67 personnalités sollicitées s'est vu proposer de transmettre au groupe de travail une contribution personnelle. Celles-ci sont toutes retranscrites en annexes du rapport.

COMMUNIQUE DE PRESSE – 25.05.2023



Le Groupe Les Républicains au Sénat lance un groupe travail sur la transidentité des mineurs

Ce jeudi 25 mai 2023, le Groupe Les Républicains au Sénat a décidé la création d'un groupe de travail sur la *transidentité des mineurs*. Il sera animé par la Sénatrice LR du Val d'Oise Jacqueline Eustache-Brinio et commencera ses travaux le 31 mai 2023.

Ce groupe de travail s'intéressera à la hausse croissante des demandes de changement de sexe chez les enfants et surtout les adolescents depuis plusieurs années. Alors que l'influence des réseaux sociaux donne une visibilité nouvelle à la « *dysphorie de genre* », ou sentiment d'être né dans le « *mauvais corps* », il paraît légitime que le sujet soit considéré attentivement par le législateur.

Le groupe de travail, composé de 18 sénateurs, entendra de nombreux experts (médecins, associations, juristes, experts internationaux) avant d'envisager une éventuelle évolution du cadre législatif concernant les mineurs.

Jacqueline Eustache-Brinio
Sénatrice du Val d'Oise

ÉTAT DES LIEUX

A. HISTOIRE ET CARTOGRAPHIE ACTUELLE DANS PLUSIEURS PAYS

Il nous a paru intéressant de rappeler quelques faits historiques concernant les mineurs, en limitant notre propos à :

- L'origine du vocable « *genre* » tel qu'il est utilisé aujourd'hui à propos de la « *dysphorie du genre* »,
- L'origine de l'expression « *identité de genre* »
- La chronologie de l'ouverture des premières cliniques destinées aux mineurs en questionnement de genre dans le monde
- Le « *Dutch protocol* » (ou protocole néerlandais), le protocole de soins recommandé tant en Europe, qu'Outre-Atlantique

1. Un peu d'histoire

a. La naissance du vocable « *genre* »

Cette brève mise en perspective historique ne prétend pas être exhaustive, mais tente de repérer l'évolution du vocable dans le cadre médico-psychologique.

Le mot « *genre* » n'est pas nouveau, mais il a acquis une signification bien différente de son usage commun (par exemple dans l'expression « *c'est pas mon genre !* »), depuis que le psychologue et sexologue néo-zélandais John Money (1921-2006) a développé, dès 1955, le concept de genre. Il n'a cessé d'en revendiquer la paternité et il est, en effet, l'un des premiers à faire la distinction entre sexe et genre. Il a été professeur de psychologie médicale et de pédiatrie à l'Hôpital universitaire Johns-Hopkins³.

3 Johns-Hopkins (*Johns Hopkins Hospital*) est un hôpital universitaire situé à Baltimore dans l'État du Maryland aux États-Unis. Le titre de professeur de « *pédiatrie* » peut surprendre, étant donné qu'il n'était pas médecin.

Dans son livre *La Philosophie devenue folle*, le philosophe Jean-François Braunstein lui consacre un chapitre intitulé « *John Money, un inventeur encombrant* »⁴. Encombrant, car après avoir été encensé comme un héros de la pensée féministe et post féministe, les féministes elles-mêmes l'ont critiqué et s'en sont éloignées, après que scientifiques et journaliste ont révélé ses mensonges.

Qui est John Money et qu'a-t-il fait ?

En 1952, John Money a soutenu à Harvard une thèse de psychologie sur ce que l'on nommait « *hermaphrodisme* » – qui désigne le fait pour un être vivant, d'être doté à la fois de caractères sexuels mâle et femelle. Dans son autobiographie, il dit avoir été attiré par ce sujet, après avoir assisté à la présentation du cas d'un enfant élevé garçon, bien que porteur d'un clitoris à la naissance. Cet enfant s'est féminisé à l'âge de la puberté mais « *psychologiquement, il était garçon* ». *Il s'est marié, est devenu père par adoption. Pour John Money, ce cas est le constat que le sexe dans lequel il a été élevé a prévalu sur le sexe constaté à la naissance (mais porteur d'une anomalie).*

Jean-François Braunstein note que Money n'étant pas médecin mais psychologue, il s'agit pour lui de « *tirer de l'hermaphrodisme des conclusions très générales sur les rôles respectifs de la nature et de la culture dans la construction de l'identité sexuelle* »⁵, plus que de traiter des patients. C'est dans ce cadre que Money va inventer le concept de genre (en anglais *gender*, dont on sait que la traduction française est sujette à caution), voyant dans l'hermaphrodisme⁶, le fait qu'il n'y aurait pas de distinction tranchée entre le masculin et le féminin (ce sont des malformations rarissimes, mais qui fascinent). Dans un article de 1955 sur l'hermaphrodisme, il utilise pour la première fois le concept de « *genre* » et l'expression « *rôle de genre* » définie comme suit : « *Par le terme de rôle de genre nous entendons tout ce qu'une personne dit ou fait pour se manifester lui-même ou elle-même comme ayant respectivement le statut d'un garçon ou d'un homme, d'une fille ou d'une femme. Cela inclut, mais cela ne se réduit pas à la sexualité au sens de l'érotisme. Un rôle de genre n'est pas établi à la naissance, mais est construit cumulativement à travers des expériences rencontrées et vécues* »⁷.

Money publie ensuite avec un couple de médecins, les Hampson, une étude sur 105 cas de patients hermaphrodites (chiffre très élevé, compte tenu de la rareté de ces anomalies, et considéré comme probablement surestimé) dont la conclusion est, elle, sans ambiguïté : « à de rares exceptions près, il a été établi que la psychologie sexuelle de ces patients- leur rôle de

4 J.-F. Braunstein, *La philosophie devenue folle – le genre, l'animal, la mort*, Grasset, Paris, 2018, p.16.

5 Ibid., p.18.

6 Appelé plus tard intersexualité puis depuis 2006, DSD (Disorders of Sex Development) et plus récemment VSD (Variations of Sex Development)

7 J. Money, "Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychologic Findings", *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 96, 1955, p.254

genre et leur orientation – correspond à leur sexe d’assignation et d’élevage même quand ce dernier contredit le sexe chromosomique, le sexe gonadique, le sexe hormonal, les structures des organes reproducteurs internes prédominantes *ou la morphologie génitale externe* »⁸. Le genre peut donc être distingué du sexe biologique, et l’on comprend aisément la place prépondérante que Money accorde à l’éducation sur la biologie. Mais nous sommes encore dans le cadre restreint de l’hermaphrodisme.

Ce ne sera plus seulement le cas quand en 1972, John Money publie avec la psychologue et sexologue Anke Ehrhardt, *Un homme et une femme. Un garçon et une fille*⁹. Les auteurs incluent un cas exemplaire qui n’est pas un cas d’hermaphrodisme. Ils s’en serviront pour populariser ce qu’est le « genre » en distinguant l’« identité de genre » du « rôle de genre », séparant le sexe biologique, et le sentiment d’appartenir à tel ou tel genre. L’identité sexuelle serait déterminée non par le sexe biologique, mais par le « genre » construit par l’éducation et la culture.

Ce cas est le suivant : en 1966, John Money reçoit les jeunes époux Reimer, parents de jumeaux garçons, Bruce et Brian, ne présentant aucune malformation des organes sexuels. Ils viennent lui demander conseil car un des garçons, Bruce (qui sera plus tard prénommé John / Joan dans des publications académiques) a eu la verge gravement endommagée quelques mois plus tôt, à l’âge de 8 mois lors d’une opération réputée bénigne pour un phimosis (le pénis a été accidentellement brûlé par une machine à cautériser, utilisée à mauvais escient). Money leur conseille de castrer¹⁰ Bruce et de l’éduquer en fille, ce qu’ils feront après un temps de réflexion que Money leur conseille également d’écourter. Bruce devient Brenda et le secret est gardé pour les enfants et l’entourage (hormis les grands-parents).

Si tout se passe comme Money le prévoit, si Bruce/Brenda qui est génétiquement et biologiquement un garçon devient une fille parce qu’éduquée en fille (en recevant quand même des hormones féminisantes à la puberté), Money aura validé la véracité de sa théorie concernant la prévalence du genre sur le sexe biologique ou ce qu’on nommera plus tard « *l’identité de genre* »¹¹.

Mais les choses ne vont pas se passer comme Money les a prévues : selon les propres souvenirs de cet enfant qu’on appelait alors Brenda et ceux de son entourage (famille, école, soignants), il n’a jamais été à l’aise dans l’identité choisie pour lui par les médecins et ses

8 J. Money, J.-G. Hampson, J.-H. Hampson, “Imprinting and the Establishment of Gender Role”, *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, n°77,1957, p.333, repris dans *Venuses Penuses*, p.189-190

9 J. Money, A. Erhardt, *Man & Woman. Boy & Girl-differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1972.

10 Retrait des testicules mais aussi opération de formation d’une vulve rudimentaire.

11 Cf. infra l’origine de cette expression.

parents, avec qui il va rapidement entrer en conflit grave. Bruce / Brenda n'a pas l'impression d'être une fille, et sera victime de harcèlement scolaire en raison de son comportement peu compréhensible pour ses pairs. À l'âge de 13 ans, Brenda passe par une phase de dépression avec idéations suicidaires. Les parents ainsi que leur autre fils Brian, vont aussi très mal : alcoolisme du père, comportement délictueux pour l'enfant, dépression et tentatives de suicide de la mère. Mais ils restent totalement soumis aux injonctions de John Money.

Les jumeaux sont reçus une fois par an pendant des années par Money et son équipe, Brian servant en quelque sorte de « témoin » et Brenda est suivie plus fréquemment dans un centre plus proche de chez eux. Money, ne tenant aucun compte des « résistances » de Brenda montre aux enfants, à l'insu des parents, des photos pornographiques, leur fait mimer des scènes d'accouplement hétérosexuel, (Money est un défenseur de la pédophilie et de l'inceste qui, selon lui, seraient comme l'orientation de genre, entièrement dépendants de la culture). Seul avec Brenda, il lui montre des photos de femmes en train d'accoucher, lui fait rencontrer une transsexuelle MtF¹² pour la convaincre de changer définitivement de sexe. Dans les interviews qu'il donnera une fois adulte, Bruce/Brenda (qui se fera ensuite appeler David) insiste sur le caractère intrusif voire dérangeant de cette curieuse « thérapie » et il avait remarqué que Money était un observateur passionné des « jeux » sexuels qu'il lui imposait avec son jumeau.

À 13 ans, alors qu'une vaginoplastie se profile, Brenda refuse de revoir Money menaçant de se suicider si elle y est contrainte. Mais sous la pression de Money et du centre de soin de leur ville (les psychiatres étant subjugués par Money), Brenda consent à prendre des hormones féminines et raconte voir avec horreur des seins pousser.

À 14 ans, sur les conseils de la nième psychologue (Mac Kenty) qui l'a suivi mais la seule qui l'a écoutée, le père révélera à Brenda sa réattribution sexuelle dans la petite enfance.

À 15 ans, Brenda décide de redevenir garçon et se choisit le prénom de David (en référence à David et Goliath). Il reçoit des injections de testostérone (obligatoire et à vie du fait de la castration dans l'enfance), pratique une double mastectomie (ablation des deux seins) et deux opérations de phalloplastie (ayant nécessité pour la première dix-huit hospitalisations), la seconde lui permettant d'avoir des relations sexuelles. Plus tard, il s'est marié avec une femme mère de trois enfants de trois pères différents.

Or, quand Money publie en 1972, *Man and boy*, (les jumeaux ont 6 ans), il sait déjà que les choses ne se passent pas comme il le souhaite. Par la suite, au courant des « résistances » de Brenda qui, très courageusement s'oppose à lui ou finit par lui dire ce qu'il souhaite entendre, il a continué à faire

12 De l'anglicisme Male-to-Female est utilisé pour désigner les personnes trans qui passent ou passeront d'homme vers femme dans le cadre d'une transition de genre.

pression sur elle pour la faire céder. Il a sciemment dissimulé que ses hypothèses n'étaient pas vérifiées jusqu'à ce qu'un journaliste, John Colapinto, révèle le pot-aux roses dans le journal *Rolling Stone* en 1997 avant d'en tirer un livre¹³ qui a obtenu un vif succès mais qui n'a été traduit en français qu'en 2014.

Un reportage de la BBC en 1980 avait déjà alerté un professeur de biologie de la reproduction Milton Diamond, très sceptique quant à la réalité de ce cas et convaincu (études à l'appui) que l'identité sexuelle est innée et invariable et ne peut être changée par l'éducation. Il s'était déjà opposé à John Money à de nombreuses reprises en critiquant le peu de validité de ses méthodes de recherche, ce qui lui avait plutôt valu d'être déconsidéré dans le monde scientifique, tant John Money bénéficiait de l'engouement général du fait de son assurance et du caractère subversif et moderne de ses théories. Par une annonce médicale, il a retrouvé les psychiatres qui s'étaient aussi occupés de Bruce / Brenda et a publié en 1982 un article réduisant à néant les arguments de Money¹⁴, puis un second article en collaboration avec l'un des psychiatres de Bruce/Brenda¹⁵ qui servira de base au premier article de John Colapinto où celui-ci rapporte que « *Money avait fustigé Diamond et ceux qui avaient remis en cause ses articles communément reconnus. Répétant sa position, il avait observé d'un ton acide : «Il n'aurait pas été nécessaire de s'éterniser sur cette question, mais certains auteurs ne la maîtrisent toujours pas», et il poursuivait en disant que les travaux de Diamond et des autres «contribuaient à briser l'existence d'un nombre incalculable de jeunes hermaphrodites». »*¹⁶

Il n'empêche que même si le reportage de la BBC et les articles de Diamond ont eu peu d'audience, Money est ensuite resté beaucoup plus discret sur ce sujet sans que rien n'ébranle pour autant ses convictions.

Plus proche de Money puisqu'exerçant dans le même service que lui, John Colapinto rapporte que « *le Dr John Meyer, psychiatre au Johns Hopkins et ancien directeur de la Gender Identity Clinic, publia une étude de suivi sur le long terme, couvrant les périodes pré et postopératoires, de cinquante transsexuels adultes traités au Johns Hopkins depuis la création de la clinique en 1966. Meyer observait qu'aucun sujet n'avait connu d'amélioration dans sa vie quotidienne et concluait que «la chirurgie de réassignation sexuelle ne confère aucun avantage objectif en termes de réintégration sociale». »*¹⁷

13 J. Colapinto, Bruce, Brenda et David, l'histoire d'un garçon que l'on transforma en fille, Denoël, Paris, 2014.

14 M. Diamond, « Sexual identity, monozygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC follow-up », *Archives of Sexual Behavior*, 11(2), 1982, p.181-186

15 Milton Diamond, Ph.D. & H. Keith Sigmundson, M.D, « Sex change at birth: Long-term examination and clinical implications », *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, Mars 1997 (vol. 151, pp.298-304). Ce sont ces deux auteurs qui donnent ce pseudonyme tantôt masculin John tantôt féminin Joan à celui qui deviendra David.

16 Ibid.

17 J. Colapinto, Bruce, Brenda et David, l'histoire d'un garçon que l'on transforma en fille, Denoël, Paris, 2014.

Outre son comportement inouï vis-à-vis de Bruce/Brenda/David et de son frère (qu'aucun de ses collègues n'a critiqué voire dénoncé ce qui est mis sur l'atmosphère de libération sexuelle de l'époque), Money a commis une faute scientifique grave car non content de publier des données fausses, il ne l'a jamais reconnu. En revanche, il a vu dans les critiques formulées à son encontre une conspiration de l'extrême-droite et des mouvements antiféministes. (C'est le même argument utilisé aujourd'hui quand on parle de John Money...).

Et l'épilogue est plus tragique encore puisque les deux frères se sont suicidés à deux ans d'intervalle (en 2002 pour Brian, en 2004 pour David), du vivant de John Money décédé, lui, en 2006.

Ce que l'on peut retenir :

Cette expérience devait servir à montrer la prévalence du genre (qui dépend de l'éducation et de l'environnement) sur le sexe biologique (qui est donné) ou ce qu'on nommera plus tard « l'identité de genre »¹⁸.

Le cas Reimer est le premier cas documenté de changement de sexe ou réattribution sexuelle chez un enfant (Bruce/Brenda/David) né avec un développement normal, tandis que le frère jumeau est le sujet témoin partageant la même constitution génétique et le même environnement familial. Toutes les études antérieures portaient sur des enfants porteurs d'une anomalie des organes sexuels et/ou d'une anomalie chromosomique. Le cas Reimer était une expérimentation sur un enfant sain en bas âge¹⁹. Un cas unique même s'il est probant peut-il à lui seul être considéré comme une preuve scientifique ? On ne peut passer sous silence que les enfants appelés « intersexes » ont eux aussi gravement pâti pendant des décennies des théories de John Money et du protocole élaboré pour les traiter en fonction d'hypothèses qui se sont révélées fausses.

John Money ne s'est jamais occupé d'enfants transgenres. Néanmoins ses hypothèses élaborées à partir de cas d'enfants intersexes ont été exportées dans le contexte de la transidentité.

18 Cf. infra l'origine de cette expression.

19 Un résumé de l'histoire de David Reimer et de la controverse par Gaetano, Phil, « Controverse sur le changement de sexe entre David Reimer et John Money : l'affaire John/Joan », Encyclopédie du projet Embryon, (2017-11-15).

Voir ce site : <https://embryo.asu.edu/pages/david-reimer-and-john-money-gender-reassignment-controversy-johnjoan-case>

Et ce documentaire : <https://www.youtube.com/watch?v=YG7WKFYMOc0>

John Money en parle également dans son livre : Money, A. Erhardt, "Rearing of a Sex-Reassigned Normal Male Infant After Traumatic Loss of the Penis", *Man & Woman. Boy & Girl-differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1972, pp.118-123.

On trouve le livre en entier ici <https://wellcomecollection.org/works/p6c882nw/items?canvas=83>

b. Qu'est-ce que l'« identité de genre » ?

L'identité de genre, parfois nommée identité sexuelle ou identité sexuée, est la catégorie de genre à laquelle la personne se sent appartenir. En sciences sociales, le sexe ou le type sexuel d'une personne désigne les caractéristiques biologiques (génétique, chromosomes, hormones, notamment) et le genre renvoie à une construction sociale.

L'identité de genre s'exprime à travers l'expression de genre (manière dont une personne exprime ouvertement son genre).

Comme le note Haig²⁰, l'expression «identité de genre» est apparue pour la première fois en 1963, dans des documents présentés par Robert Stoller et Ralph Greenson, psychiatres à l'UCLA School of Medicine, au 23e congrès international de psychanalyse à Stockholm, lors de discussions à propos d'un projet de recherche au cours desquelles de nombreuses formulations de ce document ont été élaborées²¹ : Nous laissons volontairement le texte original en raison de la difficulté à retranscrire en français le sens de « gender » mais nous indiquons la traduction française en note.

Gender identity is the sense of knowing to which sex one belongs, that is, the awareness 'I am a male' or 'I am a female'...The term 'gender identity' was arrived at in joint discussions of a research project on this and allied problems by Greenson and Stoller during which many of the formulations in this paper were worked out. (Stoller, 1964a, p. 220)

Gender identity refers to one's sense of being a member of a particular sex; it is expressed clinically in the awareness of being a man or a male in distinction to being a woman or a female. (The term was formulated in collaboration with Stoller, whose presentation deals with another aspect of this subject.) (Greenson, 1964, p. 217)²²

Dans l'ouvrage de Stoller (1968), *Sex and Gender, l'«identité de genre»*, telle qu'elle avait été définie précédemment, est devenue core gender identity (l'identité de genre fondamentale), une expression qu'il avait utilisée dans son article de 1964 :

« Almost everyone starts to develop from birth on a fundamental sense of belonging to one sex. The child's awareness –“I am a male” or “I am a female”– is visible to an observer in the first year or so of life. This aspect of one's over-all sense of identity can be conceptualized as a core gender identity ».

20 Haig, D. (2004), « The inexorable rise of gender and the decline of sex: Social change in academic titles, 1945–2001 », *Archives of Sexual Behavior*, 33, 87–96, p.93.

21 Cf. Byrne, A. The Origin of “Gender Identity”. *Arch Sex Behav* (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02628->

22 L'identité de genre est le sentiment de savoir à quel sexe on appartient, c'est-à-dire la conscience “je suis un homme” ou “je suis une femme”... Le terme “identité de genre” est apparu lors de discussions communes dans le cadre d'un projet de recherche sur ce sujet et des problèmes connexes, mené par Greenson et Stoller, au cours desquelles de nombreuses formulations de ce document ont été élaborées. (Stoller, 1964a, p. 220)
L'identité de genre fait référence au sentiment d'appartenir à un sexe particulier ; elle s'exprime cliniquement par la conscience d'être un homme ou un mâle par opposition à une femme ou une femelle (ce terme a été formulé en collaboration avec Stoller, dont l'exposé traite d'un autre aspect de ce sujet). (Greenson, 1964, p. 217)

(Stoller, 1968, pp. 29–30 ; Stoller, 1964b, p. 453)²³.

Un peu plus tard, en 1972, John Money distingue, lui, « identité de genre » de « rôle de genre ». Voici les définitions qu'il en donne (nous gardons la version originale)²⁴ :

Gender Identity : The sameness, unity, and persistence of one's individuality as male, female, or ambivalent, in greater or lesser degree, especially as it is experienced in self-awareness and behavior ; gender identity is the private experience of gender role, and gender role is the public expression of gender identity.

Gender Role : Everything that a person says and does, to indicate to others or to the self the degree that one is either male, or female, or ambivalent ; it includes but is not restricted to sexual arousal and response ; gender role is the public expression of gender identity, and gender identity is the private experience of gender role."²⁵

Le concept de genre non binaire (nonbinary gender) est né dans le domaine de la sociologie. Audre Lorde (1984), militante des droits civiques, a proposé une approche plus nuancée du genre qui transcende le binaire traditionnel homme-femme. La philosophe Judith Butler, de l'université de Californie à Berkeley, a poursuivi le développement de la conceptualisation des genres non binaires pour en faire un domaine académique bien connu (Butler, 1990).

L'expression «*trouble de l'identité de genre chez l'enfant*» (*childhood gender identity disorder*) a été proposée à la psychiatrie par Richard P. Green, professeur de psychiatrie à l'UCLA et à l'Imperial College of London (Green, 1987), puis développée par Coates et al. (1991). En 2013, le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) a remplacé le terme «*trouble de l'identité de genre*» par «*dysphorie de genre*» pour décrire la détresse ou le malaise qui peut survenir lorsque l'identité de genre d'une personne ne correspond pas à son sexe de naissance. Cette terminologie reste inchangée dans le DSM-5-TR.

23 “Presque tout le monde commence à développer dès la naissance un sentiment fondamental d'appartenance à un sexe. La prise de conscience de l'enfant - “Je suis un homme” ou “Je suis une femme” - est visible pour un observateur au cours de la première année de vie environ. Cet aspect du sentiment global d'identité peut être conceptualisé comme un noyau d'identité de genre “. (Stoller, 1968, pp. 29-30 ; Stoller, 1964b, p. 453).

24 J. Money, A. Erhardt, J. Man & Woman. Boy & Girl-differentiation and dimorphism of gender identity., op.cit., p.4.

25 Trad. fr. : «**Identité de genre** : La similitude, l'unité et la persistance de l'individualité d'une personne en tant qu'homme, femme ou ambivalent, à un degré plus ou moins élevé, en particulier telle qu'elle est vécue dans la conscience de soi et le comportement ; l'identité de genre est l'expérience privée du rôle de genre, et le rôle de genre est l'expression publique de l'identité de genre.

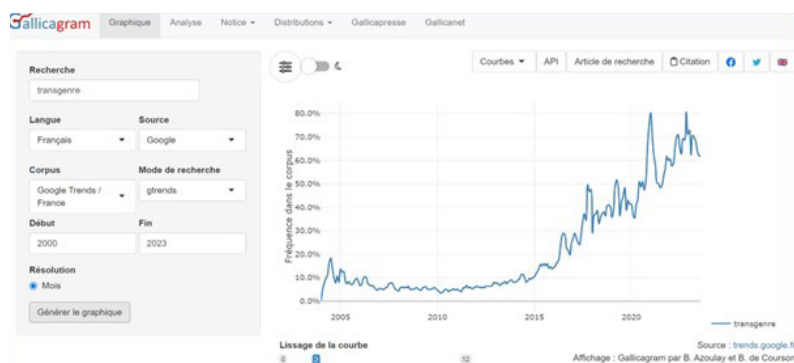
Rôle de genre : Tout ce qu'une personne dit et fait pour indiquer aux autres ou à elle-même le degré de masculinité, de féminité ou d'ambivalence ; cela inclut, sans s'y limiter, l'excitation et la réponse sexuelles ; le rôle de genre est l'expression publique de l'identité de genre, et l'identité de genre est l'expérience privée du rôle de genre».

Les principes de Yogyakarta²⁶, document de 2007 sur l'application du droit international des droits de l'Homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre, donnent une définition de l'identité de genre. Elle se réfère à l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au « sexe assigné à la naissance ». Son Principe 18 refuse la classification de l'identité de genre comme maladie mentale.

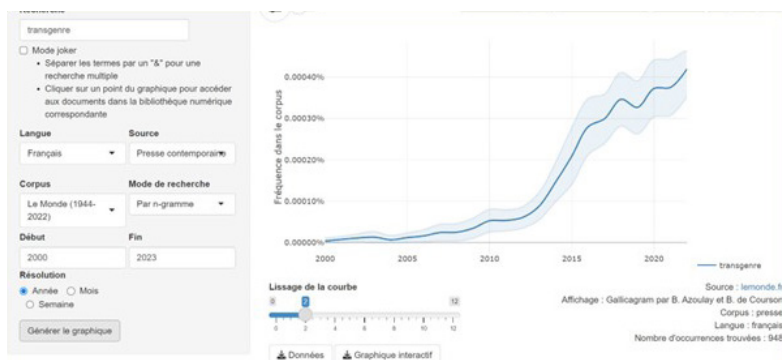
c. Occurrence des mots « transgenre » et « transidentité » sur google et dans un journal français « Le Monde » entre 2000 et 2023

Utilisation de l'outil *Gallicagram*²⁷

Entrée « transgenre » sur Google (langue française)



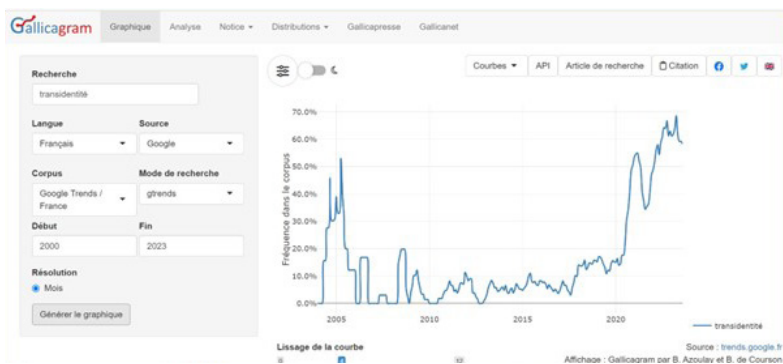
Entrée « transgenre » dans le journal « Le Monde »



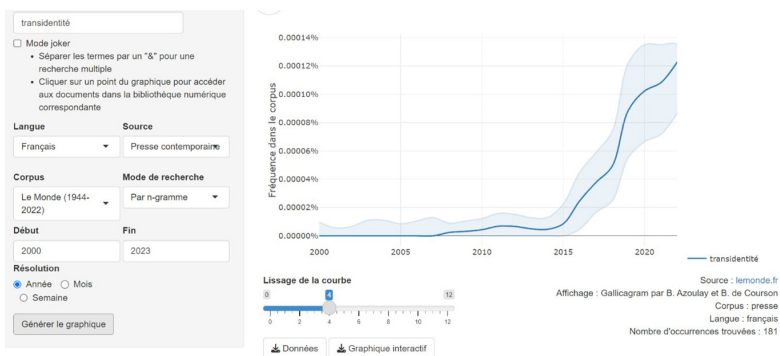
26 <https://yogyakartaprinclples.org/principles-fr/>

27 Gallicagram est un outil de lexicométrie conçu pour les chercheurs et portant sur les contenus de Gallica. <https://shiny.ens-paris-saclay.fr/app/gallicagram>

Entrée « transidentité » sur Google (langue française)



Entrée « transidentité » dans le journal « Le Monde »



d. Les premières « gender identity clinics », ou cliniques du genre pour mineurs, dans plusieurs pays : USA – Canada – Pays-Bas – Royaume-Uni et la France

- Dans les années 1960 en Californie est créée la Gender Identity Research Clinic à l'Université de Los Angeles qui recevait aussi bien les enfants, les adolescents que les adultes²⁸.
- En 1975, la première clinique spécialisée pour les enfants présentant des problèmes d'identité de genre est créée par le psychologue et professeur de psychologie Kenneth Zucker à Toronto (Canada). Elle fermera en 2015.
- En 1987, en Europe, Peggy Cohen-Kettenis, professeur de psychologie médicale crée à Utrecht (Pays-Bas) un service d'identité de genre pour enfants puis à la fin des années 90, elle rejoint avec ces enfants, la Gender Identity Clinic pour adultes au VU University Medical Center à Amsterdam qui reçoit alors adultes et enfants.
- En 1989, à Londres, Domenico Di Ceglie crée le Gender Identity Development Service (GIDS) de la Tavistock and Portman NHS Foundation Trust²⁹. Ce service sera fermé en 2024.
- En 2007, le Boston Children's Hospital ouvre la première clinique du genre spécifiquement dédiée aux mineurs transgenres aux USA³⁰.
- En 2012-2013 en France, plus de 30 ans après la création de la première clinique du genre), la consultation « troubles de l'identité sexuée » est créée à l'hôpital de la Salpêtrière par la psychiatre et psychanalyste Colette Chiland, consultation dirigée par Agnès Condat, pédopsychiatre dans le service du Pr. David Cohen³¹.

e. Carte des principales cliniques du genre pour enfants et adolescents aux USA

Ces cliniques bénéficient d'un programme complet et sont probablement inscrites dans le cadre de services hospitalo-universitaires³²

28 Nous remercions Michaël Biggs pour cette information.

29 <https://gids.nhs.uk/>

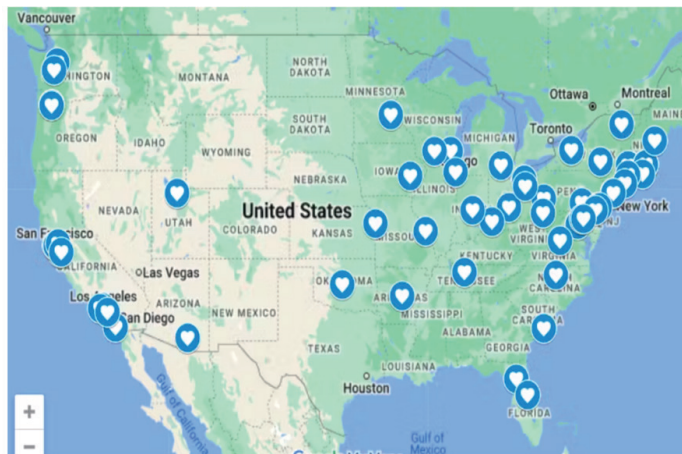
30 <https://www.childrenshospital.org/programs/gender-multispecialty-service>

31 On trouvera dans cet article un « Historique de l'intérêt pour la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent en France » dans « La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 64, Issue 1, January 2016, Pages 7-15. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961715001191?via%3Dihub>
Article accessible ici <http://speapsl.aphp.fr/pdfpublications/2016/2016-12.pdf>

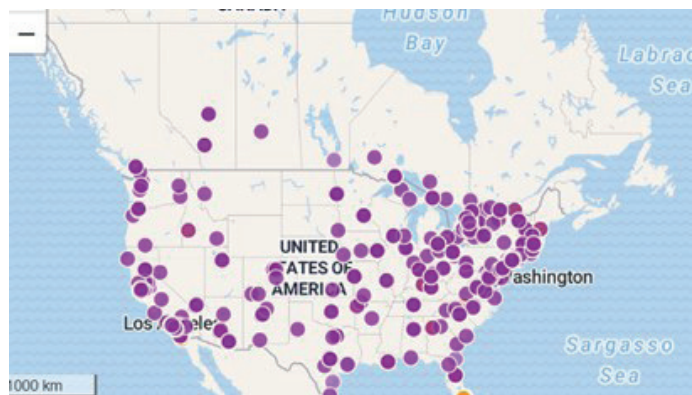
32 <https://www.hrc.org/resources/interactive-map-clinical-care-programs-for-gender-nonconforming-childr>

Les États-Unis comptent aujourd'hui environ 39 cliniques spécialisées concernant les questions de genre pour les enfants et les adolescents.

Mais il ne s'agit là que des grandes cliniques, généralement affiliées à un hôpital pour enfants. Il existe des consultations et des cliniques indépendantes qui proposent le même type de traitement. Par ailleurs, la société Planned Parenthood, qui pratique l'avortement à l'échelle nationale propose désormais des services trans. Elle possède des centaines de bureaux dans tout le pays.



Ci-dessous ce sont toutes les cliniques pédiatriques du genre³³ (D'après Stephen Levine, il y en aurait au moins 400)



33 <https://www.gendermapper.org/name-and-shame-doctors>

f. Le Dutch Protocol ou protocole néerlandais

Le *Dutch Protocol*, ce sont les directives néerlandaises pour la prise en charge des mineurs qui se déclarent trans. Alors qu'auparavant les rares cas connus n'étaient jamais médicalisés avant 16 ans, le *Dutch Protocol* prescrit l'administration de bloqueurs de puberté dès le stade 2 de Tanner³⁴ puis celle d'hormones croisées à partir de 16 ans (testostérone pour les filles, œstrogène et progestérone pour les garçons), suivie d'une chirurgie dite de « réassignation ». Le *Dutch Protocol* est devenu le traitement standard à l'international. D'où l'intérêt d'en connaître l'histoire. D'autant plus qu'il y a non seulement un avant et un après mais aussi un fossé entre les directives initiales et les pratiques cliniques actuelles.

Plusieurs chercheurs ont fait l'analyse et la critique des études princeps qui ont conduit à l'adoption mondiale de ce protocole. Des études ultérieures ont été menées tendant à confirmer ou à infirmer sa validité, notamment par le sociologue anglais Michael Biggs³⁵ et aux USA, par le psychiatre Stephen B. Levine³⁶ ainsi que l'économiste de la santé, Zhenya Abbruzzese, tous trois auditionnés au Sénat.

Dans les années 90, une psychologue de la clinique d'Utrecht, Peggy Cohen-Kettenis, déjà connue pour ses travaux dans le domaine de la transidentité, émet l'hypothèse (après une étude sur 22 patients) que les transsexuels (terme de l'époque) auraient de meilleurs résultats, tant sur le plan physique que psychologique, s'ils commençaient leur traitement bien avant l'âge adulte. N'étant pas médecin, elle adresse des patients de 16-17 ans à une endocrinopédiatre d'Amsterdam (Medical Center Amsterdam qui abrite le centre pour adultes transsexuels), Henriette Delemarre-van de Waal qui connaît bien les bloqueurs de puberté prescrits en cas de puberté précoce (rien à voir avec les trans).

Bien que les premiers articles recommandant la « pause » de la puberté induite par les bloqueurs soient parus dès 1996, les cas sont rares puisqu'en 2000, seuls 7 jeunes de moins de 16 ans en ont reçu (Cohen-Kettenis).

En 2002, notre psychologue rejoint sa collègue à Amsterdam (ainsi que le psychiatre et endocrinologue Louis Gooren). Le « *Dutch protocol* » est publié en 2006³⁷, la recherche ayant

34 L'échelle de Tanner est une classification des stades du développement pubertaire. L'âge de survenue de la puberté est variable d'un individu à l'autre, tandis que les évolutions morphologiques suivent toutes le même schéma

35 M. Biggs: The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2121238>

36 E. Abbruzzese, Stephen Levine, Julia W.Mason: "The Myth of "Reliable research" in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies – and research that has followed" : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2150346?journalCode=usmt20>

37 Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl_1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231 [Crossref], [PubMed], [Google Scholar]

été financée par le laboratoire Ferring Pharmaceuticals (qui produit un bloqueur de puberté). L'étude porte sur 54 patients.

Les critères d'éligibilité sont stricts : début des signes de dysphorie de genre dans la petite enfance, aggravation à la puberté, stabilité psychologique, pas de comorbidité, famille soutenant. Les deux affirmations justifiant la prescription des bloqueurs de puberté qui ressortent de l'étude sont leur réversibilité totale sans effets secondaires et l'idée qu'il s'agit d'un outil diagnostique autant que thérapeutique. Le dernier argument serait de permettre de passer plus facilement dans le genre opposé.

Michael Biggs remarque que le postulat de la réversibilité totale du traitement (qui s'est révélé erroné par la suite comme on le verra) permet d'éviter de savoir si à 12 ans, on peut donner son consentement à une expérimentation. Il note également que le mot « infertilité » n'apparaît qu'une fois dans la publication tandis que les mots « orgasme », « libido » « sexualité », « homosexualité » ne sont jamais mentionnés.

Mais très rapidement, les cliniciens hollandais s'affranchissent de la rigueur du protocole : les bloqueurs sont prescrits de plus en plus tôt (entre 8 et 12 ans) ainsi que les hormones croisées (à 14 ans), l'accord familial n'est plus considéré comme incontournable s'il s'oppose au vœu du jeune.

Entre 2000 et 2008, 111 enfants (1 par mois) reçoivent des bloqueurs de puberté.

Aux Etats-Unis, l'endocrinopédiatre Norman Spack est immédiatement intéressé par cette étude (approuvée également par John Money). Il a cofondé en 2007 le service de gestion du genre au Boston Children's Hospital. Il base son programme sur le modèle néerlandais mais déjà sans âge minimum pour entreprendre la médicalisation.

Dans les années 2010, le Dutch Protocol devient le traitement standard international, justifié par la publication d'une étude portant sur 70 adolescents (en réalité entre 32 et 55) suivis entre 2000 et 2008 à Amsterdam. L'auteure principale est Annelou de Vries associée à Cohen-Kettenis (entre autres)³⁸.

Les critiques de ces directives portent notamment sur la méthodologie de l'étude qui a permis aux pionniers d'affirmer la réversibilité du traitement et sa valeur diagnostique : elle a été menée trop peu de temps après la chirurgie de ré-assignation (à l'âge de 19 à 22 ans) ; l'échantillon est faible (32 à 55 cas). L'échelle d'appréciation des résultats - différente selon le sexe - est controversée : un garçon voulant devenir fille répond au questionnaire « garçon » avant le blocage de la puberté et au questionnaire « fille » après. Huit patients ont refusé de répondre ou n'ont pas subi de chirurgie. Une patiente est décédée des suites de l'intervention chirurgicale : la

38 De Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2276-2283. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x [Crossref], [PubMed], [Web of Science®], [Google Scholar]

vaginoplastie a nécessité le prélèvement d'une portion d'intestin qui s'est nécrosée...

Le GIDS de la Tavistok clinic de Londres n'a pas pu répliquer les résultats positifs obtenus par l'équipe d'Amsterdam : dans leur échantillon, la suppression de la puberté n'a pas réussi à améliorer la dysphorie de genre ou le fonctionnement psychologique ; mais la publication de cette étude a été retenue quelques années. Ce qui tendrait à montrer que ce protocole ne peut s'exporter ... Quant aux études américaines, leur niveau de confiance est considéré comme faible ou très faible, de même que le niveau des preuves.

En revanche, les preuves des effets secondaires des bloqueurs de puberté sont probantes : l'effet négatif sur la masse osseuse est bien étudié, ainsi que les effets négatifs ou inconnus sur le développement cognitif et émotionnel et sur le fonctionnement sexuel (baisse de la libido, non développement des organes sexuels rendant la chirurgie ultérieure encore plus aléatoire, infertilité).

Par ailleurs, il est maintenant prouvé que plus de 90% des jeunes qui reçoivent des bloqueurs de puberté vont prendre des hormones croisées. On ne peut donc pas considérer qu'il s'agisse d'un instrument diagnostique mais plutôt d'une première étape vers la transition.

SYNTHÈSE DU DUTCH PROTOCOL

Le parcours médical du modèle Gender-Affirmative consistant en...

- Bloqueurs de la puberté (GnRHAs)
- Hormones sexuelles croisées à vie
- Mastectomie ou implants mammaires
- Ablation des ovaires ou des testicules
- Hystérectomie
- Ablation chirurgicale et révision des organes sexuels

... est basé sur une seule étude néerlandaise :

- **55 sujets** (seulement 40 avec des données complètes)
- **100 % avaient une dysphorie de genre apparue dans l'enfance** (aucun cas de dysphorie de genre apparue à l'adolescence)
- **Seulement 1,5 an** de suivi post-opératoire à un âge moyen de moins de 21 ans
- **Pas** de groupe contrôle
- Aucune évaluation **des effets sur la santé physique**
- **Un adolescent est décédé** des suites de complications postopératoires. Plusieurs autres personnes n'ont pas pu poursuivre leur traitement en raison de nouveaux problèmes de santé survenant à la suite de l'administration d'hormones
- **Dysphorie de genre inchangée ou aggravée** et difficultés d'image corporelle pendant les bloqueurs de la puberté, en particulier chez les **adolescentes natales**

Source : Society for Evidence-based Gender Medicine

Source : SEGM, Society for Evidence Gender Medicine

Actuellement, la Finlande, la Suède, le Royaume-Uni régulent la prescription de bloqueurs de puberté dans cette indication, pour la réserver uniquement aux cas faisant l'objet d'un protocole de recherche. Et à l'heure où nous écrivons au moins dix-sept États des USA l'interdisent (cf. *infra*). Au Danemark, en mai 2023, le ministre de la Santé a promis la fin du changement de sexe pour les enfants atteints de dysphorie de genre à apparition rapide et la fin des chirurgies de genre pour les mineurs. En juin 2023, la Direction norvégienne de la santé a décidé que les enfants de moins de 18 ans atteints de dysphorie de genre ne devaient être traités que dans le service de santé spécialisé, et non par des prestataires municipaux ou privés.

g. L'évolution de la classification internationale : du « transsexualisme » à l'« incongruence de genre »

Sous l'influence des mouvements transactivistes, on a assisté lors des réactualisations du DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et de la CIM (classification internationale des maladies) à une « dépathologisation » de la transidentité.

Ces classifications permettent aux professionnels de partager des informations standardisées à travers le monde. On est passé du travestisme et du transsexualisme, considérés comme des déviations sexuelles, à l'incongruence de genre déplacée de la catégorie « *santé mentale* » à la catégorie « *santé sexuelle* ».

En voici les principales évolutions :

- **1952-1968** : Le **DSM 1-2** parle de déviance sexuelle pour le travestisme (adoption habituelle des vêtements et des habitudes de l'autre sexe).
- **1980** : **DSM 3** introduit transsexualisme, travestisme : déviance sexuelle
- **1990** : L'OMS raye l'homosexualité des maladies mentales. [L'homosexualité est à distinguer du transsexualisme, c'est une orientation sexuelle]³⁹
- **1992** : **CIM4010** : Transsexualisme, troubles de l'identité sexuelle
- **1994** : **DSM4** : Trouble de l'identité sexuelle avec souffrance et/ou altération du champ social (et non pas transsexualisme) (DSM 4 et DSM 4-TR 1994-2000 : trouble de l'identité sexuelle avec souffrance)
- **2010** : **Tournant marqué par la dépathologisation dans les classifications**
- **2013** : **DSM5** : **Gender dysphoria** traduit par **dysphorie de genre** (non-conformité de genre) est une qualification médicale utilisée dans le manuel de l'Association américaine de psychiatrie (APA), afin de décrire la détresse d'une personne qui se désigne transgenre exprimant un sentiment d'inadéquation ou non-congruence entre son « sexe assigné » et son « identité de genre ». Pour que le diagnostic de « dysphorie de genre » soit posé, la souffrance induite par l'inadéquation entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné doit durer au moins 6 mois.

Source : « Dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes 302.85 (F64.1) », « Dysphorie de genre chez les enfants 302.6 » (F64.2).⁴¹

- **Pour les adolescents** : il faut 2/6 critères parmi lesquels : se débarrasser des caractères sexuels, désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe, désir d'être de l'autre genre, désir d'être traité comme l'autre genre, conviction d'avoir le ressenti de l'autre genre ...
- **Pour les enfants** : il faut 6/8 critères parmi lesquels : désir ou conviction d'être de l'autre genre, préférence pour vêtements, jouets, jeux et camarades de l'autre genre, rejet jouets et activités de l'autre genre, rejet de sa propre anatomie, désir pour caractères sexuels opposés ...

39 Ajouté par nos soins.

40 CIM : La classification internationale des maladies fournit un langage commun qui permet aux professionnels de santé de partager des informations standardisées à travers le monde.

41 DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. <https://psychincafes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

- **2018 : CIM11 : Incongruence de genre**, sortie de la maladie - « santé mentale » - et déplacement dans la catégorie « santé sexuelle ».

Terminology

Classificatory system	Terminology for the diagnostic category (eligibility criteria)
DSM-III (1980) and ICD-10 (1992)	Transsexualism
DSM-IV (1994) and DSM-IV-TR (2000)	Gender identity disorder
DSM-5 (2013) and DSM-5-TR (2022)	Gender dysphoria
ICD-11 (2018)	Gender incongruence

DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (-III, {AmericanPsychiatric, 1980 #8001} -IV, {AmericanPsychiatric, 1994 #8002} -IV-TR, {AmericanPsychiatric, 2000 #8003} -5, {AmericanPsychiatricAssociation, 2013 #8005} -5-TR; {American Psychiatric Association, 2022 #16146} ICD, *International Classification of Diseases* (-10, {WorldHealthOrganization, 1992 #879} -11 {WorldHealthOrganization, 2018 #6240})

h. Le lexique trans

Les mouvements transactivistes tentent depuis des années, et dans le monde entier, à imposer un nouveau vocabulaire, une novlangue qui se veut progressiste, dans le but d'inclure les minorités sexuelles et de ne pas les blesser.

Ce vocabulaire est non seulement connu de la plupart des adolescents (et même des enfants) et de ceux qui s'en occupent, mais il est repris par les scientifiques dans leurs publications. C'est notamment le cas du terme « *assigné à la naissance* » pour désigner le sexe d'un enfant.

Néanmoins, ce nouvel ordre du langage est truffé de contre-vérités. Il transforme la réalité et tend à promouvoir une idéologie de déconstruction de l'identité.

Le meilleur exemple est le « *lexique trans* », édité par le Planning Familial en 2013 (*consultable en ligne* ⁴²), destiné à être diffusé auprès de son jeune public, au sein de l'Éducation Nationale, ou dans ses consultations.

En voici l'essentiel :

Transidentités : Ensemble des vécus trans. *Il convient de l'accorder au pluriel pour affirmer la diversité des vécus trans.*

42 <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2020-10/Lexique%20trans.pdf>

LGBTQIA+ : Lesbiennes, Gays, Bi, Trans, Queer, Intersexes, Asexuel·le·s ou Aromantiques, le «+» indiquant la non-exhaustivité, incluant toute identité de genre ou orientation marginalisée.

Genre : Classe sociale construite culturellement. En Occident, cela admet deux catégories, dont une dominée : les femmes ; et une dominante : les hommes. Genre est également utilisé en raccourci pour désigner l'identité de genre.

Sexe : Construit social basé sur des observations moyennes des différences biologiques entre les genres. Il est communément admis scientifiquement que le sexe est un spectre. Peut également désigner l'appareil génital.

Assignation à la naissance : À la naissance, les médecins décident, selon des normes de longueur du pénis/clitoris, si l'individu est un garçon ou une fille.

AMAB (acronyme de Assigned Male At Birth) : Personne assignée homme à la naissance.

AFAB (acronyme de Assigned Female At Birth) : Personne assignée femme à la naissance. Ces acronymes sont à proscrire pour désigner des personnes. Ils ne servent qu'à renseigner sur l'assignation qu'a subie un individu, à ne faire que si nécessité absolue dans le contexte.

Identité de genre : Ressenti interne du genre de l'individu. Indépendamment de son assignation, du regard de la société ou de son apparence/expression de genre.

Expression de genre : Ensemble de caractères visibles pouvant amener à catégoriser une personne à un genre ou l'autre (corps, vêtements, maquillage, parfum, attitude, ...). L'expression de genre peut être différente de l'identité de genre, que cela soit voulu par l'intéressé·e ou pas. Elle ne suffit pas à déterminer le genre de quelqu'un·e.

Personne trans : Une personne trans est une personne qui n'est pas du genre qu'on lui a assigné à la naissance. On admet que l'adjectif trans est le diminutif de transgenre. D'autres versions peuvent exister, mais elles sont propres aux intéressé·e·s et ne devraient pas être utilisées par des personnes non concerné·e·s.

Personne cis : Personne ne se ressentant pas d'un autre genre que celui qu'on lui a assigné à la naissance. On admet que l'adjectif cis est le diminutif de cisgenre.

Femme trans : Femme AMAB.

Homme trans : Homme AFAB.

Personne non-binaire (NB) : **Personne dont le genre n'est pas «homme» ou «femme» : cela peut être une combinaison, une absence (agenre), ou un genre autre.** *D'après notre définition, les personnes non-binaires sont incluses dans les vécus trans. Mais certaines peuvent ne pas se définir trans. Chaque personne NB peut avoir ou non un besoin de transition médicale et/ou administrative.*

Transition : **Indifféremment utilisé pour désigner une transition médicale (hormones, chirurgies, autres) et/ou sociale et/ou administrative, la transition est l'ensemble des actes que va accomplir une personne trans afin de se sentir mieux dans son genre ou pour cis-passer.**

Cis-passing : **Le passing désigne une expression de genre permettant clairement d'identifier une personne comme d'un genre ou l'autre (ou pas du tout pour les passings androgynes). Le cispassing désigne le fait qu'une personne trans « passe » comme une personne cis.** *On dira alors qu'elle cispasse.*

Stealth (anglais pour «furtif», «sous-marin») : *On dit d'une personne trans qui a un cispassing et qui ne révèle pas qu'elle est trans qu'elle est «stealth». Souvent le seul moyen pour une personne trans d'aspirer à une vie un tant soit peu « normale », moins exposée aux violences.*

Out (anglais pour « sorti·e » du placard) : **Par opposition à stealth, une personne trans «out» ne cherche pas à passer pour cis (indépendamment de son cispassing).**

Coming-out («sortie du placard») : **Déclarer à quelqu'un·e que l'on est trans (ou LGBTQIA+) et indiquer son genre. Une personne trans peut être amenée à faire son coming-out à plusieurs moments de sa vie, en fonction de ses proches/ami·e·s et de sa situation.**

Outing/outer : **Révéler qu'une personne est trans (ou LGBTQIA+). L'outing ne doit JAMAIS se faire sans le consentement de la personne concernée.** *Et cela peut être considéré, dans le code pénal, comme une atteinte à la vie privée.*

Dans le placard/closet : **Dans le cadre d'une personne trans, se dit quand elle se fait toujours passer pour son genre d'assignation, et n'a pas fait de coming-out.** *Utilisé également par l'ensemble de la sphère LGBTQIA+.*

Dysphorie de genre : **Sensation d'inconfort, de détresse ou de rejet résultant de son assignation à la naissance. Elle peut être liée au corps et/ou à des critères sociaux.** *Ce terme d'origine médicale est souvent utilisé de façon abusive, comme un critère. Or, une personne trans ne ressent pas nécessairement de la dysphorie. Cette dysphorie peut, en revanche, être déclenchée par des situations qui peuvent sembler anodines aux autres.*

Euphorie de genre : Sensation de bien-être ou de confort résultant de se reconnaître dans son genre que cela soit socialement ou corporellement. *L'euphorie de genre peut être déclenchée chez les personnes trans par toutes sortes de situations, qui ne correspondent donc pas nécessairement à des stéréotypes de genre !*

Caractéristiques sexuelles : Ensemble des caractères sexués : hormones, organes internes, organes externes, chromosomes, poitrine, pilosité, répartition des graisses, etc.

Hormones : Dans le cadre des transitions médicales de personnes trans, celles-ci sont souvent amenées à prendre des hormones dites sexuelles : œstrogène et progestérone pour les femmes trans, testostérone pour les hommes trans. *On parle de THS (traitement hormonal de substitution, ou de THF ou THM (traitement hormonal « féminisant »/« masculinisant »).*

Dicklit : Clitoris ayant changé sous l'action d'un THS. *Des hommes trans ou des personnes NBs, hormoné·e·s ou non, utilisent également ce terme pour désigner leur clitoris.*

Femmis/Ladyck : Pénis ayant changé sous l'action d'un THS. *Des femmes trans ou des personnes NBs, hormoné·e·s ou non, utilisent également ce terme pour désigner leur pénis.*

SRS (Sex Reassignment Surgery) : Chirurgie génitale. *Souvent appelée LA chirurgie, à tort. Elle en inclut des diverses et variées, et toutes les personnes trans n'en ressentent pas le besoin. Elle n'est légalement plus exigée pour un changement d'état civil.*

Transphobie : Discrimination/haine/aversion/rejet des personnes trans. *La transphobie ordinaire paraît souvent anodine aux personnes cis. Ne pas respecter l'identité d'une personne en est un exemple. La transphobie peut être intériorisée, amenant une personne à se haïr elle-même ou d'autres personnes trans.*

Morinom ou deadname : Nom donné à la naissance et rejeté, car renvoyant à l'assignation. *Si celui-ci n'est pas rejeté, ça peut être « ancien nom », ou « nom civil » s'il n'est pas changé.*

Mégenrer : Utiliser un pronom ou des accords qui ne sont pas ceux utilisés par la personne. *Si le mégenrage est volontaire, il s'agit d'un acte transphobe.*

Normativité : Imposer une situation comme normale, allant de soi, alors qu'elle n'est qu'un élément culturel encouragé.

Hétéronormativité : Considérer le fait d'être hétéro comme allant de soi, comme la référence par défaut et de marginaliser tout ce qui en sort.

Cisnormativité : Considérer le fait d'être cis comme allant de soi, comme la référence par défaut, de marginaliser tout ce qui en sort.

Queer : Ancienne insulte (anglais pour « bizarre, tordu ») réappropriée par des personnes qui se revendiquent de façon politique en dehors des normes hétéro-cis.

CEC (*Changement d'État Civil) : Désignant la plupart du temps l'acte de changement de sexe à l'état civil (+ prénom éventuellement) qui se fait devant le tribunal judiciaire. Il peut également désigner l'acte de changement de prénom en mairie.

TERF (*Trans Exclusionnary Radical Feminist) : Désigne une fraction de féministes et d'individu·e·s luttant contre les droits des personnes trans au nom de la sécurité des femmes cis dans les espaces non-mixtes (toilettes/prisons).

2. Données chiffrées comparatives entre pays (hors France) et état des lieux

Les données chiffrées sont bien entendu capitales pour savoir de quoi nous parlons : « épidémie » mondiale pour les uns, pourcentage infime de jeunes concernés pour les autres. Les chiffres eux-mêmes sont à interpréter selon que sont comptabilisés les mineurs qui consultent, ceux qui sont engagés dans un processus médical, les sondages auto-déclaratifs car les données et les modes de recueil des informations varient selon les pays. Leur collecte n'a rien d'évident : il faut les chercher et quand on cherche, on trouve... plus ou moins facilement.

Nous avons pu collecter les chiffres de huit pays européens, Pays-Bas, Finlande, Suède, Norvège, Danemark, Royaume-Uni, Espagne (Catalogne), Belgique ainsi que ceux des USA, du Canada et de l'Australie. Pour la France, nous avons très peu de données chiffrées, aucune étude sur le plan national concernant les mineurs.

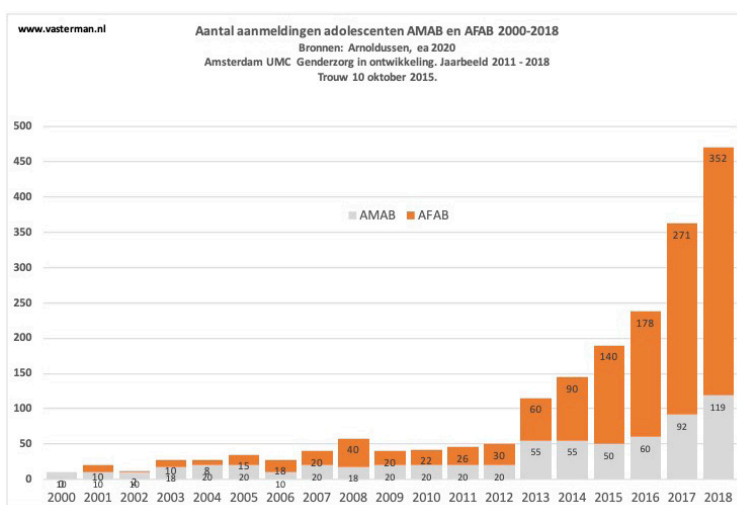
En regardant ce qui se passe dans plusieurs pays européens, on remarque aisément les similitudes : en partant de presque zéro, on observe une augmentation exponentielle des demandes de prises en charge chez les mineurs. C'est cette augmentation plus que les chiffres qui interroge et qui est diversement interprétée : libération de la parole et meilleure tolérance sociale (mais on n'observe pas cette augmentation exponentielle chez les majeurs de plus de 30 ans) pour les uns, expression actuelle d'un malaise adolescent instrumentalisé par les réseaux sociaux pour d'autres.

a. Pays-Bas

▸ Clinique du genre d'Amsterdam : chiffres 2000-2018

Dans les années 1990, les directives pour les adultes ont été adaptées au traitement des enfants et adolescents. Ces premières directives utilisaient des supprimeurs d'androgènes pour les hommes nés et une suppression menstruelle avec de la progestérone pour les femmes nées, puis des hormones de sexe opposé (œstrogène et testostérone) à la fin de l'adolescence et une chirurgie de réassignation de genre à l'âge adulte. À la fin des années 1990, des cliniciens néerlandais ont mis au point ce que l'on a appelé le modèle néerlandais ou le protocole néerlandais (Dutch Protocol) (cf. supra).

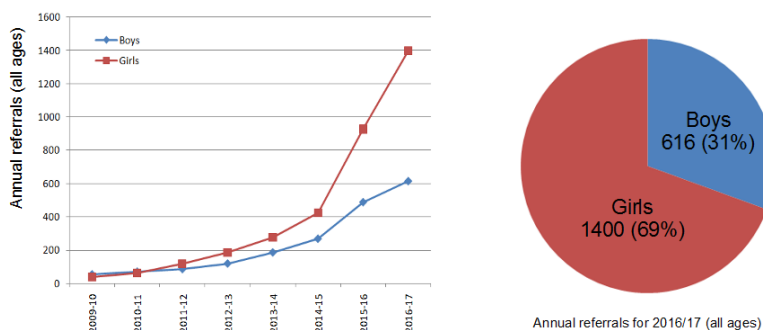
La clinique d'Amsterdam a été la première en Europe à traiter des mineurs. Jusqu'en 2012, seuls quelques dizaines de jeunes se présentaient chaque année. Depuis lors, les demandes de prise en charge de mineurs ont connu une croissance importante aux Pays-Bas. D'autres cliniques ont ouvert mais 2 772 jeunes étaient sur la liste d'attente l'année dernière. Ces chiffres contiennent probablement un double comptage, certains jeunes s'inscrivant dans plus d'une clinique.



Source : www.vasterman.nl

Selon la Netherlands Gender Clinic, en 2016, 180 filles consultaient pour à peine 2 en 2000⁴³.

43 Arnoldussen M, Steensma TD, Popma A, van der Miesen AIR, Twisk JWR, de Vries ALC. "Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?", *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6):803-811. doi:10.1007/s00787-019-01394-6



b. Finlande

En 2015, une étude de l'équipe de l'Université de Tampere en Finlande spécialisée dans la détresse liée au genre et menée par le Pr. Riittakerttu Kaltiala⁴⁴ a mis en évidence une surreprésentation de filles et une psychopathologie sévère qui précède souvent l'apparition de la dysphorie de genre (notamment les troubles du spectre autistique). Ces résultats ne correspondaient pas à la population dont cette équipe avait l'habitude⁴⁵.

Une étude récente menée également par le Pr. Riittakerttu Kaltiala⁴⁶ montre qu'en raison de l'anxiété liée au genre, le nombre de jeunes gens cherchant un traitement dans des unités spécialisées de recherche sur l'identité de genre a augmenté de manière significative dans le monde occidental au cours des années 2000, notamment lors de la dernière décennie. Le nombre de filles souffrant d'anxiété liée au genre (gender distress) pour la première fois à l'adolescence a augmenté de façon spectaculaire. Les adolescents souhaitant changer de sexe et présentant une « dysphorie de genre » ont une forte prévalence de troubles psychiatriques concomitants, en particulier dépression, troubles anxieux et troubles du spectre autistique. **Dans les enquêtes de population les plus récentes, jusqu'à 4 % des adolescents ont déclaré s'identifier d'une manière différente de leur sexe biologique.** Les problèmes de santé mentale sont également surreprésentés chez ces jeunes. Les recherches ont montré que si la spé-

44 Elle est professeur de psychiatrie de l'adolescent et chef de service en pédopsychiatrie à l'Université de Tampere en Finlande, une des plus importantes spécialistes dans le pays des adolescents présentant une dysphorie de genre.

45 Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työlajärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015 Apr 9;9:9. doi: 10.1186/s13034-015-0042-y. PMID: 25873995; PMCID: PMC4396787.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396787/>

46 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2023/6/duo17611>

cificité de l'identité de genre peut prédisposer aux troubles de la santé mentale, les troubles de la santé mentale peuvent également prédisposer aux problèmes de développement de l'identité de genre et aux préjugés sexistes.

C'est grâce à l'alerte lancée par le Pr Katiala et son équipe, qu'en 2020, la Finlande a été le premier pays à limiter les traitements hormonaux aux mineurs présentant une dysphorie de genre.

On peut consulter ce document en anglais⁴⁷ qui résume la « Recommandation du Conseil pour les choix en matière de soins de santé en Finlande (PALKO / COHERE Finlande)⁴⁸. »

Le Conseil (COHERE Finland) travaille en collaboration avec le ministère des affaires sociales et de la santé et a pour mission d'émettre des recommandations sur les services qui devraient être inclus dans la gamme des services de santé publique. Pour plus d'informations : www.palveluvalikoima.fi

Leurs conclusions et préconisations :

Conclusions :

« A lack of recognition of comorbid psychiatric disorders common among gender-dysphoric adolescents can also be detrimental. Since reduction of psychiatric symptoms cannot be achieved with hormonal and surgical interventions, it is not a valid justification for gender reassignment. A young person's identity and personality development must be stable so that they can genuinely face and discuss their gender dysphoria, the significance of their own feelings, and the need for various treatment options. For children and adolescents, these factors are key reasons for postponing any interventions until adulthood. »

« La non-reconnaissance des comorbidités psychiatriques, fréquente chez les adolescents dysphoriques, peut également être préjudiciable.

Étant donné que la réduction des symptômes psychiatriques ne peut être obtenue par des interventions hormonales et chirurgicales, elle ne constitue pas une justification valable pour le changement de sexe.

L'identité et le développement de la personnalité d'un jeune doivent être stables pour qu'il puisse réellement faire face à sa dysphorie de genre et en discuter, à la signification de ses propres sentiments et la nécessité de diverses options thérapeutiques.

47 https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation_0.pdf

48 Recommendation of the Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO / COHERE Finland) : <https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895838/Summary+transgender.pdf/2cc3f053-2e34-39ce-4e21-becd685b3044/Summary+transgender.pdf>

Pour les enfants et les adolescents, ces facteurs sont des raisons essentielles pour reporter toute intervention jusqu'à l'âge adulte. »

La fiabilité des études existantes sans groupe de contrôle est très incertaine et, en raison de cette incertitude, aucune décision ne devrait être prise qui pourrait modifier de façon permanente le développement mental et physique d'un mineur encore en cours de maturation. ... À la lumière des données disponibles, le changement de sexe des mineurs est une pratique expérimentale... aucun traitement irréversible ne devrait être mis en place.

FORTES RESTRICTIONS

Recommandations :

- Diagnostic et évaluation des besoins pédopsychiatriques dans les services de proximité avant toute orientation.
- Le traitement de première intention de la dysphorie de genre est le soutien psychosocial et, si nécessaire, la psychothérapie et le traitement d'éventuels troubles psychiatriques comorbides.
- Si le « conflit de genre » a commencé dans l'enfance et perdure et s'il est cause de souffrance depuis longtemps, si aucune comorbidité, le jeune est orienté vers des cliniques spécialisées
- Dans des situations exceptionnelles, le jeune sera médicalisé dès la puberté. Les interventions hormonales peuvent être envisagées au cas par cas après une évaluation approfondie.
- Aucune intervention chirurgicale ne peut avoir lieu avant 18 ans

c. Suède

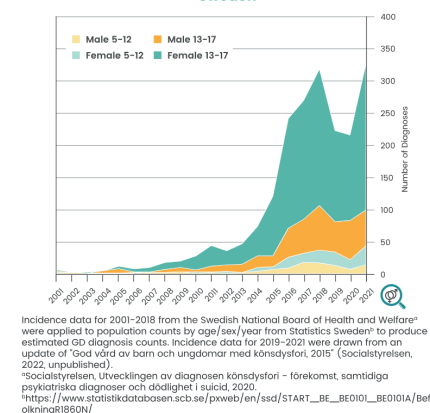
« La non-reconnaissance des comorbidités psychiatriques, fréquents chez les adolescents dysphoriques, peut également être préjudiciable.

Étant donné que la réduction des symptômes psychiatriques ne peut être obtenue par des interventions hormonales et chirurgicales, elle ne constitue pas une justification valable pour le changement de sexe.

L'identité et le développement de la personnalité d'un jeune doivent être stables pour qu'il puisse réellement faire face à sa dysphorie de genre et en discuter, à la signification de ses propres sentiments et la nécessité de diverses options thérapeutiques.

Pour les enfants et les adolescents, ces facteurs sont des raisons essentielles pour reporter toute intervention jusqu'à l'âge adulte. »

**Child and Adolescent Diagnoses of Gender Dysphoria
Sweden**



Source : <https://segm.org/>

D'après le pédopsychiatre suédois Sven Roman⁴⁹ auditionné en tant qu'expert à « The United states district court for the middle district of Tennessee Nashville division » en mai 2023 :

En 2001, 12 personnes de moins de 25 ans ont été diagnostiquées dysphoriques de genre ; en 2021, ce chiffre s'élèverait à 1 865. D'après lui, la Suède a le taux le plus élevé au monde de dysphorie de genre chez les enfants (patients pour 100 000 habitants).

L'augmentation des diagnostics de dysphorie de genre chez les enfants était relativement stable jusqu'en 2007, année de l'introduction de l'iPhone, puis l'augmentation s'est accélérée pour devenir très importante à partir de 2014, lorsque les réseaux sociaux sont devenus omniprésents chez les adolescents.

La Suède est le deuxième pays à restreindre les traitements hormonaux aux mineurs présentant une dysphorie de genre en 2021⁵⁰.

Voici un historique du changement de prise en charge en Suède :

En 2018, le gouvernement a chargé l'Agence suédoise pour l'évaluation des technologies

- 49 Sven Roman a personnellement assisté à l'émergence d'une nouvelle catégorie de patients souffrant de dysphorie de genre en Suède, qui domine désormais la population de ces patients dans le pays. L'hôpital pour enfants de Karolinska, appelé Astrid Lindgren's Children's Hospital, a également joué un rôle important dans le débat actuel sur le traitement des mineurs atteints de dysphorie de genre, car il a pris en charge un grand nombre d'enfants et d'adultes souffrant de cette pathologie.
- 50 <https://www.segm.org/sites/default/files/Karolinska%20Policy%20Change%20K2021-3343%20March%202021%20%28English%2C%20unofficial%20translation%29.pdf>
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/uppdaterat-kunskapsstod-for-vard-vid-konsdysfori-hos-unga/>

de la santé et l'évaluation des services sociaux (SBU) d'examiner les données probantes relatives aux interventions de réassignation de genre pour les enfants et les adolescents (jusqu'à l'âge de 18 ans). Dans un rapport préliminaire (2019), le SBU a conclu que la base de données probantes était faible. En 2021, le département d'endocrinologie pédiatrique de l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm a interrompu le traitement hormonal des enfants atteints de dysphorie de genre. Le deuxième rapport du SBU⁵¹ (2022) a conclu que les preuves disponibles étaient insuffisantes pour évaluer l'effet des hormones bloquant la puberté ou du traitement hormonal sur la santé psychique et physique. Sur la base du deuxième rapport du SBU, le Conseil national suédois de la santé et du bien-être (Socialstyrelsen) a mis à jour les directives de traitement (publiées le 16 décembre 2022).

Les nouvelles lignes directrices concluent qu'au niveau du groupe, les risques associés au traitement bloquant la puberté et au traitement hormonal transsexuel l'emportent sur les avantages potentiels. Ces traitements ne devraient donc pas être proposés, sauf dans des cas exceptionnels ou dans le cadre d'un essai de recherche clinique. Trois raisons principales ont été invoquées pour justifier le changement de recommandation : premièrement, l'incidence de la dysphorie de genre qui continue d'augmenter ; deuxièmement, la fréquence des transitions est inconnue ; troisièmement, les connaissances fondées sur l'expérience des experts sont moins uniformes qu'en 2015. Socialstyrelsen (The National Board of Health and Welfare, 2022).

Fortes restrictions :

Actuellement, le processus d'évaluation et de traitement se déroule comme suit :

- L'évaluation est pluridisciplinaire : le conseil psychologique et l'exploration de l'identité font toujours partie du processus.
- Seuls les enfants soigneusement sélectionnés, répondant aux critères diagnostiques de dysphorie de genre précoce, présentant une situation psychosociale stable et ne présentant pas de facteurs psychiatriques aggravants (déficience neuropsychiatrique ou intellectuelle, problèmes psychiatriques non traités, y compris risque suicidaire et traumatisme, ou consommation de substances) sont traités avec des bloqueurs de puberté (au stade 3 de la classification de Tanner).
- Une nouvelle évaluation complète plus tard - qui est aussi approfondie et étendue que la première - peut aboutir à la décision de traiter avec des hormones croisées, à partir de l'âge de 16 ans.
- Les mastectomies ne sont plus pratiquées avant l'âge de 18 ans. Les autres interventions chirurgicales visant à affirmer le genre nécessitent l'autorisation du Conseil national suédois de la santé et du bien-être et sont rarement accordées avant l'âge de 23 ans.

51 https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aaae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konsdysfori_barn-och-unga.pdf

d. Norvège

En 2016, le ministère de la Santé et des Soins a proposé une loi qui ne rend plus nécessaire de poser un diagnostic ou un traitement médical pour changer de sexe. Dès 16 ans, il est possible de changer de sexe et de prénom sans l'accord des parents. Entre 6 et 16 ans, avec l'accord des parents⁵².

Depuis 2016, les enfants et les adolescents qui s'adressent aux services de santé spécialisés ou qui sont orientés vers eux pour une évaluation et un traitement ont augmenté de manière significative. L'augmentation la plus importante concerne majoritairement les filles et les jeunes femmes adultes. C'est pourquoi, une agence gouvernementale indépendante de santé⁵³ a réalisé une enquête.

En mars 2023, le Comité norvégien d'enquête sur les soins de santé (Norwegian Healthcare Investigation Board ou UKOM) a publié un rapport officiel⁵⁴ sur la sécurité des enfants et des adolescents qui présentent une incongruence de genre.

Le rapport de l'UKOM décrit les traitements actuels comme des « traitements expérimentaux » ou des « traitements à l'essai » et recommande au ministère de la santé et des soins d'envisager la création d'un registre national afin de vérifier l'état de santé des personnes recevant un traitement médical pour une incongruité de genre. L'UKOM préconise la collecte systématique de données afin de suivre les patients. La principale recommandation de l'UKOM suggère que les futures lignes directrices doivent suivre une approche fondée sur des preuves, à l'instar des meilleures pratiques en vigueur en médecine.

e. Danemark

Au Danemark, le ministère de la Santé a annoncé en mai 2023 que les enfants avant 18 ans, dont la dysphorie de genre se manifeste pour la première fois au début de la puberté, appelée ROGD (Rapid Onset Gender Dysphoria), ne bénéficieront plus de traitements médicaux. Cela fait plus d'un an que le Danemark appelle à la prudence et c'est peut-être l'explication de la forte diminution en pourcentage du nombre d'enfants traités de 2021 à 2022 (diminution de 80 %).

La clinique du genre se concentrera plutôt sur les très jeunes enfants, et ne proposera désormais le changement de sexe qu'aux garçons et aux filles qui ont manifesté des signes de dysphorie de genre dès leur plus jeune âge⁵⁵.

52 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-74-l-20152016/id2479716/>

53 <https://ukom.no/english>

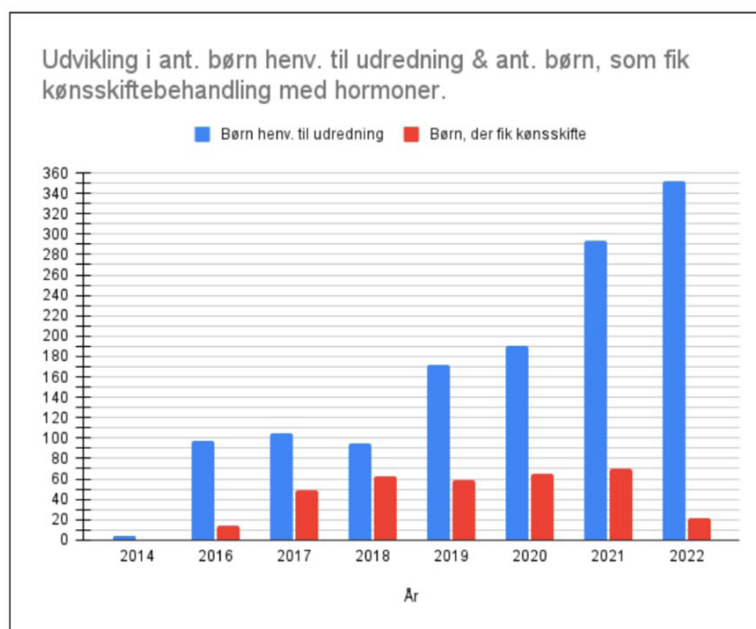
54 <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-medkjonnsinkongruens/sammendrag>

55 <https://www.danskegnbueraad.dk/nyt/fep893s4pbg4injlvy8gm2esppdpw9>

Le 3 juillet 2023, un important journal médical *Ugeskrift for Læger*⁵⁶, le Journal de l'Association médicale danoise, a confirmé qu'il y a eu un changement marqué concernant la prise en charge des jeunes atteints de dysphorie de genre. La plupart des jeunes référés à la clinique de genre n'obtiennent plus d'ordonnance pour les bloqueurs de puberté, les hormones ou la chirurgie - ils reçoivent plutôt des conseils et un soutien psychologique.

Ar	Børn henvist til udredning	Børn, der fik hormonbehandling
2014	4 (indexår)	0 af 4 (behandling ikke etableret)
2016	97 (↑ 2325% ift. indexår)	14 af 97 udredte, svarende til 14%
2017	105 (↑ 2525% ift. indexår)	49 af 105 udredte, svarende til 47%
2018	95 (↑ 2275% ift. indexår)	62 af 95 udredte, svarende til 65%
2019	172 (↑ 4200% ift. indexår)	59 af 172 udredte, svarende til 34%
2020	191 (↑ 4675% ift. indexår)	65 af 191 udredte, svarende til 34%
2021	294 (↑ 7250% ift. indexår)	70 af 294 udredte, svarende til 24%
2022	352 (↑ 8700% ift. indexår)	22 af 352 udredte, svarende til 6%
I alt	1.306 (2016-2022)	341 af 1.306 udredte, sv. til 26%

Kilde: Region Hovedstaden



56 <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-ti-bud-til-born-og-unge-med-konsubehag>

Premier graphique : légende : (première ligne grisée) : Enfants orientés vers une évaluation / Enfants ayant reçu une hormonothérapie

Deuxième graphique : légende : Évolution du nombre d'enfants orientés vers une évaluation et du nombre d'enfants ayant bénéficié d'un traitement de réassignation sexuelle.

En bleu, enfants orientés vers une évaluation, en rouge, enfants ayant subi un changement de sexe.

On note la baisse du nombre d'enfants traités entre 2021 et 2022 suite aux préconisations de prudence.

Source : <https://www.danskregnbueraad.dk/nedgangen>

Fortes restrictions

Sur le site de SEGM, on trouve une synthèse des changements préconisés par les auteurs de l'article médical de référence et suivis par les médecins⁵⁷ :

Les préconisations danoises actuelles ont été publiées en 2018 et devraient être mises à jour plus tard cette année. Bien que les détails des changements n'aient pas encore été rendus publics, la nouvelle approche décrite dans l'article préfigure les principes et les pratiques probables qui seront inclus dans les lignes directrices mises à jour, en particulier :

- Des évaluations psychologiques approfondies sont nécessaires pour déterminer si la dysphorie de genre est liée à un trouble de santé mentale tel que le TSA (trouble du spectre autistique) ou à une psychose. L'évaluation vise à déterminer si l'inconfort lié au genre peut être un aspect d'un trouble psychiatrique ou d'une maladie mentale.
- Les mineurs dont la dysphorie de genre diffère de la définition classique de la population du protocole néerlandais « Dutch » (c'est-à-dire l'apparition précoce d'une dysphorie de genre qui s'aggrave après la puberté, pas de comorbidités importantes en matière de santé mentale) ne se verront proposer qu'une psychothérapie de soutien et un traitement psychosocial.
- Tous les mineurs par ailleurs admissibles pour une transition médicale ne seront pas considérés comme aptes à consentir en raison de leur manque de maturité cognitive et intellectuelle.
- Les adolescents âgés de 15 ans et plus conservent le droit de consentir à un traitement sans l'accord ou le consentement de leurs parents, mais les traitements offerts donneront la priorité aux conseils. Selon les directives de traitement danoises de 2018, lorsqu'un mineur de 15 ans et ses parents ne sont pas d'accord sur la transition de genre,

57 <https://segm.org/Denmark-sharply-restricts-youth-gender-transitions>

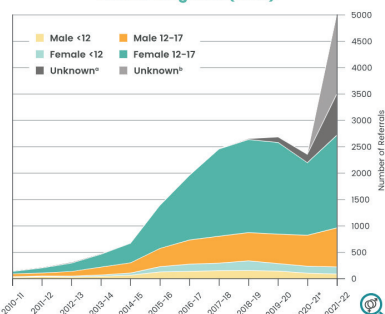
le mineur peut agir sans le consentement de ses parents. En effet, les lois danoises considèrent que les jeunes de 15 ans sont aptes à prendre des décisions médicales. Bien que ces lois ne changeront pas, les auteurs reconnaissent le rôle important des parents dans cette situation inhabituelle, et soulignent que les traitements offerts aux adolescents seront un « soutien psychosocial pour le jeune » et ils affirment en outre que « idéalement, toutes les décisions sont prises en consultation avec les parents ».

- Pour les cas exceptionnels qui seront admissibles à la transition, des incertitudes importantes sont explicitement identifiées. Les changements irréversibles sont dénoncés comme des risques pour la santé : « ... Les deux types d'hormones sexuelles entraînent une réduction de la fertilité, mais le degré et la réversibilité de cette réduction restent inconnus. Les contre-indications à l'hormonothérapie sont l'abus, les idées suicidaires/automutilations, la détresse psychologique sévère et les conditions somatiques inquiétantes (p. ex., cancer, maladie thromboembolique). Il est reconnu que le traitement hormonal durera toute la vie.
- Les interventions chirurgicales chez les mineurs, déjà rares, seront probablement supprimées. Des commentaires récents du ministre danois de la Santé suggèrent que les mastectomies pourraient être officiellement interdites dans les directives mises à jour.

f. Royaume-Uni

Le GIDS de la Tavistock Clinic⁵⁸ (Gender Identity development service)

Child and Adolescent Referrals for Gender Dysphoria
United Kingdom (GIDS)



*Referral activity to GIDS/Tavistock was sharply limited in 2020-2021 due to COVID-19.
 **Beginning in 2018-19, increasing numbers of referrals are not reported by sex.
 ***Beginning July 2021, referrals made directly to GIDS are reported separately from those handled by the Arden & GEM referral management service. The Tavistock reports that Arden & GEM handled over 1500 additional referrals in 2021-22 (age and sex not reported separately).

Source : <https://segm.org/>

58 Le GIDS est un des plus grands centres pédiatriques au monde à recevoir ces enfants et adolescents transidentifiés

La Tavistock Clinic⁵⁹ s'est spécialisée depuis 33 ans dans la prise en charge des troubles de l'identité de genre. Mais, depuis quelques années, le GIDS faisait l'objet de critiques en raison de dissensions internes. Entre 2016 et 2019, 35 psychologues ont démissionné du service, plusieurs se plaignant de diagnostics abusifs et de surmédicalisation d'enfants souffrant de dysphorie de genre. En 2018, un rapport interne a conclu que les méthodes du GIDS n'étaient pas adaptées. En 2020, dans une décision de la Haute Cour de justice en faveur de Keira Bell – ancienne patiente du GIDS qui a reçu des bloqueurs de puberté et, par la suite, a fait sa transition chirurgicale, avant de le regretter –, les juges ont estimé que les risques induits par les bloqueurs de puberté n'avaient jamais été ni suffisamment étudiés ni bien communiqués aux patients et aux familles. En appel, le jugement a été contredit et annulé, en renvoyant la responsabilité décisionnelle au champ médical, non sans rappeler que les cliniciens devaient être très prudents avant de recommander un traitement à un enfant.

Le rapport diligenté par le NHS England est celui du Dr Hilary Cass⁶⁰, pédiatre et Chair Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People. Il préconise une approche « holistique » (globale) et non spécialisée concernant les soins aux enfants et aux adolescents qui s'identifient trans. Ce rapport, présenté par la presse britannique comme « accablant », pointe notamment l'importance des troubles neurodéveloppementaux, psychopathologiques et des cas d'autisme chez ces jeunes. Par ailleurs, les bloqueurs de puberté sont largement pointés du doigt face au manque d'études scientifiques et cliniques sur les effets à court, moyen et long terme aussi bien sur le développement neurocognitif que sur le plan somatique (on peut consulter les conclusions de ce rapport dans la lettre du Dr. Cass au NHS England⁶¹).

Cette dernière préconise de développer le suivi de ces enfants dans tous les services de pédopsychiatrie de chaque région (et non dans un seul service spécialisé) mais pas dans les

59 <https://tavistockandportman.nhs.uk/care-and-treatment/our-clinical-services/gender-identity-development-service-gids/>

60 <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/> Et voici le résumé qu'en fait le NHS : « En février 2022, le Dr Cass a publié un **rapport intermédiaire** dans lequel elle expose les premiers résultats et conseils de son examen. Elle a souligné la nécessité **de s'éloigner du modèle actuel** de fournisseur unique et d'établir des services régionaux qui fonctionnent selon un nouveau modèle clinique qui peut mieux répondre **aux besoins holistiques d'un groupe vulnérable d'enfants et d'adolescents**. Elle a commencé à décrire la nécessité pour ces nouveaux services de fonctionner en tant que centres en réseau connectés à d'autres services locaux, notamment les services de santé mentale pour enfants et adolescents et les soins primaires pour répondre à tous les besoins cliniques d'un patient ». (traduction deepl). Souligné par nous.

61 <https://cass.independent-review.uk/publications/>

conditions où cela s'est fait jusqu'à présent au GIDS. Une approche « holistique »⁶² est recommandée à savoir la prise en compte de la personne dans sa globalité et non en fonction d'un seul symptôme. Dans sa conclusion, le Dr Cass souhaite que ces diagnostics soient moins rapidement posés et qu'ils soient mis en œuvre par des thérapeutes diversifiés et plus neutres. D'où l'orientation vers les services locaux de pédiatrie et de pédopsychiatrie. L'absence de preuves de l'innocuité des bloqueurs de puberté avant 16 ans dans l'indication de «dysphorie de genre» est rappelée.

Fortes restrictions

Chronologie des événements au niveau des institutions gouvernementales :

En 2020, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Evidence review énonce que :

- Les études sur les bloqueurs de puberté sont d'une faible qualité selon le système d'évaluation G.R.A.D.E. ... Comme les études manquent toutes de groupes de contrôle appropriés, tout changement positif pourrait être une régression vers la moyenne.
- Le système d'évaluation G.R.A.D.E. est l'outil le plus largement adopté pour évaluer la qualité des données [de la recherche].

En 2022, de nouvelles recommandations ont été proposées à la suite du rapport de la pédiatre Hilary Cass⁶³. Ce rapport intermédiaire a été diligenté par le National Health Service (NHS) (cf. *supra*).

- Après avoir examiné les données disponibles, le NHS a déterminé que «l'incongruité de genre ne persiste [généralement] pas à l'adolescence», qu'un «soutien psychologique» et une «approche vigilante» sont généralement recommandés au lieu d'une «transition sociale» en raison des «risques» qu'elle comporte, et que les bloqueurs de puberté et les hormones de sexe opposé ne seront administrés aux mineurs que dans le cadre d'une étude de recherche.
- Le rapport Cass a constaté qu'en raison des lacunes dans la base de données [sur les traitements hormonaux] ... les données sur la prise en charge appropriée des enfants et des jeunes présentant une incongruence de genre et une dysphorie ne sont pas concluantes.

Le GIDS fermera ses portes en mars 2024 à la suite de ce rapport (c'était annoncé pour 2023).

62 « The centers should have an appropriate multi-professional workforce to enable them to manage the holistic needs of this population, as well as the ability to provide essential related services or be able to access such services through provider collaborations. »

63 <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>

Le 8 juin 2023, le NHS England publie une note de service⁶⁴ après avoir publié le rapport intermédiaire en 2022 qui confirme la nécessité de prendre en charge l'enfant ainsi que sa famille en adoptant une approche holistique et pluridisciplinaire dans un service pédiatrique et de proximité en partenariat avec des services pédopsychiatriques (Providers delivering The Service must be an established specialist tertiary pediatric unit with a strong partnership with mental health services).

L'approche clinique doit tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'une phase transitoire et en particulier pour les enfants non pubères. Le NHS préconise une prise en charge dans les services non spécialisés (non étiquetés « incongruence du genre »).

« Une proportion importante d'enfants et de jeunes qui sont préoccupés ou angoissés par les questions d'incongruence de genre, sont confrontés à des problèmes de santé mentale, de développement neurologique et/ou à des complexités personnelles, familiales ou sociales. »

L'aide apportée à ces enfants et adolescents est d'abord psychosociale et psychologique (incluant une aide psychoéducative) afin d'atténuer la détresse liée au genre et le harcèlement dont peuvent être victimes ces jeunes. Cette note insiste sur une prise en charge globale.

Par ailleurs en décembre 2023, le ministère de l'éducation publie des Orientations non statutaires pour les écoles et collèges en Angleterre⁶⁵.

On peut retenir dans ce document comprenant 19 pages, ces points (traduction par deepL) :

1. Les écoles et les collèges ont l'obligation légale de protéger et de promouvoir le bien-être de tous les enfants.
2. Les écoles et les collèges doivent être des lieux respectueux et tolérants où les brimades ne sont jamais tolérées.
3. Les parents ne doivent pas être exclus des décisions prises par une école ou un collège concernant les demandes de « transition sociale » d'un enfant.
4. Les écoles et les collèges ont des obligations légales spécifiques liées au sexe biologique de l'enfant.
5. Il n'existe pas d'obligation générale de permettre à un enfant d'effectuer une « transition sociale ».

Le rapport Cass indique clairement que la transition sociale n'est pas un acte neutre et qu'il est nécessaire de disposer de meilleures informations sur les résultats obtenus par les

64 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/06/Interim-service-specification-for-Specialist-Gender-Incongruence-Services-for-Children-and-Young-People.pdf>

65 https://consult.education.gov.uk/equalities-political-impartiality-anti-bullying-team/gender-questioning-children-proposed-guidance/supporting_documents/Gender%20Questioning%20Children%20%20nonstatutory%20guidance.pdf

enfants qui entreprennent des degrés de transition sociale. Cela signifie que les écoles et les collèges doivent adopter une approche prudente et que les décisions ne doivent jamais être prises à la hâte ou sans la participation des parents. Les écoles et les collèges doivent réfléchir à la meilleure façon de remplir leurs obligations de protection de l'enfant qui fait une telle demande et ses pairs, en veillant à ce que tout plan d'action convenu soit dans l'intérêt supérieur de tous.

g. Belgique

La Belgique compte deux cliniques du genre affiliées à des hôpitaux universitaires. Une à Gand pour les néerlandophones qui s'occupe des mineurs depuis 2006 et une à Liège pour les francophones depuis 2019.

Nous avons seulement pu recueillir des données sur les bloqueurs de puberté (à la fois pour les pubertés précoces et pour les enfants à qui on bloque la puberté lorsqu'ils demandent un changement de sexe)

▸ évolution du nombre de patients mineurs en Belgique s'étant vu prescrire de la triptoreline dans la période 2006-2022

Année	Nbre de mineurs s'étant vu prescrire de la triptoreline	
	chiffres absolus	par 10,000 mineurs belges
2006	234	1,02
2007	246	1,07
2008	308	1,42
2009	349	1,60
2010	372	1,60
2011	406	1,74
2012	425	1,86
2013	467	2,01
2014	496	2,14
2015	502	2,16
2016	496	2,13
2017	475	2,04
2018	498	2,12
2019	493	2,10
2020	569	2,43
2021	638	2,72
2022	692	3,01

Source : Agence AIM / InterMutualiste à la demande du Dr. Beryl Koener, pédopsychiatre.

h. Allemagne

Nous n'avons pas trouvé de chiffres officiels. Toutefois, des médecins allemands dont le Dr. Alexander Korte ont lancé l'alerte.

Ce dernier est pédopsychiatre et médecin-chef à la polyclinique de pédopsychiatrie, psychosomatique et psychothérapie, Ludwig-Maximilians-Universität, Munich, Allemagne. Il s'occupe depuis 2004 dans le cadre d'une consultation spécialisée, d'enfants et d'adolescents qui s'interrogent sur leur identité de genre. En 2019, il alerte dans la presse sur l'augmentation des adolescents qui viennent consulter à ce sujet⁶⁶.

Dans un article publié en septembre 2023⁶⁷, il écrit :

« Quand bien même, du fait du système de santé décentralisé en Allemagne, il n'existe pas de repérage comparable [au GIDS, Angleterre] du nombre de cas, personne ne conteste le fait que chez nous, la situation est analogue. (Cf Herrmann et al. 2022) Ceci concerne également l'inversion du sex-ratio, c'est-à-dire l'inversion du rapport entre les cas concernés de garçons de naissance et de filles de naissance : aujourd'hui, mes patientes sont pour la plupart des jeunes filles dans l'adolescence précoce ou moyenne avec – ce qui est également nouveau – une enfance auparavant normativante sur le plan sexuel, chez qui l'identification trans et le *coming out* ne se sont produits que durant la puberté ».

Au niveau politique :

Les services scientifiques du Bundestag allemand («Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages») qui «soutiennent les membres du Parlement allemand dans le cadre de leur mandat» publient le **19 octobre 2023 un rapport** rattaché au « Domaine : Santé, famille, personnes âgées, femmes et jeunesse ». Ce rapport intitulé «**Interdictions légales des bloqueurs de puberté à l'étranger**» est destiné à alimenter la réflexion sur un futur projet de loi sur l'autodétermination en matière d'inscription du sexe («Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag»).

En Allemagne, la situation telle qu'elle est décrite dans l'introduction du rapport est la suivante : « Les bloqueurs de puberté ne peuvent être prescrits qu'après une indication médicale minutieuse basée sur des lignes directrices scientifiques. Le gouvernement fédéral souligne que la santé physique et mentale des enfants et des adolescents doit être au centre du traitement et que la décision de prescrire des bloqueurs de puberté relève exclusivement de

66 <https://www.spiegel.de/panorama/geschlechtsumwandlungen-macht-doch-endlich-sonst-bringe-ich-mich-um-a-00000000-0002-0001-0000-000161911783>

67 <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000944> paru dans la revue *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie et Psychotherapie*. Article traduit en français par Eva-Marie Golder que l'on trouve ici : <https://www.observatoirepetitesirene.org/post/le-tourment-de-l-adolescence-prise-en-%C3%A9tau-par-les-m%C3%A9dias>. Voir aussi ses autres travaux : Korte, Beyer & Bosinski, 2021 ; Korte & Wüsthof, 2015.

l'appréciation des médecins spécialistes traitants, qui informent également sur les risques et les effets secondaires. La loi sur l'autodétermination en matière d'inscription du sexe (SBGG) actuellement en projet vise à faciliter la modification de l'inscription du sexe et du prénom pour les personnes transgenres, intersexuées et non binaires. Le projet de loi ne traite que des aspects liés à l'état civil et exclut l'aspect médical, et donc les dispositions relatives aux mesures médicales de réassignation sexuelle, dont font partie les bloqueurs de puberté.

Selon la presse, les médecins et les psychologues estiment que l'abaissement du seuil juridique entraînera une augmentation du désir d'adaptation physique.

Par ailleurs, «ce rapport présente - conformément au mandat - les pays dans lesquels l'utilisation des bloqueurs de puberté est - ou non - interdite. Les auteurs de l'étude ont également mis l'accent sur les pays dans lesquels les bloqueurs de puberté sont actuellement interdits ou limités, en droit ou en fait.»

On peut le consulter ici :

<https://www.bundestag.de/resource/blob/977412/5b0215d36950bf3f0a7ae8c79d4ae527/WD-9-064-23-pdf.pdf>

Et en annexe n°1, traduction en français

i. Suisse

Il existe au moins 6 cliniques pédiatriques du genre dans les grandes villes en Suisse sans compter les consultations privées.

En 2020, suite à une intervention parlementaire, le Conseil Fédéral suggère de se fier aux recommandations de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) : la Suisse ne possède pas de directives nationales sur le traitement de mineurs présentant une incongruence de genre. Dans le schéma de traitement global, la procédure standard actuelle suit largement les directives internationales. Celles-ci comprennent d'une part les lignes directrices élaborées conjointement par les sociétés d'endocrinologie européennes et américaines et par l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres. D'autre part, la WPATH a défini ses propres normes, qui décrivent le schéma de traitement, la préparation et le suivi d'interventions de réattribution de sexe⁶⁸.

Les médecins spécialisés recommandent l'approche affirmative⁶⁹.

68 <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20203051>

69 https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dfme/documents/dfme-adofluidestrangenes_intro-20min_19mai2018.pdf

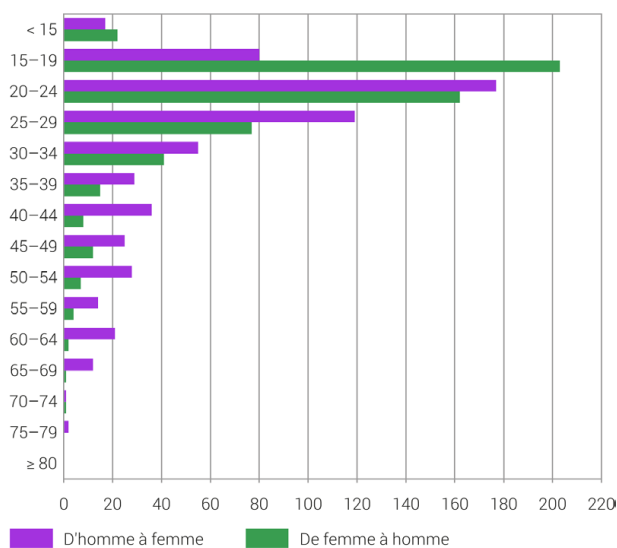
Depuis le 1er janvier 2022, les plus de 16 ans peuvent changer de sexe à l'état civil sans autorisation de leur représentant légal. Les moins de 16 ans, avec l'accord de leur représentant légal. Il n'y a besoin d'aucune documentation, certificat etc... Seul le ressenti profond de la personne compte⁷⁰.

Statistiques sur les changements de sexe légaux en Suisse depuis l'introduction de la loi le 1er janvier 2022⁷¹:

À fin 2022, 1171 changements de sexe ont été enregistrés auprès des offices d'état civil suisses. En 2022, les personnes âgées de 15 à 24 ans ont été les plus nombreuses à changer de sexe auprès de l'état civil (622, soit 53% de tous les changements de sexe enregistrés). Ils sont suivis par la classe d'âge des 25-29 ans et des 30-34 ans (respectivement 196 et 96 changements de sexe). On dénombrait également 39 personnes de moins de 15 ans ayant changé de sexe auprès de l'état civil et aucune de plus de 79 ans. Chez les moins de 15 ans et les 15 à 19 ans, les femmes sont plus nombreuses à changer de sexe à l'état civil, alors que ce sont les hommes dans toutes les autres classes d'âge.

Chirurgies sur les mineures, mastectomies effectuées entre 2016 à 2022

Changements de sexe à l'office d'état civil
selon la classe d'âge, en 2022 G3

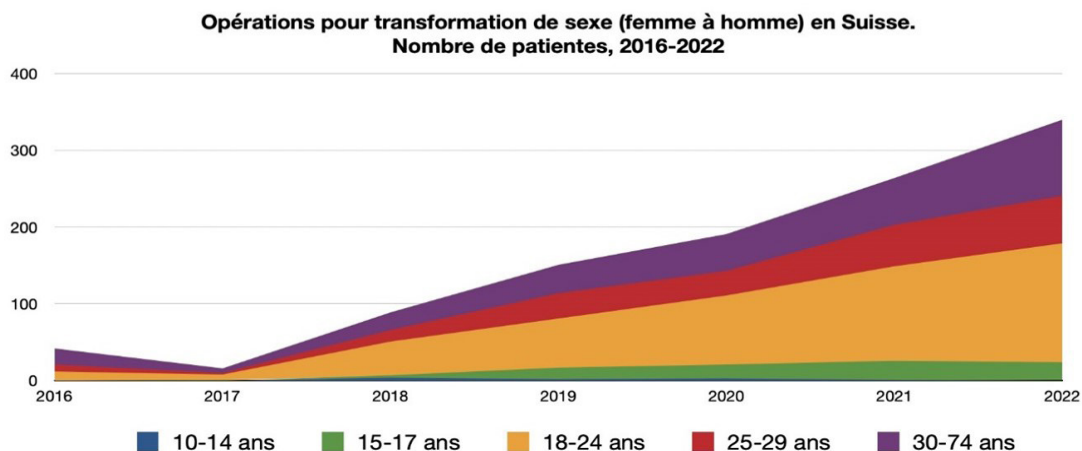


Source: OFS – BEVNAT

© OFS 2023

70 <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/gesellschaft/zivilstand/faq/geschlechtsaenderung.html>

71 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.24545813.html>



Nombre de patients avec diagnostic principal F64 (dysphorie de genre) et un traitement principal ou secondaire 6451 ou 645x10 : opération pour transformation de sexe (femme en homme) (sans patients ambulatoires)

Types d'opérations: mastectomies, construction de pénis, ablation de l'utérus, ablation des ovaires, etc.

Graphique AMQG - Source : Office fédéral de la statistique, division santé et affaires sociales. Statistique médicale des hôpitaux

Opérations pour transformation de femme à homme	10-14 ans	15-17 ans	18-24 ans	25-29 ans	30-74 ans
2016			1	11	9
2017			2	8	2
2018		4	3	44	15
2019		2	15	64	33
2020		3	18	90	32
2021		1	25	123	54
2022			24	155	62

Source : Office fédéral de la statistique. Graphique réalisé par AMQG

En décembre 2023, le Grand Conseil bernois a décidé, par 76 « oui » contre 75 « non », de n'autoriser « les interventions de nature irréversible destinées à un changement de sexe » qu'aux personnes majeures⁷². Dans les faits, cette motion ne pourrait que dissuader les mineurs d'effectuer un changement de sexe. Elle vise aussi à appeler les hôpitaux à ne réaliser ces « interventions irréversibles chez les enfants et les jeunes qu'avec la plus grande circonspection »⁷³.

72 <https://www.20min.ch/fr/story/berne-une-motion-sterile-pour-limiter-les-transitions-de-genre-601982925135>

73 Canton de Berne: <https://www.rgr-service.apps.be.ch/api/gr/documents/document/b6d54147fe034a799d1a0f05c80c35b8-332/4/Vorstoss-fr.pdf>

Kanton Bern
Canton de Berne

M

Intervention parlementaire

N° de l'intervention : 160-2023
 Type d'intervention : Motion
 Motif ayant valeur de directive :
 N° d'affaire : 2023.RRGR.210
 Déposée le : 15.06.2023

Motion de groupe : Non
 Motion de commission : Non
 Déposée par : Gabler (Reconvilier, PEV) (porte-parole)
 Graber (La Neuveville, UDC)
 Raahis (Geroltingen, UDC)
 Kullmann (Thun, UDF)

Cosignataires : 0
 Urgence demandée : Non
 Urgence accordée : -

N° d'ACE : - du -
 Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
 Classification : -
 Proposition du Conseil-exécutif : Sélectionner

Appliquer le principe de précaution : ne réserver l'accès aux interventions de nature irréversible destinées à un changement de sexe qu'aux personnes majeures selon le Code civil suisse

Le Conseil-exécutif est chargé de :

- prendre les mesures nécessaires pour ne réserver l'accès aux interventions de nature irréversible destinées à un changement de sexe qu'aux personnes majeures selon le Code civil suisse ;
- renforcer l'accompagnement des jeunes aux prises avec des questions d'identité de genre en favorisant des approches non médicales et réversibles jusqu'à leur majorité.

Développement :

Les motionnaires ne contestent en aucun cas l'existence de la dysphorie de genre. Cependant, au vu de l'évolution des chiffres, il y a lieu d'avoir un regard critique sur ce diagnostic. L'adolescence a de tous temps été une période pendant laquelle chacune et chacun est en recherche de son identité. Cette recherche n'est pas devenue plus facile aujourd'hui dans un monde marqué par les influences, influenceurs et les médias sociaux.

Il faut aujourd'hui avoir le courage de remettre en question les réponses rapides données, surtout quand celles-ci impliquent des traitements lourds et engendrent des conséquences irréversibles.

Non classé | Dernière modification : 29.06.2023 | Version : 4 | N° de document : 28959 | N° d'affaire : 2023.RRGR.210 1/2

Il faut sérieusement se poser la question si les personnes mineures sont capables de mesurer les tenants et aboutissants de tels traitements, alors que ces mêmes jeunes peuvent être massivement influencés. Ce d'autant plus que des spécialistes de l'enfance trent la sonnette d'alarme (Caroline Eltacheff et Céline Masson dans : « La fabrique de l'enfant transgenre »).

En l'absence de certitudes, les motionnaires sont d'avis qu'il y a lieu d'appliquer le principe de précaution et donc de ne réserver l'accès aux interventions de nature irréversible destinées à un changement de sexe qu'aux personnes majeures selon le Code civil suisse et d'éviter ainsi des traitements précipités entraînant des conséquences irréversibles avant l'âge adulte.

Il convient cependant dans le même temps de renforcer l'accompagnement des jeunes aux prises avec des questions d'identité de genre, en favorisant des approches non médicales et réversibles jusqu'à leur majorité.

Destinataire
 - Grand Conseil

Non classé | Dernière modification : 29.06.2023 | Version : 4 | N° de document : 28959 | N° d'affaire : 2023.RRGR.210 2/2

j. Espagne et Catalogne⁷⁴

En Espagne, le Professeur Celso Arango a alerté en octobre 2022 dans un article d'*El Mundo*. C'est l'une des plus grandes autorités de la pédopsychiatrie espagnole, chef du département de pédiatrie et de la jeunesse de l'hôpital Gregorio Marañón de Madrid, professeur aux universités Complutense et Maryland, et ancien président de la Société espagnole de psychiatrie.

Voici ce qu'il dit (trad. fr) « A l'hôpital Gregorio Marañón, nous assistons à une augmentation exponentielle des adolescents qui prétendent être trans, beaucoup pour la mode car ils ne le sont pas. Dans notre unité d'hospitalisation, si nous avions habituellement un ou deux adolescents qui se disaient trans par année, maintenant 15 %, soit 20 % des personnes admises, le disent. Ce chiffre ne correspond pas à la réalité. »⁷⁵

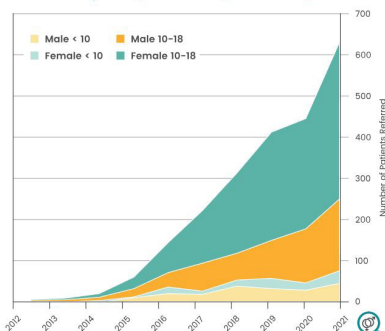
74 La Catalogne (en catalan : *Catalunya*) est une communauté autonome du nord-est de l'Espagne qui a le statut d'une nationalité dans son statut d'autonomie. Sa capitale et métropole est la ville de Barcelone. Elle compte 7.660.530 habitants en 2021.

75 <https://www.elmundo.es/papel/2022/10/08/634062b8e4d4d89c0c8b45b3.html>. Texte complet ici <https://archive.ph/pCSE1>

▸ En Catalogne

Une enquête des féministes de Catalogne, sur la dysphorie de genre chez les mineures (entre 2012 et 2021) est parue en 2022, menée par Silvia Carrasco Pons, maître de conférences en anthropologie à l'université autonome de Barcelone⁷⁶, auditionnée au Sénat.

**Child and Adolescent Referrals of Gender Dysphoria
Spain (Catalonia, Valencia)**



Sources: 1. For the "Servei Trànsit", the official system of Gender Dysphoria clinics within Catalonia: Feministes de Catalunya (2022). "De hombres adultos a niñas adolescentes: cambios, tendencias e interrogantes sobre la población atendida por el Servei Trànsit en Catalunya, 2012-2021." 2. For Valencia: Expósito-Campos et al. (2023). "Evolution and trends in referrals to a specialist gender identity unit in Spain over 10 years (2012-2021)." The Journal of Sexual Medicine, <https://doi.org/10.1093/jsmed/qdac034>.

Source : <https://segm.org/>

Les féministes de Catalogne ont enquêté sur l'évolution du nombre de personnes traitées par le service hospitalier catalan « d'identité de genre », le Servei Transit, entre 2012 et 2021.

Le Servei Transit est une unité de l'Institut Catalan de la Santé (ICS) spécialisée dans la dysphorie de genre, qui a débuté en 2012 dans la ville de Barcelone et qui, depuis 2015, a été étendu au reste du territoire.

Leur enquête fait état d'une « augmentation exponentielle de plus de 7000% en dix ans »⁷⁷.

Le nombre de personnes prises en charge par le service du genre est passé de 366 en 2016 à 1 454 en 2021. Ce chiffre se réfère aux nouveaux cas et n'inclut pas les personnes vues les années précédentes qui continuent de venir. Sur les 5 418 personnes accueillies entre 2012 et 2021, plus de la moitié étaient des femmes (51 %, soit 2 763), 45,3 % des hommes (2 456) et 3,7 % des personnes dont le sexe n'a pas été enregistré.

Alors que dans les premières années, le pourcentage de mineurs était faible, en 2021, ceux-ci représentent 40,4 % de l'ensemble des demandes. Dans les groupes d'âge 10-14 ans

⁷⁶ <https://www.uab.cat/web/-1257949254299.html>

⁷⁷ <https://feministes.cat/publicacions/informe-transit-catalunya-2022?fbclid=IwAR1xZG0En-BwQHIGxeVKRyFWzWXiN3zMbBP9JF4uPDqBWnMkfQICBAe5LEJY>

et 15-18 ans, 70% sont des filles mais l'augmentation est aussi alarmante chez les garçons. Le nombre annuel d'orientations vers le Servei Transit de filles âgées de 10 à 14 ans a augmenté de 5700%

Enfin, le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées sur les personnes prises en charge par le Servei Transit a été multiplié par 5 de 2016 à 2021.

Que se passe-t-il en Espagne au niveau politique ?

L'Espagne est un des pays qui est allé le plus loin en matière de tolérance face aux exigences transactivistes, l'Assemblée régionale de Madrid, le 22 décembre 2023, a supprimé de la Loi trans adoptée en 2016, les notions d'« autodétermination de genre » ou d'« identification de genre librement manifestée ».

Les « mineurs trans » de la Communauté de Madrid ne pourront commencer leur traitement qu'après avoir été examinés par un pédiatre, après avoir été traités « par un professionnel de la santé mentale » (psychologue ou psychiatre), et auront besoin d'un rapport médical favorable « indispensable » s'ils souffrent de deux ou plusieurs maladies ou troubles mentaux en même temps. Dans cette région, disparaîtra également le renversement de la charge de la preuve, qui oblige les accusés de discrimination à l'égard des personnes trans à prouver leur innocence. Le droit à la reconnaissance de l'identité de genre librement exprimée sera abrogé (...). La reconnaissance de ce groupe dans les centres éducatifs et l'administration sera diluée, et le code de sanction spécifique pour les infractions qui violent les droits des personnes trans et intersexuées sera supprimé. Telles sont les principales conséquences de la réforme de la loi trans que le PP d'Isabel Díaz Ayuso a enregistré ce vendredi 22 décembre, à l'Assemblée régionale, où elle sera approuvée d'urgence grâce à sa majorité absolue. La même chose se produira avec une autre réforme de la norme contre la LGTBIphobie. Les deux lois ont été approuvées sous le gouvernement de Cristina Cifuentes et Vox demandait leur abrogation depuis 2019.

Source : Sesión Plenaria, viernes 22 de diciembre de 2023, Asamblea de Madrid
<https://www.youtube.com/watch?v=0cr8yW0gKsQ>

k. Italie

L'Italie compte 19 services de santé publics pour les mineurs⁷⁸.

Ces services suivent la WPATH, l'Endocrine society et les lignes directrices de l'observatoire national d'identité de genre (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere)⁷⁹.

Voici un extrait des préconisations de cet observatoire (pages 8-9) :

« L'administration de bloqueurs de puberté et d'hormones croisées peut être envisagée :

- À la suite d'une demande explicite de la famille et du mineur ;
- Après une évaluation diagnostique approfondie du mineur et une observation clinique par l'équipe psychologique d'une durée d'au moins 6 mois ;
- Après une évaluation approfondie de la présence ou de l'absence d'une psychopathologie interférant avec la dysphorie de genre, sur la base d'une comparaison approfondie entre les professionnels impliqués dans le dossier ;
- Après une évaluation par le neuropsychiatre de l'enfant visant à exclure la présence d'une pathologie psychiatrique qui pourrait contre-indiquer l'utilisation du médicament hormonal ;
- Après une évaluation médicale et endocrinologique qui évalue d'éventuelles contre-indications générales et spécifiques à la prise de médicaments hormonaux ;
- Suite à un parcours d'information attentif des parents et du mineur sur les effets connus et inconnus des bloqueurs hypothalamiques et/ou de la prise d'hormones du sexe opposé ;
- Après l'obtention du consentement éclairé signé par les deux parents et de l'assentiment/consentement du mineur.

En 2005, le Sifip, « servizio per l'adeguamento dell'identità fisica e psichica del San Camillo di Roma », service qui s'occupe d'incongruence de genre depuis 30 ans, a ouvert une consultation pour les mineurs à Rome. Ce service constate une augmentation du nombre de demande entre 2018 et 2021 de 315%⁸⁰.

A propos des bloqueurs de puberté⁸¹ :

En 2019, l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) a étendu la prescription et le rembourse-

78 https://www.infotrans.it/it-schede-3-mappa_servizi_transgender

79 <https://www.paroledisessuologia.com/wp-content/uploads/2017/12/linee-guida-per-la-pre-sa-in-carico-dei-minorenni-con-sviluppo-atipico-dellidentitc3a0-di-genere.pdf>

80 https://roma.repubblica.it/cronaca/2022/12/05/news/bambini_adolescenti_identita_genere_casi_aumentati_315_per_cento-376131598/

81 Source : Trend Sanita : policy and procurement in HealthCare.

ment de la triptoréline également aux mineurs présentant une incongruence de genre :

Selon la Gazzetta Ufficiale della repubblica italiana⁸², ce médicament n'est remboursé que dans les cas où la puberté n'est pas compatible avec l'identité de genre (« dysphorie de genre »), le diagnostic devant être posé par une équipe pluridisciplinaire et lorsque la psychothérapie ou l'aide psychiatrique n'a pas été concluante.

On peut noter qu'en 2018, l'Agence avait demandé l'avis au comité national de bioéthique concernant l'usage de ce médicament à cette population. Le comité d'éthique a conclu à la nécessité d'une approche prudente.

Le 12 janvier 2023, La direction de la Société Psychanalytique Italienne, adresse au ministre de la santé, le Prof. Orazio Schillaci une lettre exprimant une grande inquiétude face à l'usage de médicaments visant à provoquer un arrêt du développement pubertaire chez les enfants des deux sexes chez lesquels on a diagnostiqué une « dysphorie de genre ». Les contre-indications à ce traitement doivent être sérieusement envisagées⁸³. On peut consulter cette alerte ici⁸⁴.

1. Canada

Le Canada ne dispose pas de recommandations officielles. La première clinique d'identité de genre, créée en 1975 (la première en Amérique du Nord), a adopté en 2000 le « Dutch protocol ». Actuellement, une dizaine de cliniques affiliées aux hôpitaux proposent un service dédié.

En juin 2023, la Société canadienne de pédiatrie reconnaissant le nombre croissant de jeunes qui s'identifient transgenres ou de diverses identités de genre, publie un document afin d'aider les pédiatres et autres professionnels de santé à adopter « une approche d'affirmation pour la prestation des soins réguliers à tous les jeunes »⁸⁵.

Chiffres dans l'une des « gender clinics » :

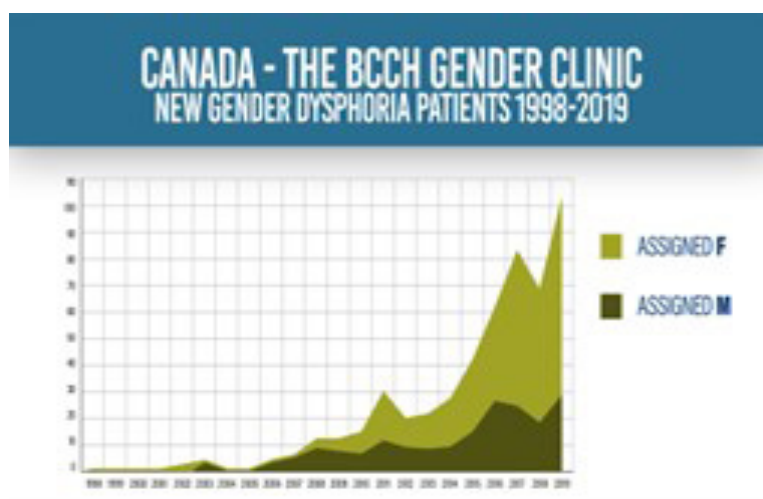
Voici l'exemple de la British Columbia Children's Hospital (BCCH) :

82 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/03/02/19A01426/SG>

83 <https://www.spiweb.it/la-cura/disforia-di-genere-il-comunicato-del-presidente-s-thanopulos-12-01-23/>

84 <https://www.medscape.com/viewarticle/988330>

85 <https://cps.ca/fr/documents/position/une-approche-daffirmation-pour-les-soins-aux-jeunes-transgenres-et-de-diverses-identites-de-genre>



Source: British Columbia Children's Hospital

Total referred children adolescents: >100 in 2019 (from a couple in 2005)

Increase: nearly 100-fold increase (10,000%)

<https://transyouthcan.ca/results/vancouver-self-care-and-coping-webinar/>

m. USA

Nous donnons ici différentes sources et différents chiffres entre 2017 et 2022, à des âges différents et à partir de 6 ans.

Cet article publié fin 2020 est régulièrement cité afin de montrer l'augmentation d'adolescents et jeunes adultes et notamment des filles qui s'identifient trans⁸⁶.

[https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X\(20\)48407-1/fulltext](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X(20)48407-1/fulltext)

Selon les données compilées par Komodo pour Reuters⁸⁷, en 2021, environ 42 000 enfants et adolescents à travers les États-Unis ont reçu un diagnostic de dysphorie de genre, soit trois fois plus qu'en 2017. Dans l'ensemble, l'analyse a révélé qu'au moins 121 882 enfants âgés de 6 à 17 ans avaient été diagnostiqués avec une dysphorie de genre de 2017 à 2021. Reuters a constaté des tendances similaires lorsqu'il a demandé des données aux USA sur les diagnostics parmi les enfants couverts par Medicaid, le programme d'assurance publique pour les personnes à faible revenu.

86 <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>

87 <https://www.reuters.com/article/usa-transyouth-data-idUKL1N3142UU>

Diagnostiques des jeunes atteints de dysphorie de genre

New diagnoses in the United States of patients ages 6-17



Source: Komodo Health Inc

Source : <https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-data/>

Chiffres en 2022

Table 1. Percent of each age group that identifies as transgender in the U.S.

	PERCENT	NUMBER
13 to 17	1.4%	300,100
18 to 24	1.3%	398,900
25 to 64	0.5%	766,500
65 and older	0.3%	171,700
13 and older	0.6%	1,637,200

Environ 1,6 million de personnes âgées de 13 ans et plus s'identifient comme transgenres, selon le Williams Institute de l'université de Californie à Los Angeles.

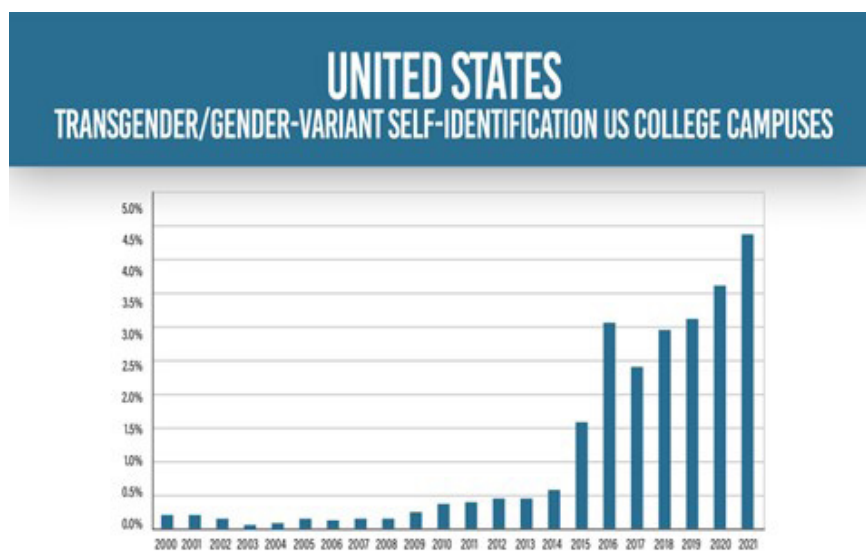
Source : <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trans-adults-united-states/>

Synthèse

- 300 000 ados (12-17ans) se disent trans aux USA à rapporter aux 332 millions d'américains (1.4 % sur les 1,6 million)
- S'appuyant sur les données de l'échantillon national de chirurgie ambulatoire, environ 1 130 chirurgies reconstructives thoraciques ont été réalisées sur des adolescents transgenres et de genres divers (TGD) au cours de ces années
- Seulement environ 100 de ces chirurgies ont été pratiquées en 2016, après quoi elles sont devenues de plus en plus populaires, dépassant 200 chirurgies en 2017 et 300 en 2018. Das et ses collègues ont estimé le total de 2019 à 489 ($P < 0,001$ vs 2016). *L'âge des adolescents variait de 12 à 17 ans, avec une médiane de 16 ans.*
- Coût d'une opération : 30 000 \$
- En ce qui concerne les comorbidités psychiatriques, 21,1 % souffraient d'anxiété et 16,2 % de dépression, les deux les plus fréquemment signalées.

Source : <https://www.medpagetoday.com/pediatrics/generalpediatrics/101252>

Nombre de jeunes étudiants qui s'identifient trans ou de genre différent aux USA



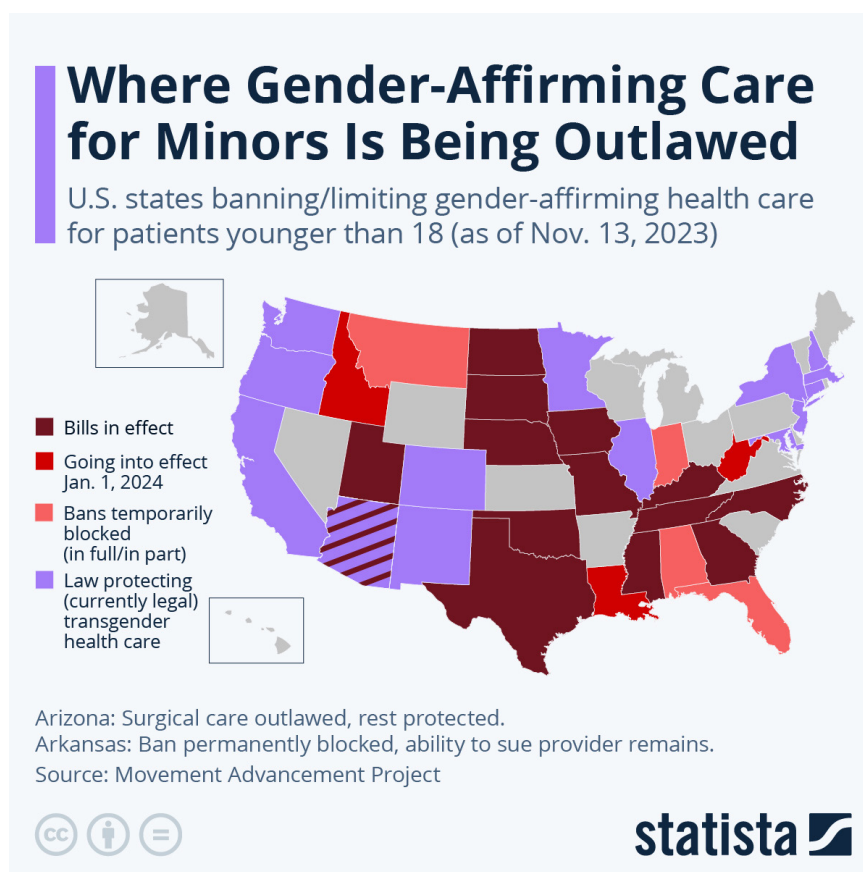
Pour information : La valeur du marché des soins de santé spécialisés dans le changement de sexe était de 316 millions de dollars américains en 2019 et son taux de croissance annuel sera de 25,1 % jusqu'en 2026.

En 2023, une étude de Chen et al. indique que « les jeunes transgenres et non binaires

représentent 2 à 9 % des personnes en âge de fréquenter le lycée aux États-Unis. »

(« Transgender and nonbinary youth comprise 2 to 9% of high-school-aged persons in the United States »)⁸⁸.

Compte tenu de la forte augmentation du nombre d'adolescents transidentifiés et compte tenu de l'alerte de médecins et chercheurs américains (cf. nos auditions, *infra*), des États des USA (en majorité gouvernés par des Républicains) ont interdit la médicalisation des mineurs transidentifiés.



Source : <https://www.statista.com/chart/29297/bills-ban-transgender-care-us-states/>

88 Chen D, Berona J, Chan YM, Ehrensaft D, Garofalo R, Hidalgo MA, Rosenthal SM, Tishelman AC, Olson-Kennedy J., « Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones », N Engl J Med. 2023 Jan 19;388(3):240-250. doi: 10.1056/NEJMoa2206297. Erratum in: N Engl J Med. 2023 Oct 19;389(16):1540. PMID: 36652355; PMCID: PMC10081536.

Dans 14 États américains, des lois interdisant ou limitant les soins de santé affirmant le genre pour les moins de 18 ans sont actuellement en vigueur. Après le cas très médiatisé de la Géorgie en mars, des projets de loi similaires ont été adoptés au Texas, en Caroline du Nord, au Kentucky et au Missouri, entre autres. Les interdictions dans trois autres États – l’Idaho, la Louisiane et la Virginie occidentale – devraient entrer en vigueur le 1er janvier 2024, ce qui fait **17 États**. Elles restent temporairement bloquées en Floride, au Montana, en Alabama et en Indiana.

Alors que la Géorgie continue d’autoriser l’utilisation d’inhibiteurs de la puberté, mais pas d’hormonothérapie, la plupart des autres États interdisent tous les soins d’affirmation de genre pour les moins de 18 ans. L’Arizona a uniquement interdit les chirurgies.

n. Australie

Dans les cliniques pédiatriques australiennes de dysphorie de genre :

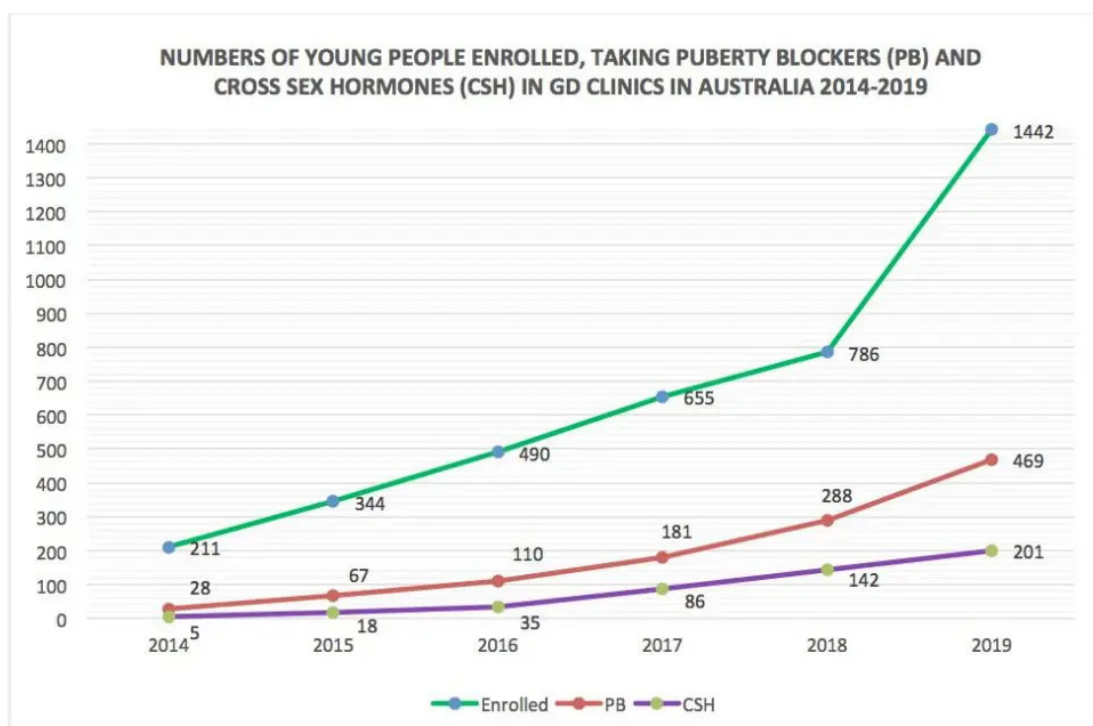


Figure 5

La ligne verte indique les demandes de patients dans les cliniques du genre ; la ligne orange indique le nombre d’enfants sous bloqueurs de puberté ; le violet indique le nombre

de prescription d'hormones sexuelles croisées. Les données ont été obtenues en vertu de la loi sur la liberté d'information.

Source : Dre Dianna Kenny



B. LA FRANCE

1. Données chiffrées

a. Les demandes de transition dans les services dédiés

Les chiffres à l'échelle nationale concernant **les demandes de transition** chez les mineurs dans les services spécialisés n'existent pas. Actuellement, il existe des services spécialisés dans toutes les grandes villes et villes moyennes de France.

En 2018, on compte 9 consultations spécialisées en milieu hospitalier dont 6 en région (Lille, Rouen, Tours, Bordeaux, Toulouse, Marseille) et 3 à Paris (La Pitié Salpêtrière, le CIA-PA et Robert Debré). Toutes les régions ne sont donc pas couvertes et les services existants sont saturés, avec souvent des listes d'attente et délais importants⁸⁹.

À Paris, en 2023, au moins 8 consultations publiques leur sont dédiées. À ceux précédemment cités, il faut ajouter la consultation transidentité du CMP Pichon Rivière.

Il faut signaler que le GHU Paris comprend deux sites : le site Sainte-Anne et le site Maison Blanche. Chacun de ces deux pôles a respectivement trois et deux consultations « dysphorie de genre »⁹⁰. Le CIAPA est une de ces deux consultations (GHU Maison Blanche).

89 Cf. p.41 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf

90 https://www.ghu-paris.fr/sites/default/files/media/downloads/consultation_dysphorie_de_genre_et_sante_mentale_0.pdf

Les chiffres officiels donnés dans le rapport commandé par l'ancien ministre de la santé, Olivier Véran à Hervé Picard, médecin généraliste et médecin de santé publique et à Simon Jutant, de l'association militante ACCEPTESS-T, concernent essentiellement les majeurs mais des chiffres sont donnés pour les mineurs en ALD (affection longue durée).

Le rapport présente les enfants comme « créatifs dans le genre » (p.41) : « la priorité est d'abord de leur permettre d'explorer leur identité de genre dans un environnement de vie bienveillant (famille, école ...), avec un soutien psycho-social (de l'enfant et de la famille) qui permette de réduire les risques de souffrance, de décrochage. »⁹¹

On estime entre 20 000 et 60 000 les personnes transgenres en France, tous âges confondus⁹².

Selon la note de cadrage publiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en septembre 2022 relative au thème : « Parcours de transition des personnes transgenres »⁹³ :

8952 personnes sont titulaires d'une affection de longue durée (ALD) pour « transidentité » en 2020 (dont 294 âgées de 17 ans et moins). Mais tous les parents de mineurs ne demandent pas toujours l'ALD pour leurs enfants. Les mineurs représentent 3,3 % des titulaires d'une ALD et près de 70 % des bénéficiaires ont entre 18 et 35 ans. Source : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

On a observé un triplement des séjours hospitaliers entre 2011 et 2020 pour « transsexualisme » (536 versus 1615). Les 18 à 35 ans représentent 70 % des séjours en 2020 contre 50 % des séjours en 2011. Les 36 à 50 ans représentent 17 % des séjours en 2020 contre 40 % en 2011. 62 % à 74 % des demandes de prise en charge de chirurgie mammaire et pelvienne de réassignation sont accordées selon l'année. 40 % de chirurgie de masculinisation et 60 % de chirurgie de féminisation. Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Entre 2013 et 2020, le nombre de demandes d'ALD a été multiplié par 10. En 2002, il y avait 4 chirurgiens qui faisaient des vaginoplasties sur des majeurs en France. Ils sont 30 aujourd'hui. Malgré cela, il y a des listes d'attente très longues. Un des buts de Trans Santé France est de militer pour former plus de praticiens.

Source : Congrès Trans Santé France à Lyon les 6 et 7 octobre 2022.

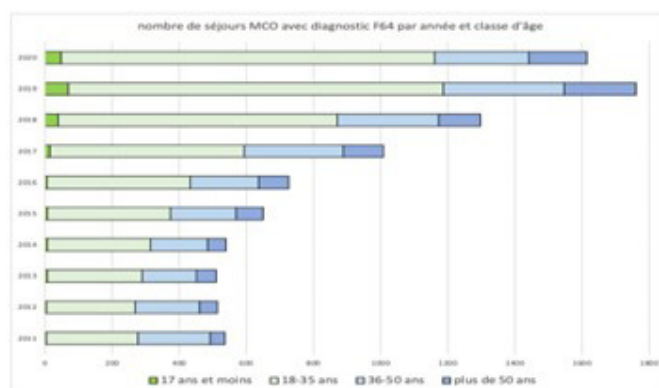
Par ailleurs on est passé de 8 mineurs en ALD pour transidentité en 2013, à 294 en 2020.

91 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf

92 <https://www.vie-publique.fr/rapport/284386-transsexualite-sante-et-parcours-de-soins-des-personnes-trans>

93 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf

On observe un rajeunissement des patients concernés par une intervention de chirurgie d'affirmation de genre, les 18-35 ans représentant 70 % des séjours en 2020 contre 50 % en 2011, la part des 36-50 est quant à elle passée de 40 % en 2011 à 17 % en 2020.



Source : Rapport Picard/Jutant (2022)

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf

L'absence de chiffres nationaux sur les **demandes de transition pour les enfants et les adolescents (ou la minimisation de ceux-ci)** contraste avec l'importance de ce sujet chez les adolescents, les parents et l'institution scolaire. La nécessité d'une circulaire dite circulaire Blanquer pour l'Éducation Nationale montre bien que ce sujet concerne ou concernera toutes les institutions scolaires.

b. Les préconisations françaises

En 2009, le rapport de la Haute Autorité de Santé (qui en France donne ces recommandations aux médecins) sur la prise en charge médicale du transsexualisme (appelé ultérieurement dysphorie de genre, rapport qui concerne les adultes) est l'un des premiers documents officiels. Il préconisait une démarche comprenant :

- Une évaluation diagnostique du trouble de l'identité sexuelle (6 à 9 mois environ- 2 à 10 séances avec un psychiatre / psychologue)
- Une expérience en vie réelle (transition sociale)
- Une hormonothérapie (phase durant 1 an)
- Puis une chirurgie de réassignation.

Les critères sur lesquels reposent l'évaluation et donc l'éligibilité aux soins de réassignation semblent similaires aux critères d'inclusion des participants du Dutch Protocol qui reconnaît l'autodétermination des personnes.

Selon le rapport de l'IGAS 5 (Inspection générale des affaires sociales) de 2022, le par-

cours des mineurs comprend les bloqueurs de puberté légitimés pour leurs effets jugés réversibles, les traitements hormonaux (prescrits vers 15 ans) et la chirurgie génitale qui n'est pas pratiquée avant 18 ans. La mastectomie elle, se pratique, la plus jeune opérée a 14 ans. En l'absence de consensus national, les bloqueurs de puberté sont administrés conformément aux recommandations de l'Endocrine Society et la "Dutch approach".

Parmi les autorités médicales, seule l'Académie de Médecine, en février 2022, a préconisé la prudence⁹⁴. Son avis est consultatif.

2. Les modes de prise en charge

Tous les médecins sont concernés par cette clinique et reçoivent ces patients. De manière privilégiée, les mineurs sont actuellement orientés, vers les consultations spécialisées.

Les praticiens, pour la plupart et notamment ceux de province, se déclarant en effet le plus souvent incompetents, préfèrent adresser à des équipes spécialisées.

L'augmentation des demandes d'adolescents ces dernières années a participé à l'ouverture de ces centres dédiés dans les grandes villes et les villes moyennes depuis 2013. Ces jeunes arrivent souvent dans ces consultations avec une cooccurrence psychiatrique élevée.

Les praticiens (généralistes, endocrinologues, psychiatres, chirurgiens) exerçant en libéral reçoivent également ces patients.

a. La prise en charge hospitalière

Les consultations spécialisées centralisent les demandes concernant la « dysphorie de genre » des mineurs. Elles sont adossées à des établissements hospitalo-universitaires dont les pratiques répondent aux recommandations internationales notamment le « dutch protocol ». Elles sont constituées d'équipes pluridisciplinaires associant psychiatre, psychologue, endocrinologue, chirurgien, équipes des CECOS (centre d'étude et de conservation du sperme humain), juristes. Elles mettent en place depuis 2015 des RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) qui associent professionnels et associations de personnes trans notamment Trans Santé France (FPATH) (à l'initiative de celles-ci et conformément aux recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé). Au cours de ces réunions, les indications médico-chirurgicales sont posées, et les décisions sont prises collectivement. Si une prise en charge hormonale est proposée à l'adolescent, son consentement et celui de ses deux parents sont recueillis après une reprise des explications concernant les effets attendus

94 <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/>

réversibles ou non des traitements hormonaux, les effets secondaires potentiels à surveiller ainsi que le suivi médical et biologique nécessaire.

Le suivi psychothérapeutique n'est pas systématique.

Du point de vue théorico-clinique, ces consultations promeuvent une pratique fondée sur l'autodétermination du jeune, sa parole et son ressenti. Elles mettent à sa disposition tous les outils pour les accompagner dans leur « transition » : orientation vers des somaticiens (endocrinologues ou chirurgiens), vers un pédopsychiatre, un psychothérapeute, un groupe thérapeutique, des médiations ou encore un groupe de paroles pour les parents ou une thérapie familiale.

Selon les centres, les références théoriques sont très hétérogènes, allant de la psychanalyse à une approche intégrative bio-psycho-sociale jusqu'aux pratiques se référant strictement au DSM5. Il s'agit tantôt d'un accompagnement bienveillant face à un fait établi, la « transidentité » comme fait autoaffirmatif non discutable, tantôt mais plus rarement d'une approche psychodynamique visant à repérer la fonction du symptôme et sa place dans l'organisation psychique.

Par ailleurs, ces jeunes et leurs familles sont souvent orientés vers des associations transactivistes.

b. Le planning familial

Financé par l'État, présent dans toute la France y compris dans les établissements scolaires, le planning familial est ouvertement militant : « le PF est un mouvement militant qui prend en compte toutes les sexualités » (cf. site du planning familial). Il applique l'autodétermination et l'affirmation de genre et prescrit rapidement des hormones (bloqueurs de puberté et hormones antagonistes) à la demande des adolescents sans évaluation ni prise en charge psychologique.

c. Les consultations privées

Les pratiques se divisent en 3 catégories :

- Les médecins (pédopsychiatres, psychiatres, endocrinologues, chirurgiens...) et psychologues transaffirmatifs inscrits sur les listes de diffusion (sites, etc..) créées par les associations militantes trans ou de parents de jeunes trans. Les traitements peuvent être délivrés à la demande en une à deux consultations,
- Les médecins et psychologues qui renvoient leurs patients vers les consultations dédiées,
- Les médecins et psychologues prudents considérant que ces adolescents nécessitent une prise en charge holistique.

d. La pédopsychiatrie aujourd'hui

Bien que ne traitant pas explicitement des mineurs transidentifiés, le rapport de la Cour des Comptes sur l'état de la pédopsychiatrie en France⁹⁵ apporte des chiffres inquiétants à la fois sur l'état psychique des jeunes et sur les moyens dont on dispose pour leur prise en charge.

Bernard Golse, pédopsychiatre-psychanalyste, ancien Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris), Professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Cité, conseiller expert auprès de la Cour des comptes en a rédigé un article pour l'Agora du COPES (2023) dont voici un extrait :

Extraits

Une offre de soins de pédopsychiatrie mal adaptée aux besoins.

« Les chiffres parlent d'eux-mêmes : on estime la population de mineurs (moins de 18 ans) dans notre pays à 14 millions d'enfants et d'adolescents dont 1,6 million souffrent d'un trouble psychique alors que 750.000 à 850.000 seulement bénéficient de soins psychiatriques. En contraste avec ces chiffres impressionnants, le nombre de pédopsychiatres a diminué de 34% entre 2010 et 2022, passant de 3113 en 2010 à 2039 en 2022 tandis que 58% des lits de pédopsychiatrie ont été supprimés. Les soins sont donnés essentiellement sur un mode ambulatoire : consultations, séances thérapeutiques diverses, hospitalisation de jour. Il y a eu, dit la Cour des comptes, un « virage ambulatoire ». La prévalence des troubles psychiques chez les enfants et adolescents européens est estimée à 13% selon une méta-analyse faite en 2022. Elle est mal connue pour la population française : la seule donnée épidémiologique remonte à 1987 et porte sur un échantillon limité aux enfants de 6 à 11 ans, pour aboutir à un taux de prévalence de 12,4%, donc proche de la moyenne européenne. On peut craindre que ce taux n'ait augmenté au cours des dernières années, si l'on en juge par l'accroissement des troubles suicidaires et des troubles de l'humeur chez les adolescents pendant la période COVID. Quant aux troubles les plus sévères, le rapport en estime le nombre à 190.000 enfants et adolescents compte tenu des dépenses de soins de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Au total, si l'on compare le nombre d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles psychiques et le nombre d'entre eux qui bénéficient d'une prise en charge pédopsychiatrique, seul 1 enfant ou adolescent sur 2 bénéficie des soins dont il a besoin. Encore faut-il évaluer la qualité et l'adéquation de ces soins. À cet égard le rapport est sévère si l'on en juge par les sous-titres du rapport et les recommandations qui sont faites : « Une offre de soins de pédopsychiatrie mal adaptée aux besoins – Une offre de soins qui ne tient pas suffisamment

95 Rapport rendu public en mars 2023. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-03/20230321-pe-dopsychiatrie.pdf>

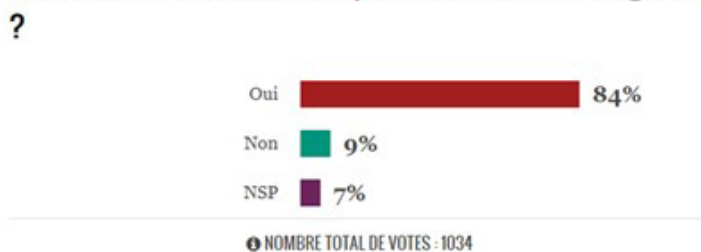
compte de la diversité des troubles et des facteurs de risques – Un parcours de soins inadapté faute d’une gradation cohérente de l’offre de soins – Une politique de l’offre de soins de pédopsychiatrie plus lisible mais peu efficiente – Une lisibilité de l’action administrative à renforcer pour améliorer l’offre de soins de pédopsychiatrie ». »

« En 2021, 84.734 passages aux urgences pour trouble psychique de mineurs ont été dénombrés (...) entre 2016 et 2021, le nombre de passages aux urgences pour troubles psychiques chez les moins de 18 ans a augmenté de 65% ». Le manque de moyens des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) est le second défaut relevé par le rapport. Ces centres sont pourtant devenus les lieux principaux de soins du fait du « virage ambulatoire » cité plus haut. Ils sont encombrés, dépassés par les tâches qui leur incombent et l’importance de leur file active, si bien que le temps passé aux procédures diagnostiques et évaluatives réduit leur capacité thérapeutique. À cela s’ajoute le problème des délais pour obtenir un premier rendez-vous de consultation : 116 jours en moyenne, alors qu’il n’est que de 21 jours pour les adultes. En conclusion de ce chapitre sur l’organisation des soins, le rapport souligne que : « Plus de 60 ans après la mise en place des secteurs de pédopsychiatrie, le parcours de soins des enfants et jeunes souffrant de troubles psychiques reste peu lisible et confronté à de multiples acteurs, la famille restant encore trop souvent en charge de la coordination des interventions ».

e. Sondage : quel regard portent les médecins en France sur la médicalisation des mineurs ?

Le 1^{er} août 2023, un sondage du Journal International de Médecine (JIM) a été publié concernant les professionnels de santé (1034 votants) très largement favorables (à 84%) à l’**interdiction des traitements hormonaux pour les mineurs dits transgenres**⁹⁶.

Seriez-vous favorable, à l’instar du NHS, à l’interdiction des traitements hormonaux pour les mineurs transgenres ?



96 Article complet ici : <https://www.observatoirepetitesirene.org/post/que-pensent-les-m%C3%A9decins-en-france>

LA CONTROVERSE MEDICALE

Depuis plus de dix ans, un mouvement influent pour les droits des personnes trans – médecins, militants, célébrités (notamment aux USA) et influenceurs – a défini les normes concernant les soins médicaux pour les trans.

Selon eux, les professionnels de la santé doivent aider les mineurs à faire leur transition sociale voire médicale en les accompagnant mais sans interroger leur demande. Toute personne qui n'approuve pas ces principes est accusée de transphobie.

La transition sociale comprenant le changement de prénom, d'habillement, d'aspect physique pour se conformer au genre souhaité, a été présentée comme ayant une efficacité thérapeutique sur la dysphorie de genre et son aspect réversible a été mis en avant.

Il apparaît dans les études que l'effet thérapeutique est loin d'être systématique, que l'adhésion sans nuance de l'entourage (parental et scolaire) peut augmenter le sentiment de dysphorie. Dans bien des cas, la transition sociale est la première étape vers la transition médicale. Actuellement, la transition sociale est approuvée à l'école avec l'accord des deux parents. Le changement de prénom à l'Etat civil pour un mineur est possible avec leur accord.

Les médecins transaffirmatifs ont déclaré qu'administrer des bloqueurs de puberté à des enfants dès les premiers signes de puberté était sans risque, complètement « réversible » et facilitait la transition hormonale ultérieure.

Sur quelle base scientifique repose cette médecine transaffirmative pour les mineurs ?

Nous en parlions en introduction, elle se fonde sur le « Dutch protocol » ou « protocole néerlandais » à savoir une population de patients constituée d'un petit nombre de jeunes gens soigneusement sélectionnés, presque tous de sexe masculin, qui, dès leur plus jeune âge, insistaient pour être des filles. Ces patients, à l'exception de leur « détresse de genre » (gender distress), n'avaient pas de problèmes psychopathologiques. Les cliniciens néerlandais ont rapporté qu'après une intervention précoce, ces jeunes s'épanouissaient après avoir changé de sexe. Le protocole a été publié en 2006 dans *l'European Journal of Endocrinology* et a rapidement été adopté au niveau international comme le traitement de référence dans le domaine de la pédiatrie de genre.

Dans les cliniques du genre (*Gender clinics*) qui se sont ouvertes dans les années 2000-2010 en Europe du Nord, en Angleterre et aux USA, les jeunes qui consultaient en nombre étaient différents de ceux décrits dans le Dutch Protocol : il s'agissait majoritairement de filles adolescentes, sans aucun signe de « détresse de genre » dans l'enfance mais présentant des pathologies psychiatriques antérieures à la dysphorie de genre.

Dans plusieurs pays, des médecins exerçant dans ces consultations spécialisées ont constaté que les promesses du Dutch Protocol ne se réalisaient pas. Peu sensibles à l'idéologie mais soucieux d'apporter des soins basés sur des preuves scientifiques établies, ils se sont inquiétés de la médicalisation trop rapide d'adolescents en pleine transformation. Sans en retracer tout l'historique, on sait que les premières alertes mettant en cause le Dutch Protocol ont été lancées en Europe par la Finlande, la Suède et l'Angleterre notamment. Avec courage car toute personne s'inquiétant du pouvoir croissant des transactivistes notamment dans les services médicaux et des effets de la transition sociale et médicale des jeunes a fait l'objet de campagne de dénigrement voire de menace pour sa carrière. Ces alertes répétées ont fini par être entendues par les pouvoirs publics qui ont modifié leurs recommandations. Dans notre introduction générale nous avons parlé de ces pays qui ont restreint fortement les traitements médicaux des mineurs en Europe.

Nous résumons ici la situation de ces pays en 2023 :

Pays en Europe	Année (Nous indiquons une période de temps entre l'alerte donnée et les recommandations)	Organismes de santé qui ont édicté (ou vont édicter) des recommandations	Recommandations pour les mineurs
Finlande	2015-2020	COHERE : Conseil pour les choix en matière de soins de santé	Fortes restrictions
Suède	2018-2022	Socialstyrelsen : Conseil national de la santé et du bien-être, qui réglemente et supervise le système de santé	Fortes restrictions

Danemark	2021-2023	SUM Ministère de la santé (en cours : attente des orientations révisées de l'autorité sanitaire danoise).	Fortes restrictions
Royaume-Uni	2018-2022	National Health Service (NHS) : système de santé public	Fortes restrictions

D'autres pays comme la Norvège pourraient aussi modifier leurs lignes en matière de soin (cf. supra). D'autres pays d'Europe commencent aussi à produire des notes ou des rapports (par exemple l'Allemagne), nous nous sommes limités aux pays d'Europe qui ont ou vont changer officiellement leurs prises en charge.

Un autre événement, qui aurait pu paraître marginal s'il n'émanait pas d'une personnalité de la médecine du genre, est à prendre en compte.

En 2021, le Dr Marci Bowers, gynécologue et chirurgienne renommée, actuelle présidente de la WPATH⁹⁷ (2022-2024), elle-même femme trans, émet des réserves à propos du Dutch Protocol.

Marci Bowers bien que favorable à la transition médicale des mineurs, déclare notamment qu'elle est réservée sur l'administration de bloqueurs de puberté en raison de leur absence d'innocuité prouvée ; elle évoque aussi de possibles effets psychologiques et souligne un impact négatif sur la vie sexuelle de ces futurs adultes⁹⁸. Au cours d'un entretien où la journaliste et essayiste, Abigail Shrier lui demande si elle pense que les bloqueurs de puberté sont une bonne idée, elle répond : « C'est typique de la médecine. Nous faisons des zigs puis des zags, et je pense que nous avons peut-être fait un zig un peu à gauche dans certains cas. (...) Je pense qu'il y a eu une certaine naïveté de la part des endocrino-pédiatres partisans du blocage précoce [de la puberté] qui pensaient que la magie pouvait opérer, que les chirurgiens pouvaient tout faire. »⁹⁹

97 La WPATH ou World Professional Association for Transgender Health, est une organisation internationale de référence pour les soins aux personnes trans

98 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9886596/#CR65>

99 <https://www.thefp.com/p/top-trans-doctors-blow-the-whistle.>

« This is typical of medicine. We zig and then we zag, and I think maybe we ziggged a little too far for the left in some cases. (...) I think there was naivete on the part of pediatric endocrinologists who were proponents of early [puberty] blockade thinking that just this magic can happen, that surgeons can do anything. »

Dans ce même entretien, interrogée sur le fait que la WPATH aurait dû tenir compte de la pluralité des points de vue médicaux, Marcy Bowers répond : « Il y a certainement des gens qui essaient d'exclure tous ceux qui n'adhèrent pas absolument à l'idée selon laquelle tout doit être affirmé et qu'il n'y a pas de place pour la dissidence. (...) Je pense que c'est une erreur. »¹⁰⁰

Dans les milieux spécialisés, on affirme que les bloqueurs de puberté peuvent atténuer la souffrance des jeunes accrue par l'apparition de caractères sexuels secondaires, sans pour autant entraîner des conséquences physiques irréversibles. Stopper la puberté permettrait aux adolescents de gagner du temps pour continuer à développer leur identité de genre. Mais la puberté n'est pas simplement un processus physiologique, c'est aussi un processus psychologique et psychosocial puisque le jeune s'inscrit dans un groupe de pairs notamment à l'école.

La promotion de la transidentité dans les médias et du traitement affirmatif de genre voire de la chirurgie d'affirmation de genre (parfois par les médecins eux-mêmes notamment aux USA) sur les réseaux sociaux très fréquentés par les adolescents¹⁰¹ sont également des sujets de controverse.

Alors que certains médecins pensent que les réseaux sociaux influencent les adolescents dans leur choix de changer de sexe, d'autres considèrent au contraire qu'ils libèrent la parole et les confortent dans leurs choix qui sont indépendants de ces réseaux.

L'exposition aux influenceurs trans jouent un rôle important sur des adolescents et notamment les filles qui présentent des problèmes psychopathologiques (anxiété, dépressions graves etc...). L'influence des pairs et l'exposition aux influenceurs constituent un facteur fréquemment mentionné de déclenchement soudain de la dysphorie de genre. Ce phénomène nommée ROGD (Rapid Onset Gender Dysphoria) par le Dr Lisa Littman (USA) en 2018, a été qualifié de « mensonge » utilisé pour discréditer les personnes trans. L'expression « contagion sociale » a déclenché les foudres des militants et suscité de violentes polémiques parmi les chercheurs au point que Lisa Littman a été contrainte de démissionner de son université.

Avec 2 à 10 % des jeunes exprimant des identités de genre variables qui les rendent a priori éligibles aux interventions hormonales et chirurgicales, des professionnels auditionnés indiquent qu'il est urgent d'élaborer des lignes directrices de prise en charge fondées sur des données probantes. Le projet SOC8 de la WPATH sur lequel s'appuient les services

100 Idem. « There are definitely people who are trying to keep out anyone who doesn't absolutely buy the party line that everything should be affirming, and that there's no room for dissent, I think that's a mistake. »

101 Cf. L'étude d'Alicia Ault, « Gender Surgeons on TikTok, Instagram : Appropriate or Not? », de juillet 2022.
<https://www.medscape.com/viewarticle/976863?form=fpf>

hospitaliers en charge de ces jeunes ne répond pas à cette exigence.

L'argument qui prévaut dans les cliniques du genre, à savoir qu'en l'absence de traitement le risque suicidaire augmente, est aussi contesté par de nouvelles études.

Le groupe de travail a auditionné les professionnels français, américains, canadiens et européens avant de recevoir les institutions en charge de la Santé et de la protection de l'enfance. Les informations recueillies devraient permettre d'aboutir à des préconisations.

A. Médecine française

1. Services dédiés à la « médecine du genre » pour enfants et adolescents

a. Hôpitaux publics

Le groupe de travail a souhaité auditionner les chefs de service et/ou les équipes de pédopsychiatrie et d'endocrinologie qui ont ouvert des consultations dédiées aux jeunes en questionnement de genre. Ils ont l'expérience de la rencontre avec ces jeunes et de leur prise en charge car ils exercent depuis plusieurs années. Ils centralisent la majorité des demandes de consultation, appliquent les recommandations internationales et mènent des études. Pr. David Cohen, le Pr Laetitia Martineri et son équipe, le Dr. Jean Chambry et le Dr. Hervé Hubert ont accepté de témoigner de leur expérience.

1) Pr David Cohen, pédopsychiatre, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière

David Cohen a été auditionné le 22 juin 2023, Consultation de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent non sectorisée - Troubles de l'identité sexuée, hôpital Pitié-Salpêtrière.

David Cohen est professeur à Sorbonne Université et chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris. Il est également membre de l'*Institut des Systèmes Intelligents et de Robotiques (ISIR)* et membre correspondant de l'*Académie de Médecine*. David Cohen est responsable d'une **consultation spécialisée dédiée aux mineurs en situation de transidentité** depuis 2014, elle-même dirigée par Agnès Condat, pédopsychiatre, M.D., Ph.D.

Cette consultation s'inscrit, plus largement, dans un réseau regroupant différentes associations engagées sur le sujet dans toute l'Île de France (*Réseau Trajectoire Jeune Trans d'Île de France*). Selon lui, ce réseau, constitué de soignants, de militants, et de familles tous concernés par la transidentité chez les mineurs, permet de « mettre à plat les différents discours ». Le professeur considère que sexualité et identité de genre ne se superposent pas, et que la non-binarité comme la transidentité ne sont pas des pathologies.

Définitions (rappel)

Les personnes transgenres éprouvent une inadéquation entre leur identité de genre et le sexe qui leur a été assigné à la naissance.

- Une femme transgenre est une personne qui a été assignée de sexe masculin à la naissance et qui exprime une identité de genre féminine.
- Un homme transgenre est une personne qui a été assignée de sexe féminin à la naissance et qui exprime une identité de genre masculine.
- Une personne non-binaire est une personne qui ne s'identifie ni comme homme ni comme femme, pouvant avoir une identité de genre fluide, neutre, ou d'autres identifications sur le spectre du genre, voire être genre.
- Une personne cisgenre s'identifie au genre qui lui a été assigné à la naissance.
- Les transitions sociales, médicales et éventuellement chirurgicales sont présentées comme des choix positifs qui permettent de résoudre le décalage entre le corps réel, l'image corporelle et la dimension sociale.
- La dysphorie de genre est un terme diagnostique psychiatrique utilisé dans le DSM-5. Elle se réfère à un sentiment d'incongruence de genre associé à une détresse significative ou à une altération du fonctionnement social et/ou scolaire.
- Le terme d'incongruence de genre a été adopté pour la CIM-11 en 2018. Il s'agit d'une condition relative à la santé sexuelle, sans nécessairement être un diagnostic, et n'implique pas systématiquement de détresse.

Consultation

Le Professeur Cohen détaille le fonctionnement de sa consultation. Au total, **239 mineurs ont consulté pour une exploration de l'identité de genre dans cet établissement**, ce qui représente entre 30 et 40 demandes nouvelles chaque année. Les jeunes de moins de 12 ans représentent 16 % des patients.

Il fait valoir la spécificité de la consultation à l'échelle de la France : celle-ci a mis en place depuis 2015 une **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**, composée de soignants, mais également d'éthiciens, de sociologues et de juristes, qui se réunit une fois par mois. Cette RCP mensuelle est **l'instance au sein de laquelle les décisions les plus engageantes pour les mineurs sont prises en matière de transition de genre, qu'elle soit sociale, hor-**

monale ou chirurgicale. Ces décisions sont alors prises de manière collégiale et pluridisciplinaire. Le jeune concerné, comme ses parents, peuvent être présents à la réunion. Selon lui, « 50% de l'activité d'Ile de France » a fait, à un moment donné, l'objet d'un examen en RCP à la Pitié Salpêtrière.

Sur le 239 mineurs reçus, **218 sujets ont été reconnus comme atteints d'une « incongruence de genre », soit 91 %.** La majorité des patients sont des jeunes filles. Le Professeur Cohen développe l'hypothèse selon laquelle les adolescentes ont plus de troubles psychiatriques, que leur détresse les conduit à se poser plus de questions relatives au genre et *in fine* à consulter davantage que les garçons. Ainsi, elles sont 28 % à avoir fait une tentative de suicide dans la cohorte de la consultation, contre 10 % des garçons.

Le professeur évoque les **changements intervenus dans les référentiels internationaux.** Alors que la classification américaine (DSM-V) couplait la dysphorie de genre à une importante souffrance de l'individu, une classification récente (CIM-11 / 2018) ne retient plus la souffrance ressentie comme critère nécessaire au diagnostic : seule l'incongruité du genre suffit à l'établir.

S'agissant des comorbidités, elles sont nombreuses. Les patients reçus sont déscolarisés à 24% (depuis au moins 3 mois). Ils ont fait l'objet de harcèlement à 42 % ; 30 % d'entre eux ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ; 61% ont connu un épisode dépressif ; 22% ont déjà fait des tentatives de suicide. Enfin, leur taux de suicidalité est de 47%.

Pour le professeur, le questionnement de ces jeunes patients dure dans le temps. Il peut prendre la forme d'une **crise subjective**, orientée vers le ressenti de la personne et se traduire également par une expérience de **crise sociale**, soit la capacité ou non à exprimer son ressenti à sa famille ou à l'école.

L'objet de la consultation est alors d'amener l'enfant à s'approprier tant son propre questionnement, que de l'informer sur les potentielles conséquences de choix qu'il serait prêt à faire. Le Professeur Cohen estime qu'il faut **distinguer l'information de l'incitation**, et que de toute manière, toutes les informations sont disponibles sur internet.

Si la chirurgie est très marginale chez les mineurs, nombre d'entre eux n'ont cependant aucune idée que les traitements médicamenteux peuvent remettre en cause leur accès futur à la paternité ou à la maternité. La consultation s'emploie alors à les **sensibiliser à la question de la préservation de la fertilité** (partenariats Cecos / AMP).

40 % des jeunes qui arrivent à la consultation ont déjà fait leur transition sociale, dont 78 % au sein de la famille. La transition sociale au sein de l'école semble plus compliquée à assumer pour ces jeunes. **15 ans est l'âge moyen de transition** sociale à l'école.

A la Pitié Salpêtrière, **26 mineurs sur 239 ont reçu des bloqueurs de puberté (11 %).** L'âge moyen est de 12 ans, puisque ces bloqueurs sont, par définition, prescrits en tout début de puberté. Ils permettent d'éviter l'opération de torsoplastie, qui est la plus sollicitée.

Le délai moyen entre le 1er rendez-vous et l'initiation d'un traitement hormonal (quand prescription il y a) est de 11 mois. **Les hormones féminisantes comme masculinisantes sont prescrites à 44 %, à un âge moyen de 16,6 ans.** S'agissant de la torsoplastie (FtM), elle a été

pratiquée sur 20 % de jeunes âgés de plus de 12 ans, avec un âge moyen situé à 17-18 ans. Pour les autres opérations chirurgicales, elles sont plus rares et interviennent exclusivement à l'âge adulte.

L'accompagnement médical des enfants et adolescents trans s'appuie sur les recommandations internationales de la WPATH (2012) ainsi que sur les directives des sociétés savantes. Il implique une approche clinique basée sur la tradition de la pédopsychiatrie et de la pédiatrie françaises. Les décisions sont prises de manière collégiale et pluridisciplinaire, en partenariat avec les associations de personnes concernées.

L'hypothèse de l'épidémie de rapid onset gender (ROGD)

Pour le Professeur Cohen, il n'y a pas d'épidémie à proprement parler. Aussi, les arguments selon lesquels le phénomène touche davantage les filles, sous l'influence des réseaux sociaux, et dans un état de santé plus précaire ne sont pas justifiés.

Législation et consentement

Sur le plan de **possibles évolutions de notre législation, le professeur est défavorable à la prise de décision concernant les mineurs**. Selon lui, le niveau de souffrance de certains patients est important. Une interdiction d'initier des démarches médicales avant la majorité ne changerait rien mais tendrait, au contraire, à aggraver les conséquences. Il explique que si par le passé, la transition devait être totale pour être acceptée, il est désormais possible grâce aux « *progrès de la médecine* » d'apporter des réponses « *sur mesure* » et non radicales. Au total, il juge que le fait de légiférer est le signe de ce que la société n'a pas réussi à trouver un équilibre. Pour lui, en France, la protection de l'enfance est déjà garantie et suffit à répondre à la problématique de transidentité des mineurs.

Il ajoute que les décisions sont prises de manière collégiale, dans un travail commun avec l'école et les services de santé locaux. L'accompagnement médical implique des spécialistes en psychiatrie et en endocrinologie. Les décisions médicales, y compris les traitements hormonaux et chirurgicaux, sont prises en consultation pluridisciplinaire et collégiale. L'avis et la participation des jeunes et de leurs parents sont pris en compte.

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) réunissent régulièrement des équipes hospitalières et des professionnels de divers domaines pour discuter des cas complexes et prendre des décisions cliniques. Elles contribuent à harmoniser les pratiques et à partager les expériences.

Conclusion

Selon le Professeur Cohen, les soins aux enfants et adolescents trans requièrent une approche pluridisciplinaire, basée sur les besoins et les expériences des jeunes, ainsi qu'une collaboration étroite avec les associations de personnes concernées. Les pratiques médicales et les concepts évoluent pour mieux répondre aux besoins de cette population, bien que des défis persistent en termes d'accès aux soins et de soutien social.

On peut lire en annexe n°2 l'article de l'équipe de la Salpêtrière

2) Pr Laetitia Martinerie et son équipe, Hôpital Robert Debré

L'équipe pédiatrique d'accompagnement des transidentités (EPAT) du service d'endocrinologie et de diabétologie pédiatrique du CHU Robert-Debré a été auditionnée le 7 novembre 2023

Elle est composée de :

Professeure Laetitia Martinerie, endocrino-pédiatre

Dr Alexandre Michel, pédopsychiatre

Dr Sarah Gaspard, endocrino-pédiatre

Mme Charlotte Lebrun, psychologue

Au complet, l'équipe est composée de 7 professionnels dont 2 psychologues, un pédopsychiatre, un gynécologue, des médecins endocrinologues et une assistante sociale.

L'EPAT existe depuis 10 ans (2013) et se revendique comme **l'équipe qui a le plus d'expérience en la matière**. Selon le professeur Martinerie, à la tête de la structure, celle-ci a été créée en raison des **besoins rencontrés sur le terrain**, du fait notamment de la multiplication de passages à l'acte suicidaire de jeunes arrivant dans un état de très grand mal-être aux urgences. Un accompagnement spécifique a donc été mis en place, à l'instar de ce qui a pu être fait aux Pays-Bas, au Canada ou aux Etats-Unis, au motif qu'il pouvait constituer un bénéfice important en termes d'apaisement de la souffrance.

Au début de sa création, l'EPAT recevait pour l'essentiel des jeunes de 16 à 18 ans. Avec le temps, l'âge de la 1^{ère} consultation a avancé, et les jeunes traités sont aujourd'hui âgés en moyenne de moins de 12 ans. **La consultation s'est donc spécialisée dans l'accueil d'enfants de moins de 12 ans** qui sont davantage des garçons (biologiques) que des filles (ce qui va à l'encontre de l'idée qu'il y a davantage de filles que de garçons).

Un psychologue reçoit les enfants et/ou leurs parents pour les premières consultations, afin d'aborder les questionnements qu'ils peuvent avoir et les angoisses qu'ils peuvent ressentir (notamment les parents). Ceux-ci n'expriment cependant pas tous un ressenti de transidentité.

Selon le pédopsychiatre, la prise en charge des jeunes est fondée sur **un degré de souffrance important** allant jusqu'au suicide et sur la **pérennité dans le temps du ressenti de transidentité**. Il estime que l'augmentation des cas peut être liée au fait que l'on reconnaît aujourd'hui davantage une souffrance qui a été longtemps ignorée. Il juge insuffisant le nombre d'accompagnants sur le terrain, notamment à l'école (qui peut être elle-même source de souffrance), pour répondre aux besoins des enfants.

Le professeur Martinerie indique qu'il n'y a pas eu de remise en question majeure s'agissant de la prise en charge médicale des enfants trans dans les autres pays pionniers en la

matière. Personne ne remet en question l'accompagnement pluridisciplinaire qui a prouvé son efficacité en termes de bénéfice pour les jeunes

Elle note que ce qui fait souvent souffrir les jeunes est l'apparition de la puberté et le regard qui est porté dessus (par eux et par les autres).

En 10 ans d'existence, l'EPAT a suivi 313 patients (mineurs et jeunes majeurs) en endocrinologie pédiatrique. Parmi eux, **70% ont reçu un traitement hormonal**. Le professeur Martinerie évalue **le nombre de patients ayant par la suite exprimé des regrets à 0,3 %**. Dans une telle hypothèse, le service les accompagne dans la détransition.

Un certain nombre de patients décident à un moment d'arrêter le traitement par bloqueurs de puberté. En outre, **40 à 50 patients sur les 313 au total ont, à leur demande, bénéficié d'une opération de torsoplastie** (mais pas toujours avant 18 ans). Cette opération est peu pratiquée car les jeunes reçus à l'EPAT prennent souvent des bloqueurs de puberté, limitant de fait le développement de la poitrine. Les plus jeunes patients qui reçoivent des bloqueurs sont âgés en moyenne de 11-12 ans. Les bloqueurs ne sont jamais prescrits avant le début de la puberté.

Le service conduit une étude visant à comparer le retentissement de l'opération de torsoplastie sur des patients en situation de transidentité avec l'opération effectuée sur des garçons biologiques présentant une gynécomastie.

S'agissant de la question des enfants intersexes, la cohorte suivie par l'hôpital Robert Debré est évaluée à environ 500 patients.

Le professeur Martinerie explique que le traitement par bloqueurs de puberté n'est pas du tout un traitement nouveau. Il est prescrit depuis 40 ans pour traiter la puberté précoce. Elle souligne qu'il n'y a pas de recul en ce qui concerne la population des trans, d'où la nécessité de pouvoir faire de la recherche. Les hormones ne sont pas non plus des traitements nouveaux (bien que ce ne soit pas dans les mêmes indications).

Le pédopsychiatre de l'équipe, Alexandre Michel, ne pose jamais de diagnostic de transidentité et n'est plus la porte d'entrée (gate control) pour la mise en route de traitements. Il se contente de dispenser un suivi principalement axé sur la prise en charge du risque suicidaire et sur le diagnostic des troubles du neurodéveloppement (TSA, TDAH).

Si ces jeunes sont suivis tout au long de leur parcours par l'équipe pluridisciplinaire, leur sexualité leur appartient et n'est pas interrogée. Mais les jeunes suivis vont mieux.

Bien que ce ne soit pas une maladie psychiatrique, il y a toujours une prise en charge psy.

A la question de savoir s'il convient de légiférer sur ce sujet, **les membres de l'équipe répondent que cela n'est pas nécessaire**. Il convient, selon eux, de structurer les pratiques au niveau national afin de réguler de l'intérieur la prise en charge des patients et de permettre à la médecine d'organiser au mieux les soins. Il n'est pas pertinent d'interdire le moindre traitement médical, car une telle interdiction conduit à favoriser l'essor d'activités parallèles. Selon le professeur Martinerie, **il existe aujourd'hui en France 18 / 19 équipes pluridisciplinaires qui traitent les mineurs trans**.

Laetitia Martinerie a transmis 6 articles d'un dossier qu'elle a coordonné sur le genre avec le Professeur Paul Czernichow dans le journal scientifique **Médecine Sciences**.

Son avant-propos s'intitule : « Émergence des transidentités dans le champ de la médecine »

On peut retrouver l'ensemble des articles du dossier ici :

<https://www.medecinesciences.org/fr/component/toc?task=topic&id=1738>

Voici les références des 5 articles (2 des 5 articles présentés ici sont consultables en annexes car l'accès est réservé, les trois articles sont consultables en accès libre)

▸ « **L'identité de genre, entre faits naturels et faits construits, une approche intégrative et développementale** »

Lucie Jurek, Ludovic Souiller et François Medjkane

Med Sci (Paris), 38 10 (2022) 808-815

DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/2022128>

Accès libre ici :

https://www.medecinesciences.org/fr/articles/medsci/full_html/2022/08/msc220198/msc220198.html

▸ « **Sociologie des transidentités** »

Arnaud Alessandrin

Med Sci (Paris), 38 10 (2022) 816-820

DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/2022129>

Accès libre ici :

https://www.medecinesciences.org/fr/articles/medsci/full_html/2022/08/msc220199/msc220199.html

▸ « **Accompagnement des transidentités chez l'enfant et l'adolescent(e)** »

Élodie Fiot, Charlotte Lebrun, Clémence Delcour, Céline Rogez, Alicia Cohen et Laetitia Martinerie

Med Sci (Paris), 38 11 (2022) 897-904

DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/2022150>

En accès libre ici :

https://www.medecinesciences.org/fr/articles/medsci/full_html/2022/09/msc220223/msc220223.html

▸ « **Accompagnement des transidentités aux États-Unis, avancées et reculs, impact en Europe** »

Anne Bargiacchi

Med Sci (Paris), 39 2 (2023) 146-150

DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/2023014>

Accès réservé : voir l'article en annexe n°3

▸ « Enjeux éthiques de l'accompagnement des enfants et des adolescents et adolescentes trans ou en questionnement : articulation à la santé reproductive »

Nicolas Mendes, Laure Woestlandt, Clément Moreau, Florence Eustache et Agnès Condat

Med Sci (Paris), 39 1 (2023) 44-48

DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/2022197>

Accès réservé: voir l'article en annexe n°4

3) Dr Jean Chambry, pédopsychiatre, CIAPA

Jean Chambry, pédopsychiatre, chef de pôle transidentité, responsable du Centre Intersectoriel d'Accueil pour Adolescent au Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie & neurosciences a été auditionné le 13 juillet 2023.

Il préside la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées.

Jean Chambry déclare **qu'il va concentrer son propos sur son expérience et sur l'ouverture de sa consultation**. Il a reçu 200 jeunes en 13 ans qui ont comme point commun d'accepter de rencontrer un pédopsychiatre dans un cadre hospitalier ce qui fait d'eux un public particulier.

Avant de s'intéresser à la question trans, le Dr Chambry était plutôt spécialisé dans l'anorexie mentale des garçons. Jusque-là, il n'avait rencontré dans son service qu'un enfant de 8 ans qui s'identifiait trans.

Le Dr Colette Chiland lui a demandé de se pencher sur le sujet de la transidentité. Il s'est alors rendu à l'étranger pour étudier les expériences internationales dans ce domaine (bloqueurs et hormones) et a eu des liens privilégiés avec Toronto. Il a suivi une formation avec le Dr Agnès Condat à Toronto. On lui a alors proposé d'ouvrir une consultation en binôme.

Jean Chambry indique qu'il est préférable d'intervenir avant la puberté car il est difficile de remobiliser après.

Au début de sa consultation, les deux premières années, il a reçu seulement une dizaine de patients qui se présentaient dans un contexte traumatique : tentatives de suicide, harcèlements... **puis il a constaté une augmentation des demandes.**

Depuis 2021, le Dr Chambry constate un plateau dans le nombre de demandes qui est d'environ 10/mois. Le service (inspiré de Toronto) veille à observer un modèle environnemental, ce qui le différencie de la position d'Amsterdam dans ce domaine : il accueille, propose une thérapie familiale, prend le temps de travailler, d'échanger, observe une neutralité avant d'aviser.

Il ne pensait pas avoir un tel afflux de demandes. Cela entraîne des délais d'attente très longs car il est le seul médecin connaissant ce domaine au sein du GHU mais reçoit également des enfants présentant toutes les problématiques psychiatriques. Il estime que tous les professionnels devraient être formés à ce domaine, apprendre un vocabulaire dédié et ne pas flécher forcément les enfants vers la transition. En effet, les jeunes qui arrivent en consultation emploient déjà leur vocabulaire trans.

Le Dr Chambry explique aux jeunes que leur vie de ne résume pas à être trans. Tout leur environnement compte, toutes les dimensions de leurs vies sont importantes. Ils ont besoin d'être rassurés. Cela est souvent plus difficile pour les parents.

Profil des patients

Les patients qu'il reçoit n'ont pas de parcours typique, ils ont des profils allant des mineurs non accompagnés du 93 aux enfants favorisés des quartiers parisiens évoluant dans des familles stables, sans agressions.

Il faut donc adopter une réponse au cas par cas et un accompagnement des parents (encore insuffisant selon lui) qui demandent souvent au médecin si leur enfant est vraiment dans la transidentité ou dans un malaise lié à l'adolescence. Cela est source de conflit avec leur enfant.

L'enfant a besoin de se sentir soutenu. Les parents ont besoin d'être entendus.

La grande majorité des enfants ont entre 14 et 15 ans. Au départ, il y avait une grande majorité de filles (70 à 80%). Aujourd'hui, il y a un peu plus de demandes de garçons et on compte 60% de filles.

Parcours des patients

Sur les 200 jeunes qu'il a reçus, la grande majorité est allée jusqu'au bout mais il y a un biais de recrutement : ils ont beaucoup attendu avant de rencontrer le Dr Chambry, ont déjà pris leur décision et ont des attentes très précises. Cependant, le questionnement peut revenir parfois et, en cas de doute, le traitement hormonal s'arrête (*le Dr Chambry n'administre que des hormones car les jeunes qu'il reçoit ont dépassé l'âge des bloqueurs*).

Le **parcours « classique »** est le traitement hormonal qui est suivi d'une torsoplastie, si les patients le souhaitent. Dans un seul cas, il a d'abord enlevé les seins avant de donner des hormones. L'opération chirurgicale dépend de l'autorisation des parents.

Parfois, ils ne veulent pas prendre la responsabilité de donner ces traitements à leurs enfants qui attendent donc leur majorité. En revanche, d'autres parents pensent que la chirurgie va tout régler. La question financière se pose aussi.

Dans le public, les hôpitaux refusent les interventions chirurgicales avant 18 ans mais dans le privé, dès l'âge de 14 ans, il est possible de se faire opérer pour 3.000 à 5.000€ remboursés 1.500€. L'augmentation du nombre de demandes s'explique selon lui notamment par le changement du discours sociétal et le fait que l'OMS a déclaré que la transidentité ne relevait pas de la psychiatrie. La question de l'identité a été dédramatisée mais la majorité des jeunes qui s'interrogent n'ira pas jusqu'à la transition. Jean Chambry précise que ces choix médicaux ont un impact à ne pas négliger, notamment sur leur vie sentimentale et sexuelle. Or, la plupart d'entre eux ne souhaitent pas aborder ce sujet qu'ils remettent à plus tard.

Il a eu une patiente - à laquelle il avait posé la question mais qui avait refusé d'y répondre - qui a finalement regretté son choix de transitionner. Elle voulait absolument transitionner dès l'âge de 14 ans et ses parents ne se posaient pas beaucoup de question. Après l'avoir fait patienter, elle a reçu de la testostérone et a subi une torsoplastie à 17 ans ½. A 23 ans, elle a regretté, en particulier sa torsoplastie, a arrêté la testostérone, et était en colère contre les médecins et le lobby LGBT. En grand mal être, elle déplorait l'incohérence de son corps. Elle a avoué qu'elle se posait des questions à l'époque mais n'en parlait pas, de peur de freiner son traitement. Il invite donc à observer une vigilance sur les conséquences sur la vie sexuelle, à aborder avec les patients. En effet, certains pensent qu'ils vont devenir cis, hommes ou femmes, ce qui n'est pas possible. Ils seront toujours trans. Cela correspond simplement à un aménagement de leur corps initial.

On peut lire en annexe n°5 l'article de Jean Chambry

b. Hôpitaux privés

1) Dr Hervé Hubert, pédopsychiatre, Fondation l'Élan Retrouvé

Le Dr Hervé Hubert a souhaité transmettre au Groupe de Travail un témoignage sur sa pratique

« N'ayant pas eu de formation spécialisée à cette époque, de même que l'ensemble de mes collègues, j'ai pris du temps pour traiter au mieux cette problématique qui me posait des problèmes d'éthique. Je tenais à trouver une logique psychique chez la personne transsexuelle (vocabulaire de l'époque) pour expliquer mes décisions d'accepter ou refuser les demandes de transformation hormono-chirurgicale (vocabulaire de l'époque remplacé depuis par le mot transition). J'ai dans ce contexte soutenu deux thèses universitaires : une de psychanalyse à Paris VIII, l'autre de psychologie à Rennes II.

J'ai trouvé un repère théorique stable avec des invariants. Ce repère est resté constant depuis et me sert de boussole dans mon travail avec les personnes transidentitaires pour accompagner ces dernières dans leurs demandes de parcours médical.

Ce que j'ai mis en évidence n'est pas de l'ordre du « pourquoi la transidentité chez une personne ? » mais du « comment cette transidentité fonctionne chez une personne ? » Ce qui fonctionne est du côté de la valeur matérielle des mots, des images et des sensations de corps que l'on rencontre chez la personne et d'une dynamique spécifique de nouages de ces valeurs. Dans la vie d'une personne trans, un premier nouage identitaire de ces valeurs se produit dans l'histoire de la personne selon les critères accordant le genre à l'anatomie puis se modifie, avec des poussées contraires, des oscillations de genre, pour aboutir au nouage opposé à l'anatomie.

S'il n'existe aucun parcours typique des différentes formes de transidentité (avec un consensus de la communauté psychiatrique sur ce point), il y a par contre une logique fonctionnelle commune. Cela reste depuis le début de mon travail théorique un repère qui permet d'étayer des constats faits par la majorité des spécialistes de la question : il n'y a pas d'évaluation psychopathologique des ressentis, et donc pas de « pourquoi ? ».

La dynamique des nouages mots-images-ressentis corporels permet un échange avec la personne trans qui peut se saisir des outils proposés lors des récits de vie indispensables. Il s'agit alors de la mise en place d'un savoir partagé qui retrouvera ou non la logique sus-décrite. Cela se distingue donc d'une démarche purement empathique face à un ressenti. La mise en logique de ce ressenti me paraît toujours nécessaire. La dynamique des nouages de valeurs est spécifique, et constitue ce que j'ai appelé « valeur de genre » : valeur de genre

masculin, valeur de genre féminin, valeur de genre non binaire. Cet outil de valeur de genre donne une dimension concrète et permet l'étude d'une logique scientifique face à un concept de genre souvent abstrait et/ou purement idéologique. Une valeur fonctionne et nous pouvons en voir les effets. Elle peut cesser de fonctionner plus ou moins rapidement et alors une autre valeur vient fonctionner.

Pour les mineurs cette même logique décrite se retrouve et concerne aussi les parents qui ont souvent des angoisses, des questionnements, des inquiétudes et des projections. La bascule des valeurs fille/garçon dans le premier groupe social qu'est la famille est souvent réceptive à la logique des valeurs de genre sus-décrite. Des entretiens communs parents-enfants sont souvent propices à des éclaircissements de part et d'autre, du fait de la mise en récit avec un tiers professionnel.

Je reçois les enfants mineurs en tant que chef de service de consultations à la Fondation Elan Retrouvé (établissement privé sans but lucratif, faisant fonction de public) ainsi que dans mon cabinet libéral. J'ai été également praticien hospitalier dans le service du Pr Mimoun (chirurgie plastique et reconstructrice) de 2018 à 2022 où quelques interventions de torsoplasties chez des mineurs Femmes vers Hommes ont eu lieu dans des circonstances où la souffrance psychique liée à la présence de la poitrine était grave. L'intervention était décidée après évaluation en RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire).

Je reçois environ 10 patients mineurs par an. Face aux 800 patients transidentitaires reçus depuis mon début d'exercice à ce sujet, cela pourrait paraître peu mais cela correspond aux statistiques nationales où le pourcentage des transidentités chez les mineurs est faible. La CPAM a ainsi accordé 187 demandes d'ALD à des personnes mineures en 2020. Des traitements hormonaux et/ou chirurgicaux ont été prescrits à 47 d'entre eux. En 2021 la CPAM a recensé 6300 personnes adultes bénéficiaires de l'ALD 31 donc en parcours de transition.

Il ne peut être parlé à mon avis d'explosion des demandes de transition chez les mineurs. Une augmentation significative a lieu chez les jeunes adultes (18-25 ans) pour des raisons multiples. Il ne s'agit pas à mon avis d'un effet de mode mais d'une meilleure information et d'une meilleure médiatisation des informations. Dans mes travaux de thèse, j'avais retrouvé pour des transitions correspondant à une période historique moins médiatisée, les années 1960-70, l'importance du phénomène de pouvoir exprimer sa transidentité et s'autoriser à la vivre, après la rencontre avec un semblable. Aujourd'hui internet permet ces rencontres avec l'expression de possibles beaucoup plus vite et beaucoup plus fréquemment.

Pour les mineurs il faut distinguer les formes qui débutent avant la puberté des formes pubertaires.

Je n'ai pas été sollicité pour des transitions avant la puberté et n'émettrai donc pas d'avis correspondant à une pratique. Cependant il peut être noté que dans les études scientifiques au niveau mondial de la WPATH sur 317 jeunes transgenres qui avaient commencé leur transition à un âge pré pubertaire (8 ans) 94% d'entre eux avaient gardé la même identité de genre après un suivi de 5 ans.

Pour les formes pubertaires il s'agit bien sûr d'être vigilant à distinguer les dysphories liées au genre des dysphories de la puberté, tel que cela est décrit par le Docteur Nicole Athéa, endocrinologue. Cette distinction pratique est faite régulièrement par les professionnels qui s'occupent de la transidentité chez les mineurs. Là encore l'outil théorique que je propose éclaire et permet de distinguer clairement les deux problématiques.

Ce que j'ai retrouvé depuis le début de ma pratique professionnelle à ce sujet est une grande clarté logique chez les mineur(e)s qui demandent une transition. La maturité est généralement aiguisée par cette problématique d'une différence source de difficulté dans l'expression sociale de la valeur de l'être. La maturité psychique des mineur(e)s évolue dans la société. Sans parler du domaine éloigné de notre sujet de la responsabilité pénale fixée à 13 ans, il peut être rapproché la possibilité d'accompagner des grossesses chez des adolescentes mineures.

Il est à noter une grande souffrance psychique avec des risques de passage à l'acte suicidaires ou d'automutilation. Il y a également un risque de déscolarisation. Cela est confirmé par les travaux nationaux et internationaux de registre scientifique qui ont été publiés, ainsi que dans les pratiques de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Il est noté que plus de 20% des adolescent(e)s transgenres font des tentatives de suicide soit 3 fois plus que dans la population générale des adolescents.

Il est noté une vulnérabilité au moment des processus de coming out où il y a extériorisation d'une valeur contraire à l'ordre du groupe notamment familial et que des ruptures avec de grandes portées émotionnelles et affectives peuvent survenir. Il y a parfois des ruptures graves qui ont besoin d'être accompagnées par des institutions proposant des appartements communautaires comme la Fondation « Le Refuge ».

Les rendez-vous auprès des équipes hospitalières sont très longs, supérieurs à une année en général et différents praticiens libéraux formés à la transidentité chez les mineurs participent en tant que tels aux parcours de transition médicale chez les jeunes et apportent des réponses aux besoins (voir Parcours de transition des personnes transgenres, Rapport HAS 7 septembre 2022, cas particulier des mineurs)

Au total, les besoins me paraissent plutôt être du côté d'un manque de moyens humains dans les équipes spécialisées ainsi que pour les praticiens en libéral. Des projets de formation spécialisée doivent pouvoir être mis en place auprès des médecins notamment généralistes qui sont en amont des problématiques.

Référent psychiatre de la RCP transidentitaire de l'hôpital privé Geoffroy Saint Hilaire (75005 Paris), je peux indiquer que nous proposons aux praticiens libéraux un accès à cette RCP pour présenter des dossiers de patients transidentitaires y compris mineurs même si les patients ne sont pas pris en charge dans la clinique. Cela me paraît important du point de vue de la réflexion scientifique d'une part, de rompre avec un certain isolement des libéraux quant à leurs pratiques d'autre part. Cela me paraît important à souligner comme contribution d'amélioration possible dans les prises en charge. »

2. Centres experts autisme et associations autisme

Les adolescents en questionnement de genre ou demandant une transition présentent pour bon nombre d'entre eux des troubles neurodéveloppementaux associés, antérieurs à leur questionnement identitaire. Le nombre de jeunes présentant des troubles de type autistiques ou diagnostiqués autistes qui demandent à changer de sexe étant en augmentation, le groupe de travail a souhaité organiser une table ronde consacrée aux relations entre autisme et transidentité.

La table ronde sur l'autisme en relation avec la transidentité s'est tenue le 5 juillet 2023

1) Pr Amaria BAGHDADLI, Responsable du Département universitaire de pédopsychiatrie et du Centre de ressources sur l'autisme au CHU de Montpellier avec le Dr Aurore David, psychiatre, praticien hospitalier, CHU de Montpellier

Amaria Baghdadli débute la réunion en estimant que la prise en charge des jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme dans une démarche trans est un peu trop rapide.

Elle précise qu'elle est spécialiste des troubles du développement mais pas de la dysphorie de genre mais qu'elle a eu l'occasion de rencontrer des patients qui se sont interrogés sur un changement de genre.

Il faut être très attentif à ne pas confondre dysphorie de genre et homosexualité.

Sa collègue, Aurore DAVID, spécialiste des troubles du neurodéveloppement, indique que les personnes présentant un trouble du spectre autistique ont une perception différente de leur être ce qui doit impliquer une vigilance supplémentaire et de prendre le temps de bien analyser leurs demandes.

A l'adolescence, le questionnement des jeunes sur leur sexualité doit être accompagné en veillant à ne pas confondre cette interrogation naturelle et le changement de genre.

Une évaluation globale doit être menée de la personne, de son entourage et des services médicaux.

Au CHU de Montpellier, les médecins veillent à ne pas se précipiter.

Il est nécessaire d'accompagner le jeune dans son questionnement.

2) Dr Eric LEMONNIER, pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, Directeur du centre expert autisme et du centre expert ressources du Limousin

Eric Lemonnier confirme que les adolescents autistes qui se déclarent en dysphorie de genre ont une particularité cognitive qui leur donne une vraie conviction qui peut ébranler le médecin s'il n'a pas le diagnostic de l'autisme.

Il s'interroge donc sur la rapidité dont font preuve certains médecins dans l'administration de traitements aux jeunes.

Il rappelle la nécessité d'accompagner l'enfant dans sa réflexion, en prenant le temps et sans question de morale.

Le taux des personnes qui changent d'avis sur leur changement de sexe (entre 50 et 80%) est également intéressant.

3) Magali PIGNARD, cofondatrice de deux associations de personnes autistes, PAARI¹⁰² et AFFA¹⁰³

Elle indique qu'au moment où l'on parlait beaucoup d'autisme au féminin, l'Association AFFA a reçu certaines personnes qui sont venues les voir alors qu'elles n'étaient pas autistes. Elle considère qu'on constate le même phénomène pour les personnes qui se considèrent trans à tort, simplement parce qu'il y a un refus de leur corps.

En France, une femme qui se sent mal et ne se sait pas autiste peut s'identifier trans.

Les personnes autistes ont des personnalités assez rigides et cognitives qui, lorsqu'elles

102 <https://www.paari.fr/>

103 <https://femmesautistesfrancophones.com/>

trouvent une information, s’y engouffrent. Elles peuvent donc plonger dans la transidentité.

L’ignorance de leur trouble autistique peut donc avoir une influence sur leur identité.

Le véritable enjeu est donc le diagnostic précoce de l’autisme pour éviter qu’ils ne se tournent vers la transidentité par erreur.

Mme Pignard donne le témoignage d’une jeune fille de treize ans, qui au lendemain de ses premières règles douloureuses et traumatisée par sa puberté, s’est déclarée homme, par autodiagnostic.

On va trop vite, trop loin.

Il est important de travailler sur l’accompagnement de la puberté des jeunes.

On trouvera dans les annexes (annexe n°6), un texte sur « autisme et dysphorie de genre », élaboré à partir d’une revue de littérature faite par Christina Buttons, journaliste américaine indépendante et personne autiste.

4) Marion LAVERGNE, Déléguée générale d’Autisme info service¹⁰⁴

Elle invite à la plus grande prudence car les mineurs, au-delà de leur handicap, ne savent pas se fixer sur leur genre et leur sexualité et vacillent entre différentes options.

Dans ce contexte, il est souhaitable d’observer un droit de réserve jusqu’à leur majorité alors que la HAS prévoit dans ses recommandations des règles de conduite qui seront publiées en 2024, uniquement jusqu’à 16 ans.

3. Médecine holistique

Enfin, le groupe de travail a auditionné plusieurs professionnels, pédopsychiatres (chefs de service, de pôle) ayant une pratique différente de celle des services dédiés ou ayant une compétence reconnue en pédopsychiatrie, endocrinologie, pédiatrie et protection de l’enfance : Dr Christian Flavigny, Pr Maurice Corcos, Dr Catherine Zittoun, Pr Daniel Marcelli, Dr Maurice Berger, Dr Nicole Athéa, Dr Danielle Sotto.

1) Dr Christian Flavigny, pédopsychiatre

Christian Flavigny, auditionné le 22 juin 2023, est psychanalyste et pédopsychiatre, médecin des Hôpitaux, il a longtemps dirigé le Département de Psychanalyse de l’enfant et

104 <https://www.autismeinfoservice.fr/>

de l'adolescent à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris. Il est l'auteur de nombreux ouvrages dont : *Aider les enfants « transgenres » : contre l'américanisation des soins*, Pierre Téqui éditeur, 2021 ainsi que *Comprendre le phénomène transgenre*, Ellipses, 2023.

Selon Christian Flavigny, la thèse militante vise à dénoncer le fait qu'il y aurait une **normativité qui imposerait que le corps soit la définition de l'orientation sexuelle**, et qu'il existerait un fléchage. Cette thèse aboutit à **inverser la situation, puisque désormais ce sont le vécu et le ressenti propres à l'individu qui définiraient l'identité sexuelle**. Cette bascule, à travers une distorsion de la notion de genre, conduit alors à une autodétermination du genre.

Or, selon Christian Flavigny, **ce discours est propre à l'Histoire américaine**, car la société américaine est profondément discriminante, pleine de préjugés, et très inégalitaire. Pourtant, la culture française n'a pas la même problématique de discrimination. **Le problème vient de ce que l'optique américaine n'est pas la nôtre, mais qu'elle nous influence de manière excessive.**

Sur le plan des normes en France, le psychiatre estime que tant la circulaire Blanquer, que la récente loi sur les thérapies de conversion sont embarrassantes. En officialisant des règles, elles empêchent toute mise en œuvre du travail d'analyse préalable, dans l'intimité du jeune et de sa famille. *In fine, l'interdiction des méthodes médicamenteuses et chirurgicales sur les mineurs doit se faire au nom de la protection de l'enfance et de la maturation nécessaire des jeunes*, dans le respect de la conception française.

Christian Flavigny a souhaité nous communiquer le texte de son audition que nous reproduisons

Ma réflexion se situe dans le fil des travaux du Pr Colette Chiland, dont j'ai suivi assidûment le séminaire privé sur le thème des jeunes "transgenres", après qu'elle ait fait connaître le sujet par son livre *Changer de sexe* (Odile Jacob)

Et aussi ceux du Dr Léon Kreisler, auxquels j'avais participé avant de lui succéder à l'hôpital Saint-Vincent de Paul, sur l'étude pionnière qu'il a menée sur les enfants nés avec ambiguïté génitale anatomique (« Les intersexuels avec ambiguïté génitale », *Psychiatrie de l'Enfant*, XIII, 1970, pp 5-127 ; et : « l'enfant et l'adolescent de sexe ambigu ou l'envers du mythe », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1973, 7, pp 117-133), sujet qui aux États-Unis fut au point de départ de la notion problématique de *gender* (mal traduit en français par *genre*, ainsi que je l'ai signalé dans mon livre *La querelle du genre*, PUF, 2012).

Il faut pour la critiquer valablement comprendre la thèse militante sur la question "transgenre" : elle dénonce une normativité sociale qui imposerait, comme d'un parcours fléché, que *né garçon* imposerait de devenir *homme* et d'aimer les femmes, et de devenir *père* (et vice-versa pour le sexe féminin). La thèse dénonce un "tout corporel" qui aurait fondé l'iden-

tité sexuée et y substitue l'extrême inverse : elle serait un "tout psychique", elle correspondrait au "ressenti" personnel et à rien d'autre.

Cette thèse a peut-être une justification anglosaxonne, dans les sociétés normatives et puritaines de l'Angleterre et des États-Unis (l'on songe à Oscar Wilde, à Alan Turing) ; elle n'en a pas en culture française puisque notre connaissance psychologique nous fait savoir de longue date que l'identité sexuée n'est ni dans le "tout corporel", ni dans le "tout psychique", mais dans un processus *psychique d'appropriation de son corps propre* en fonction d'une transmission psychique depuis la relation d'enfance, en particulier depuis l'identification de l'enfant à son parent de même sexe, processus dont nous savons la complexité, par exemple illustrée dans des situations comme l'anorexie mentale de la jeune fille, proche par certains aspects de la situation de la "jeune fille transgenre" ou plutôt "transidentifiée" (Caroline Éliacheff et Céline Masson, *La fabrique de l'enfant-transgenre*, Éd. de l'Observatoire, 2022). L'erreur est donc de traduire un sentiment *subjectif* (je me sens de l'autre sexe) en vérité *objective* (je suis de l'autre sexe), alors que le malaise sous-jacent est : me serais-je senti mieux aimé(e) si j'avais été leur fils plutôt que leur fille, leur fille plutôt que leur fils ? Ce travail sur le lien filial, nous savons le mener, avec le tact justifié, sans qu'il ne s'agisse jamais de quelque reproche fait aux parents ou au jeune ; je le décris en détail dans mon livre à paraître en septembre 2023 : *Comprendre le phénomène transgenre – La solution par la culture française*, Ed. Ellipses).

Car la question de l'âge est capitale à prendre en compte ; elle ne l'est pas dans la démarche nord-américaine centrée sur l'approche selon les droits : des droits (de changer de sexe) accordés aux adultes devraient, pour ne pas discriminer selon l'âge, profiter dès le plus jeune âge aux enfants et aux adolescents. Je l'ai mentionné dans mon livre *Aider les enfants "transgenres" – Contre l'américanisation des soins aux enfants* – préfacé par le Pr Michel Basquin, ancien chef du service de pédopsychiatrie de l'HI de la Salpêtrière). Nous objectons à cette approche américaine qu'elle méconnaît la notion de *maturation psychique* de la différence des sexes : l'enfant est sur ce sujet dans un brouillard psychique que l'adolescent aborde de débrouiller, sans qu'à cet âge encore en construction psychique la compréhension effective du vécu de la différence des sexes soit atteignable. Aussi convient-il d'être pleinement à l'écoute de ce qu'expriment les jeunes et du malaise dont témoigne leur adresse, mais sans prendre ce qu'ils disent au pied de la lettre ; les respecter, c'est aussi considérer qu'ils demeurent en découverte du vécu sexué.

Aussi émettons-nous des critiques à l'égard de la circulaire Blanquer, qui commet l'erreur d'externaliser et d'officialiser une problématique effective, mais qui doit être abordée dans l'intimité du jeune et de sa famille ; de même pour la loi sur les thérapies de conversion.

Nous demandons que soit interdit par la loi le recours aux méthodes médico-chirurgicales qui s'offrent comme un mirage et un leurre pour les jeunes. Pour les adultes, les

recommandations qui ont été approfondies en France dans des études des années 1990, demeurent ; peut-être pourtant peut-on considérer, sur la question de l'âge, la recommandation que fait, par le biais du personnage qu'elle décrit, la romancière Brigitte Kernel : « la réassignation sexuelle est mon combat. Il faudrait avoir dépassé vingt-cinq ans, car je crains le possible regret de jeunes gens qui se font opérer trop tôt »

(*Le secret Hemingway*, Flammarion).

Christian Flavigny a eu l'amabilité de nous communiquer un chapitre d'une vingtaine de pages, de son livre (paru le 12 septembre 2023), « Le récit d'une divergence franco-américaine », *Comprendre le phénomène transgenre : la réponse par la culture française*, Ellipses, 2023 qui figure en :

Annexe n°8

2) Pr Maurice Corcos, pédopsychiatre, chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris

Maurice Corcos, auditionné le 22 juin 2023, est médecin pédopsychiatre, chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris, Professeur de psychiatrie infanto-juvénile à l'Université Paris Cité (anc. Université René Descartes)

Maurice Corcos n'a pas de consultation spécialisée, car il s'y oppose par principe. Selon lui, de telles structures déterminent par avance les patients, en les enfermant dans des cases, et cela vaut pour tous les types de pathologie (anorexie, risque suicidaire, etc.). Il témoigne cependant d'une augmentation du nombre de patients qui viennent s'interroger sur leur identité et sur les possibilités de transition.

M. Corcos fait état d'un climat de réflexion effarant avec ses collègues, se traduisant par un clivage qui empêche tout dialogue. Selon lui, son rôle de pédopsychiatre est d'évaluer des fonctionnements, des économies psychiques, sans les juger. Il dit avoir déjà accompagné des personnes vers une transition, dans des cas extrêmes, où la transition paraissait alors incontournable. Elle constituait, semble-t-il, le seul moyen de contrôler les angoisses extrêmes du patient, présentant un risque suicidaire majeur. Pour autant, il indique qu'aucun patient qu'il a reçu n'a refusé d'attendre, avant de mettre en œuvre une transition. Il souligne d'ailleurs l'inquiétude majeure des patients au sujet des conséquences d'un tel choix.

Dans d'autres cas, moins extrêmes, Maurice Corcos évoque des symptomatologies « qui s'apparentent à », mais qui ne se résolvent pas dans un choix de transition. Ainsi, la grande majorité des patients du service qui posent une symptomatologie de transidentité l'abandonnent rapidement. Par exemple, pendant le confinement, les trente lits du service étaient occupés par des patientes anorexiques, qui ont toutes exprimé des questionnements de genre. Le Professeur explique qu'une fois l'excitation et la tension redescendues, après des échanges entre soignants et patients, elles sont passées à autre chose.

Pour Maurice Corcos, « *il n'y a pas une transidentité, mais des transidentités* », toutes différentes, et justifiant à ce titre une prise en charge singulière. Son rôle de professionnel est alors de **déterminer si l'affirmation du patient est constante, définitive ou s'il y a un flottement.**

Il qualifie la transidentité comme un « *fétiche culturel* » **signifiant**, au même titre que l'anorexie. Selon lui, les partisans de la transition rapide pointent du doigt le risque suicidaire du patient, mais pour le psychiatre, ce risque est dans la plupart des cas préexistant.

La transidentité semble être une **désaffiliation extrême qui vise à répondre à un fantasme d'auto-engendrement.** L'affirmation transidentitaire est ce que le patient trouve pour cacher quelque chose de plus terrifiant : une demande inconsciente de rester dans l'enfance et de ne pas aller vers la sexualité. Il faut d'abord travailler sur l'ensemble de ces aspects avec le patient, sans l'orienter. Les enfants ne cherchent, le plus souvent, qu'à réorganiser le désordre qu'ils perçoivent. Or, le fait d'emprunter un « *circuit court* » *n'aboutit à rien d'autre qu'au « court-circuit ».*

3) Dr Catherine Zittoun, pédopsychiatre, Chef de Pôle, GHU Paris

Catherine Zittoun, auditionnée le 22 juin 2023, est pédopsychiatre, médecin chef de Pôle, secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le 19^{ème} arrondissement de Paris.

Le docteur Zittoun a ouvert une consultation spéciale pour les adolescents en demande de transition, qu'elle appelle consultation pour « *enfants et adolescents qui ont des questionnements sur leur identité sexuelle* ». Les jeunes, qui viennent avec leurs parents, formulent souvent **la même assertion stéréotypée** : « *je suis né dans le mauvais corps* ». La pédopsychiatre interroge alors qui est derrière ce « *je* ». Le discours est poli, policé, influencé par la fréquentation des réseaux sociaux. Ces adolescents sont en souffrance, mais **celle-ci s'inscrit dans la période très particulière qu'est l'adolescence.** Selon elle, « le symptôme est là, et nous proposons de l'entendre ». L'objectif est alors d'apaiser cette temporalité heurtée, pour que les jeunes « soufflent » un peu.

La pédopsychiatre reçoit en binôme une trentaine de jeunes. Selon elle, ils ont souvent traversé une **dépression de l'enfance ou de la préadolescence**, ou se sont retrouvés au milieu d'un conflit parental. Dès lors, des rencontres avec des animateurs du périscolaire, des éducateurs, des jeunes adultes qui ont eux-mêmes trouvé une forme de résolution de leurs conflits psychiques dans la transidentité constituent une « *bouée de sauvetage* », qui semble enfin apporter aux adolescents des certitudes.

Ces jeunes ont souvent des problèmes de **précocité**, particulièrement au niveau verbal, ce qui n'est pas pour autant synonyme de précocité dans d'autres domaines, notamment dans le champ affectif. Ils rencontrent alors des **difficultés relationnelles avec les pairs**, des **antécédents de vécu de harcèlement**. L'on retrouve aussi la problématique du « *garçon manqué* » dans l'enfance qui, aujourd'hui, semble se muer en un besoin d'assignation précipitée. Or, selon Catherine Zittoun, l'on peut s'habiller en garçon, sans être un garçon. Selon elle, l'enfant fonde son identité sur l'image que les adultes lui renvoient, et n'a pas d'image intérieure précise. Souvent, préexiste une relation fusionnelle avec la mère, très difficile à mettre en mots.

Par ailleurs, elle juge qu'il faut analyser la problématique adolescente comme s'intégrant dans **cette période sociétale particulière de l'Histoire** que nous traversons. Désormais, quand un jeune veut quelque chose, il doit l'obtenir tout de suite, et l'on ne sait plus mettre de limites aux enfants, ce qui crée un problème de contenant. Alors qu'il faut accéder à toutes leurs demandes, ces jeunes évoluent dans le même temps dans un **contexte anxiogène pour tous** (crise économique, sociale, précarisation d'un certain nombre de couples, crise climatique et environnementale).

Sur le plan politique, se pose la question de savoir comment l'on peut bien s'occuper des enfants quand toutes les institutions (écoles, ASE, pédiatrie, psychiatrie) n'ont pas les moyens d'en prendre soin.

4) Pr Daniel Marcelli, pédopsychiatre, ancien chef de service de psychiatrie infanto-juvénile au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers

Daniel Marcelli, auditionné le 22 juin 2023, est Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à la faculté de médecine, ancien chef de service de psychiatrie infanto-juvénile au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers.

Outre de nombreux ouvrages sur l'enfance et l'adolescence, il a publié en octobre 2023

avec Antoine Périer un ouvrage intitulé *Trop de choix nuit à l'éducation* (éd. Odile Jacob) où est abordée la question du choix de genre voire de sexe à l'adolescence.

Daniel Marcelli ouvre son propos en disant que pour le responsable politique la question que pose le problème de la transsexualité est de savoir où on place le curseur et à quel moment l'être humain peut revendiquer pour lui-même le droit à une transformation de son statut et de son « être ». « L'autodétermination de genre » laisse entendre que chaque être humain possède de façon quasi innée la capacité de se définir lui-même quel que soit son âge. Cette exigence peut se comprendre à la lumière de la souffrance liée aux diverses formes de stigmatisation que tout « transsexuel » adulte a ressentie parfois dès son enfance, plus souvent lors de l'adolescence.

Vouloir épargner cette souffrance aux enfants et plus encore aux adolescents « trans » est un désir légitime. D'autant qu'il existe des procédés médicaux ou chirurgicaux permettant des réassignations de genre qui toutefois pour certains sont irréversibles. Mais il pose la question de savoir si cette légitimité suffit à justifier une « auto-détermination » chez tous les adolescents qui traversent **une phase de flottement existentiel où la question de l'appartenance à tel ou tel genre peut se poser**. Ce questionnement, d'autant plus fréquent de nos jours, suffit-il à faire de ces adolescents des « transsexuels » ? Si tous les transsexuels adultes ont à l'adolescence remis en cause leur genre, pour autant tous les adolescents qui interrogent leur genre et parfois en doutent, sont-ils inéluctablement de futurs transsexuels ? Doit-on leur permettre de s'engager dès leur minorité dans des procédures de réassignations dommageables voire irréversibles ? Tel est l'enjeu.

Daniel Marcelli se demande pourquoi les jeunes sont ainsi attirés par cette problématique du genre, revendiquant de choisir leur genre, de vouloir changer de genre, de se déclarer bi-genre, a-genre. Il propose à cela deux raisons : tout d'abord depuis les études de genres et les travaux de J. Butler, le genre est présenté aujourd'hui comme une sorte **d'artéfact culturel**, une **disposition arbitraire qui serait imposée aux individus** sans qu'eux-mêmes n'aient été consultés. Désormais **sexe et genre sont dissociés** l'un de l'autre et chacun peut selon son inclination « choisir » son genre... voire son sexe. Seconde raison, par cette ouverture entre sexe et genre, une possibilité de choix nouvelle est réalisable. Or, depuis la plus tendre enfance les adolescents se sont vus proposer de choisir : choisir leur repas, leurs habits, leurs sorties, leurs jeux, etc. Choisir est devenu un standard éducatif essentiel. Mais à la puberté le corps ne demande pas à la tête quelle transformation se produira : la puberté déroule son processus de façon inéluctable. La logique du corps échappe à la volonté de l'adolescent. Rien de nouveau à cela si ce n'est que précisément aujourd'hui, l'adolescent peut imputer ce malaise corporel à une erreur de genre : toutes ses difficultés tiennent à cette « erreur » !

L'identité sexuelle est une mosaïque qui associe l'identité de sexe (homme/femme), l'identité de genre (masculin/féminin), et le choix d'objet sexuel (hétérosexuel/homosexuel/bi-

sexuel, etc.). L'expérience clinique montre que c'est une construction progressive enclenchée dès l'enfance qui se révèle à l'adolescence avec bien des doutes et des aléas. Les rapports entre schéma corporel, image du corps, représentation sexuelle de son propre corps et du corps de l'autre (différence des sexes) sont complexes et se construisent progressivement. Prétendre que cette identité sexuelle serait inscrite d'emblée dans les gènes, le cerveau, les neuromédiateurs ramènerait l'être humain à un pur déterminisme biologique où précisément il n'aurait plus de choix donc plus de liberté. Il pointe un paradoxe absolu dans les arguments des « pro-trans » concernant le genre qui, dans leurs propos, apparaît quasiment comme une donnée fixée, quasi biologique, alors que précisément le genre est une construction déterminée par le cadre social, donc une construction « flottante » !

Pour finir, il propose de dire un mot des conditions nouvelles de l'éducation : on l'a dit « avoir le choix » est devenu un standard éducatif. Dès le plus jeune âge les enfants sont stimulés dans leur autonomie et invités à choisir. Ils sont ainsi reconnus comme des « individus », statut dont les attributs sont précisément l'autonomie et le choix. Or, pour les petits enfants la reconnaissance de la différence des sexes dès 2 ans et demi/3 ans reste une énigme, source de questionnements multiples. Parfois, en fonction de certaines circonstances de vie, certains enfants ou plus souvent certains adolescents peuvent se mettre à croire que, s'ils n'étaient pas une fille mais un garçon ou inversement, leur vie serait meilleure. Ces pensées peuvent occuper l'esprit d'un enfant dès 2 ou 3 ans et s'ancrer progressivement comme une conviction, renforcée par la liberté de choix qui leur est accordée. Parmi ces enfants ou adolescents, quelques-uns s'inscriront dans un statut de transsexuel. Mais pas tous.

Il conclut en disant que c'est précisément **l'enjeu d'un travail psychothérapeutique sans idéologie préétablie que de permettre à ces adolescents de retrouver en eux ces questionnements** douloureux afin qu'ils puissent mieux appréhender les motifs de leur choix et assumer pleinement leur engagement identitaire. Cela ne peut se faire que dans un cadre dont la neutralité est préservée.

5) Dr Maurice Berger, pédopsychiatre, ancien chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Étienne

Maurice Berger est psychiatre, pédopsychiatre et psychanalyste. Ancien chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Étienne (le seul service hospitalier français dédié aux soins des enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance, souvent extrêmement violents), *ex-professeur associé de psychologie à l'Université Lyon 2*

Nous proposons ici le texte de Maurice Berger qu'il a souhaité nous transmettre.

Adolescence, genre, et consentement

Maurice Berger aborde la question du consentement à l'adolescence, avec en arrière-plan la question du consentement à changer de genre et à accepter les traitements hormonaux et chirurgicaux qui peuvent accompagner une telle décision. Pour lui, il est évident qu'il ne peut y avoir de consentement éclairé sans avoir acquis la capacité d'évaluer les conséquences de ce à quoi on consent, capacité qui se nomme le discernement. Un juge a écrit dans son ordonnance judiciaire à propos d'un adolescent : « Le discernement s'entend par "la capacité d'apprécier une situation de façon objective, d'émettre un avis distancié et d'agir en conséquence de façon adaptée à cette situation" ».

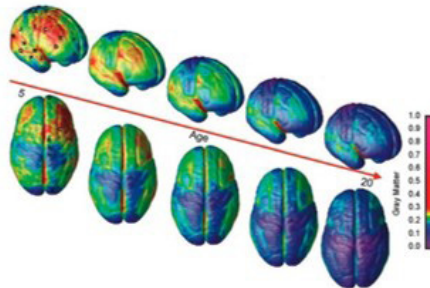
Mes propos venant après ceux de plusieurs pédopsychiatres, j'ai décidé de les limiter à quelques points partiels qui n'ont peut-être pas été développés par les intervenants précédents. Il s'agit des spécificités du cerveau adolescent et du système affiliatif.

Pourquoi l'adolescence est-elle qualifiée de « période à risque » par l'ensemble des professionnels du psychisme ? Pourquoi est-ce une période de grande vulnérabilité ? Le premier risque est d'origine neurologique et neuropsychologique. Le deuxième risque est affectif, les deux étant liés.

Le risque neurologique concerne la maturation du système nerveux. Un livre entier, de Jensen, est consacré à nos connaissances concernant le « cerveau adolescent », cerveau dont l'évolution est marquée par au moins deux processus. Tout d'abord, l'accélération de la vitesse de l'influx nerveux, qui passe de 1m/s avant l'âge de 10 ans à 100m/s entre l'âge de 10 et 15 ans. C'est pourquoi à cet âge, les décisions et les actes peuvent se produire de manière impulsive, ce que les scientifiques appellent les fulgurances de l'adolescence qu'on voit sur les IRM fonctionnelles. Il existe de nombreuses publications précises sur ce sujet, y compris en France en particulier celles faites par le Pr Bustany au CHU de Caen.

Ensuite, la maturation du système nerveux se fait depuis les zones postérieures du cerveau vers les zones antérieures dites préfrontales, qui deviennent donc fonctionnelles en dernier, à un âge variant entre 20 et 25 ans. Il se produit alors une myélinisation (en bleu) des neurones constituant la matière grise, ce qui les rend plus adaptés à leur rôle (la myélinisation est le développement d'une gaine isolante de myéline autour des axones qui permet à l'influx nerveux de circuler plus vite).

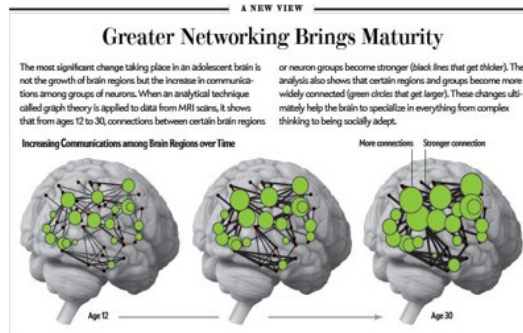
Myélinisation et réduction de la matière grise



Ceci est particulièrement important car la zone préfrontale est celle qui permet d'anticiper les conséquences de ses actes, et donc d'inhiber certaines actions. Une nécessité du fonctionnement psychique est d'acquérir la capacité de se retenir d'agir pour prendre le temps de penser auparavant à ce qui va en découler au long terme. C'est une composante majeure du discernement. Or il existe une véritable désynchronisation physiologique entre l'âge de 15 ans et l'âge de 25 ans, les actes et les décisions pouvant se faire de manière impulsive et sans capacité suffisante d'anticiper leurs conséquences. C'est à l'origine de ce qu'on appelle les « conneries » de l'adolescence quand il s'agit d'actes aux conséquences mineures, mais cela peut être aussi à l'origine de comportements à risque (les accidents sont la première cause de mortalité à cette période de la vie) et à l'origine d'actes violents ou de décisions inadaptées et irréversibles, j'y reviendrai.

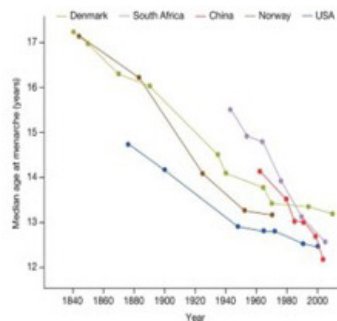
Ajoutons qu'à cette même période de l'adolescence se produit un processus qu'on considère comme extrêmement important : l'élagage (pruning). 2 millions de synapses peuvent s'activer par seconde, un neurone peut avoir 10 000 synapses, envoyer 1000 impulsions par seconde. Il faut donc filtrer cette activité. Le rôle de l'élagage est de diminuer le nombre de connexions, d'en supprimer beaucoup et d'en fortifier d'autres, celles qui permettent les pensées complexes, l'adaptation sociale, le développement des fonctions exécutives qui consistent à planifier une action en évaluant les conséquences. Donc moins, c'est plus. Moins de connexions, c'est plus de capacités de penser, d'anticiper. Et on constate sur le tableau ci-dessous que ce processus se poursuit jusqu'à l'âge de 30 ans.

Mais « pruning » et meilleure connectivité



Pour compliquer le tout, l'âge de la puberté, par exemple l'âge des premières règles qui chez la fille définit le début du processus pubertaire, est passé au fil des ans, de 17 ans et demi à 12 ans, sous l'influence de divers facteurs, meilleure nutrition, mais aussi perturbateurs endocriniens partout présents.

Secular trends in age at menarche from first year of survey collection



C M Worthman et al. *Nature* 554, 451-457 (2018) doi:10.1038/nature25750

nature

Le résultat en est une autre désynchronisation : un adolescent possède de plus en plus jeune la capacité physiologique d'avoir des relations sexuelles, et aussi de frapper grâce à l'augmentation de sa force musculaire, alors que la capacité de contrôler ses pulsions et d'anticiper n'est pas encore acquise. On voit apparaître ici aussi la question du discernement.

Cette double désynchronisation vient amplifier tous les points faibles antérieurs de la personnalité, maltraitance, négligence, troubles psychiatriques. Elle peut avoir moins de conséquences quand l'histoire du sujet s'est déroulée dans un environnement adapté, à la

fois sécurisant affectivement et pourvoyeur de limites éducatives contenantantes et structurantes, mais malgré cela, elle constitue un facteur de risque réel. Le rôle de l'environnement adulte devrait être d'aider un adolescent à temporiser ses décisions, de ne pas prendre ses déclarations et intentions au sens littéral, de permettre au jeune de traverser le buisson de ronces que risque de constituer cette période sans y laisser trop de morceaux d'habits et de peau, selon l'expression de Winnicott, et surtout pas de lui proposer de prendre des décisions qui engagent trop précocement son avenir.

L'autre risque, affectif cette fois, concerne les processus liés au domaine de l'identité et l'attachement.

De manière succincte, on peut dire que les liens affectifs les plus importants d'un enfant sont habituellement tournés vers ses parents. Ils constituent sa base de sécurité, c'est vers eux qu'il va lorsqu'un événement le stresse, l'angoisse, ou lorsqu'il ne se sent pas bien, triste ou inquiet. On appelle cela un lien d'attachement sécurisant.

Si ce lien d'attachement est suffisamment sécurisant, l'enfant met peu à peu en lui un sentiment de sécurité interne, de confiance en soi, qui lui permet de s'éloigner pour explorer le monde, l'inconnu, ce qui sera repris à l'adolescence sur un mode plus risqué, nous le constaterons.

Il existe un autre mode de lien qu'on nomme le système affiliatif, ou système de sociabilité : c'est l'ensemble de toutes les manifestations de camaraderie, le désir de faire des choses en compagnie des autres, et éventuellement la motivation à s'engager socialement. Et nous allons constater comment, à l'adolescence, le lien affiliatif peut prendre de plus en plus de place par rapport au lien d'attachement avec les parents, et même parfois le supplanter.

Reprenons ces processus.

À l'adolescence, le besoin de s'autonomiser prend plusieurs formes et il a plusieurs conséquences. L'adolescent, devenu pubère, peut voir le corps de ses parents comme sexué, et la proximité avec eux n'est plus physique (c'est la fin des câlins), mais s'exprime par des paroles. La prise de distance est aussi psychique : l'adolescent peut aussi s'opposer à la manière de penser de ses parents pour se construire une pensée personnelle. Ses parents ne constituent plus pour lui le modèle qu'ils étaient auparavant. Musset a écrit qu'« on peut léguer une maison à son enfant, il a besoin de la démonter pierre par pierre et de la reconstruire pour la faire sienne ». C'est la période parfois prolongée où les adolescents font la gueule en famille, ce qui donne lieu régulièrement à la publication de guides de survie à destination des parents qui ont un adolescent.

Mais sur quoi l'adolescent peut-il s'appuyer quand il rejette les valeurs de ses parents, leurs conseils, les contacts corporels avec eux ; et quand en même temps il est confronté aux transformations corporelles liées à la puberté, aux inquiétudes concernant son apparence physique, à la question de savoir comment gérer les relations de flirt éventuelles, etc. Face à cela, les études montrent qu'au moins un tiers des adolescents éprouvent un grand sentiment

de solitude, beaucoup traversent une période de dépression qui n'est pas pathologique. Et l'étayage est alors souvent transféré sur le groupe des pairs, Winnicott parle ainsi d'un agrégat d'individus isolés. Le groupe est alors un relai où peuvent se nouer des amitiés durables.

Les modèles parentaux étant rejetés, apparaît la recherche d'autres modèles idéalisés, chanteur, acteur, cf. le journal qui s'intitulait « L'idole des jeunes ». Ou la recherche de doubles de soi, et on sait l'ampleur des effets de mode, chaque adolescent voulant porter le même blouson, le sac à dos de la même marque que les autres.

Cet état de vulnérabilité temporaire qui s'accompagne d'une perte de repères affectifs, moraux, et corporels, fait que certains adolescents sont particulièrement influençables, et perdent la capacité de penser par eux-mêmes, de critiquer ce qui devrait l'être. Ici peut intervenir le rôle nocif de certains groupes, qui, sur les réseaux sociaux, sont dans un processus de séduction et émettent un message qui est, en gros : « tu ne sais plus qui tu es, viens dans notre groupe, sois comme nous qui sommes tous pareils ». Ce qui est proposé est une appartenance différente de l'appartenance au groupe familial, mais qui lui est opposée. Sous l'influence de ces réseaux sociaux, des adolescents peuvent se laisser entraîner à commettre des délits qu'ils ne commettraient pas individuellement. Mais aussi, ils risquent de se retrouver comme Pinocchio invité par des compères à aller dans l'île enchantée où chaque enfant, alléché par les promesses, subit une métamorphose physique irréversible (la transformation en âne dans ce récit). Dans toutes ces situations, on doit garder à l'esprit que l'adolescent pense n'avoir de choix qu'entre la solitude ou l'acceptation du mode de fonctionnement du groupe, et qu'il y a souvent un leader groupal qui éprouve un plaisir malsain à faire agir autrui comme il l'entend, donc à le manipuler.

Faire face à un groupe et garder sa pensée personnelle avec conviction et solidité n'est pas facile pour un adulte. Pour un adolescent, l'état de vulnérabilité temporaire dans lequel il se trouve peut altérer profondément sa capacité de discernement dans ses choix à tous les niveaux, et sa capacité de maintenir une pensée personnelle.

A cela s'ajoutent encore deux autres « zones » de fragilité. Tout d'abord, les comportements exploratoires évoqués ci-dessus peuvent prendre une dimension risquée, puisque les conseils de prudence des parents sont rejetés : voyage « initiatique » dans des pays insécurisés, exploration des substances psychoactives, et pourquoi pas, changement de certaines caractéristiques corporelles (piercing, cheveux teints, crâne rasé). Auparavant, ces modifications corporelles étaient réversibles, maintenant elles peuvent être une aventure avec aller simple. Ensuite, les pensées suicidaires. Elles font fréquentes et font pleinement partie de processus adolescente. Plus qu'un véritable désir de mourir, c'est une solution qui est évoquée par les jeunes face à ce qu'ils ressentent comme des situations d'impasse, mais elles ne signifient pas la certitude d'un passage à l'acte, et des critères de risque précis décrits dans de nombreuses études permettent d'évaluer le danger. Il est souhaitable de parler clairement de l'existence de telles pensées avec un adolescent qui va mal. Mais l'évocation d'un tel risque n'est pas en soi une indication spécifique de changement de genre à une période où il est fréquent d'être mal dans sa peau et dans son corps, et une mauvaise solution peut consister à attaquer ce corps en le transformant.

En conclusion, la période de l'adolescence est par définition une période de turbulence où le discernement peut être altéré. Le risque est de prêter une liberté dite « individuelle » à des sujets qui n'ont pas de liberté interne suffisante du fait de contraintes développementales neuropsychologiques et affectives. D'où l'importance de ne prendre aucune décision irréversible à ce moment, de ne rien figer. En tant que thérapeute, on ne sait souvent pas comment un comportement inquiétant va évoluer. Par exemple, il n'est pas rare qu'une rupture totale et impulsive de scolarité s'accompagne d'une reprise des études des années plus tard. D'où l'importance d'accompagner, d'être là à la demande, d'envoyer des messages de prudence s'ils semblent pouvoir être acceptés. L'adolescence doit inviter l'adulte à une présence discrète et modeste et pas à participer à des actions sans retour.

6) Dr Danielle Sotto, pédiatre

Danielle Sotto, auditionnée le 28 juin 2023, est pédiatre en libéral et psychothérapeute.

Elle évoque **la puberté normale, l'usage des bloqueurs de puberté en cas de puberté précoce et en cas de dysphorie de genre.**

La puberté est une **période qui dure environ 4 ans, pendant laquelle les structures physiques et psychiques de l'enfant se modifient profondément.** Les transformations du corps et les modifications hormonales sont des sources de troubles pour le jeune. Il traverse un **processus physique linéaire continu mais qui, sur le plan psychique, peut entraîner un sentiment de discontinuité et d'étrangeté.**

La puberté débute en moyenne vers 10-11 ans chez les filles, et 11-12 ans chez les garçons, mais il existe d'importantes disparités (entre 8 et 13 ans chez la fille / 9 et 14 ans chez le garçon). Son démarrage est initié par l'action de mécanismes neuroendocriniens complexes.

Chez les filles, elle se traduit par l'augmentation des seins (bourgeon mammaire), et chez les garçons, par l'allongement de la taille du pénis puis se développent les caractères sexuels secondaires et les gonades. A la fin de la puberté, le jeune entre dans la **sexualité de type adulte et dans l'affirmation de soi**, mais il peut exister un décalage entre la transformation physique et la maturité affective, alors source de troubles.

En pédiatrie, **les bloqueurs de puberté sont prescrits en cas de puberté précoce** (filles de moins de 8 ans et garçons de moins de 9 ans). Il s'agit de cas dans lequel la puberté se déclenche de manière prématurée. De plus en plus de petites filles sont visées par la précocité de la puberté, sans cause organique décelable (rôle probable des perturbateurs endocriniens). Les bloqueurs de puberté visent alors à freiner le processus. **L'endocrino-pédiatre évalue le**

bien-fondé d'un éventuel freinage dans l'hypothèse où l'enfant ne peut pas gérer la maturation physique et hormonale qu'il subit. Ce traitement a aussi pour but de permettre au jeune d'avoir une croissance en taille normale (car la puberté s'accompagne de la soudure des os à la fin du pic de croissance et plus la puberté commence tôt, plus elle se termine tôt).

Ce traitement présente des effets secondaires potentiels : prise de poids 30 à 40% des cas, maux de tête, fatigue, anxiété, douleur au point d'injection. Les injections sous-cutanées sont réalisées toutes les 4 à 12 semaines, pendant 2 à 3 ans. Un suivi médical est réalisé tous les 3 à 6 mois. Il s'agit de décisions sur mesure prises in fine par les parents et avec le consentement du jeune. Le raisonnement se fait au cas par cas car « *toucher au processus de la puberté n'est pas anodin* », selon le docteur Sotto. **On a pu dire que les traitements peuvent présenter des risques de troubles psychiques et de cancers hormonaux dépendants. En réalité, ce ne sont pas les BP qui augmentent ces risques, mais le caractère trop précoce de la puberté (donc l'absence de traitement par les BP)**

Abordant ensuite le **sujet de la dysphorie de genre**, le docteur Sotto s'interroge sur les **risques de prescrire ces traitements à des mineurs qui ne souffrent pas d'une puberté précoce** (notamment sur la maturation osseuse, cognitive, la fertilité, le développement de cancers, etc.). Elle explique que l'on ne connaît pas l'étendue exacte de ces risques, car il s'agit d'un processus encore expérimental. Plusieurs revues d'études, notamment anglaises, démontrent que **les résultats sur l'innocuité des traitements sont insuffisants.**

L'idée de bloquer la puberté de jeunes transgenres a été **développée dans les années 1990 aux Pays-Bas**, sur une cohorte de 55 jeunes, dans l'objectif de diminuer la souffrance psychique de ces jeunes et d'améliorer les résultats chirurgicaux futurs (Dutch Protocol).

Elle explique que si le jeune ne persiste pas dans l'envie de transitionner et arrête de prendre des bloqueurs de puberté, la sécrétion d'hormones naturelles repart. Sur cet aspect, ce traitement peut être qualifié de « réversible ». Si le jeune souhaite poursuivre sa transition, les hormones sexuelles inversées doivent être prises à vie, avec des conséquences irréversibles. La prescription soulève donc plusieurs questions :

- Existe-t-il un lien entre la diminution de la suicidalité et la prescription de bloqueurs ?
- Quel est l'impact des effets indésirables sur la vie quotidienne ?
- Quel est l'impact des traitements sur la maturation cérébrale et la cognition ?
- La balance bénéfices/risques, est-elle en faveur des bénéfices ?

Le docteur Sotto s'interroge sur le fait de savoir si le recours aux bloqueurs de puberté permet au jeune de faire une pause ou bien constitue, à l'inverse, un premier pas vers la transition comme plusieurs études le montrent : la prescription de bloqueurs de puberté ne soulage pas nécessairement et peut encourager une forme de déni. Or, n'importe quel médecin, peu importe sa spécialité, peut prescrire ces traitements. Elle conclut en expliquant qu'il existe une grande difficulté à « *prédire* » *quels jeunes persisteront et lesquels ne persisteront*

pas, d'autant que les formes cliniques ont évolué, donc en particulier pour les formes actuelles depuis moins de 10 ans qui concernent majoritairement des filles qui déclarent leur dysphorie de genre avec l'émergence de la puberté.

7) Dr Nicole Athea, médecin gynécologue-endocrinologue

Nicole Athea, auditionnée le 28 juin 2023, est médecin gynécologue-endocrinologue retraitée. Ancienne médecin inspecteur de la santé au ministère. Au cours de sa carrière, elle a reçu et suivi en privé de nombreuses personnes trans, adultes et adolescents. Elle est l'auteure notamment de *Changer de sexe, un nouveau désir*, Hermann, 2022 et co-auteure avec Marie-Jo Bonnet de *Quand les filles deviennent des garçons*, Odile Jacob, 2023.

Nicole Athea a souhaité nous communiquer le texte de son audition que nous pouvons lire ici :

« Dans l'ensemble des pays occidentaux, les jeunes sont de plus en plus nombreux à s'identifier trans depuis les années 2013-2014 ; un nombre important et croissant d'entre eux demande des traitements hormonaux-chirurgicaux, pour tenter de mettre en cohérence leur apparence et leur ressenti de genre dès l'adolescence⁽¹⁾. J'utiliserai les termes de « jeunes transidentifiés »⁽²⁾ à leur propos parce qu'il désigne bien mieux leur problématique que la dénomination de transgenre. En effet, à cet âge, pour nombre d'entre eux, il s'agit d'une identification adolescente dans une période de recherche identitaire dont le devenir n'est pas connu. En cela, ils sont très différents des personnes Trans adultes et ils constituent un champ clinique nouveau. Les traitements mis en place dès l'adolescence voici près de vingt ans l'ont été dans un contexte médical et social très différent de celui observé aujourd'hui⁽³⁾. Cependant, ils se sont largement diffusés depuis sans tenir compte des changements majeurs de la population jeune qui se déclare Trans actuellement. L'extension massive d'une médicalisation dont certains effets sont irréversibles, concernant des sujets jeunes et sains, est aujourd'hui largement remise en cause.

Deux populations de jeunes se présentent avec cette demande de médicalisation :

La moins nombreuse est celle *des jeunes qui ont présenté une identité de genre inversée dès l'enfance et qui, arrivant à l'adolescence, vont continuer à percevoir une identité de genre inversée.*

Cependant, quand les enfants ont été pris en charge avec une psychothérapie, une prise en charge familiale, le traitement des psychopathologies si fréquentes dans ce contexte, 60 à 90% d'entre eux, en arrivant à la puberté, vont se réconcilier avec leur sexe natal et nombreux s'orienteront vers une homosexualité⁽⁴⁾. En revanche, si une transition sociale dans le genre déclaré est mise en place dans l'enfance, avec changement de prénom, apparence ves-

timentaire modifiée, relations familiales, scolaires, avec les pairs... organisées dans le genre déclaré, ces jeunes demandent en quasi-totalité une médicalisation par bloqueurs de puberté dès l'apparition des premiers signes pubertaires. Soit pour les enfants dont la puberté est la plus précoce, dès 8-9 ans.⁽⁵⁾

Ainsi, la transition sociale, fréquemment réalisée aujourd'hui pour les enfants, est une intervention psychosociale qui pourrait être qualifiée d'iatrogène — (un problème médical causé par le traitement lui-même), empêchant un enfant de retrouver une harmonie avec son sexe natal.

La population la plus fréquente de jeunes en demande de transition médicalisée est constituée d'adolescents, dont 75 % de filles⁽⁶⁾, et qui, pour la moitié d'entre eux n'ont pas eu de problème de genre dans l'enfance.⁽⁷⁾ La dysphorie de genre désigne le malaise qui serait produit par l'écart entre le sexe natal et l'identité de genre ressentie; elle est plus fréquente et plus précoce chez les filles, notamment du fait d'une puberté plus précoce chez elles avec la poussée des seins vers 10-11 alors que la puberté plus tardive chez le garçon va se manifester par une dysphorie souvent plus tardive⁽⁷⁾. Pour les filles, cette puberté très précoce et si visible est insupportable : elle fait effraction dans le monde de l'enfance et peut être vécue de façon traumatique.

Cependant, pour tous ces jeunes, il y a des difficultés majeures à vivre la métamorphose pubertaire, ce qui peut induire une dysphorie qui est d'abord une dysphorie pubertaire.

La fréquence des problèmes de santé mentale

Le malaise pubertaire est aggravé par la très grande fréquence des problèmes de santé mentale de ces jeunes. Ces adolescents transidentifiés présentent ce que dans les études on nomme vulnérabilités psychiques ou comorbidités. Dans l'ensemble, 60 à 90 %^(7, 8,9) d'entre eux présentent un ou plusieurs de ces troubles selon les études. Toutes les pathologies peuvent être associées à l'identification Trans, et notamment les troubles anxiodépressifs présentés par près de 70 % d'entre eux, les troubles neurodéveloppementaux, dont une sur-représentation particulière des jeunes autistes (30 pourcents voire plus), et les séquelles de traumatismes (30 pourcents et plus), en particulier les violences sexuelles... Ces dernières concernent particulièrement les filles, qui, dans la population générale, sont 7 fois plus victimes que les garçons.⁽¹⁰⁾

Ce contexte de psychopathologies si fréquentes des jeunes transidentifiés joue un rôle majeur dans la fréquence des comportements autodestructeurs : les automutilations, les tentatives de suicide qui sont souvent observées chez eux, sont bien connues pour être associées aux troubles psychiques dans la population générale. Cependant, ces comportements sont souvent mis sur le compte d'une stigmatisation sociale liée à la transidentité qui n'est pas toujours rapportée comme si fréquente, notamment par les détransitionneurs⁽¹¹⁾. De plus, ils peuvent être causés par bien d'autres facteurs, et les réduire à la stigmatisation est très réducteur.

Un certain nombre de facteurs communs invitent à un rapprochement possible entre la dysphorie de genre et les troubles du comportement alimentaire ⁽¹²⁾, de surcroît assez souvent présents chez les jeunes transidentifiés. Ils se développent essentiellement à l'adolescence, la puberté représentant le facteur déclenchant; ils concernent massivement les filles qui présentent des difficultés majeures avec leur image; les préoccupations corporelles, obsessionnelles, sont au premier plan et tous ces jeunes utilisent le corps pour traduire un questionnement identitaire profond. Alors que la sexualisation est centrale à l'adolescence, dans ces deux situations, son rejet est radical. Les éléments psychiques décrits par certains psychothérapeutes, résumés ici de façon très réductrice, sont très voisins notamment des difficultés relationnelles à la mère, compromettant l'identification au féminin, réactivation des problématiques archaïques, père effacé, les problématiques étant différentes chez les garçons. Le symptôme se traduit par un attachement passionnel à des objets psychiques centrés sur le corps, dont on ne peut se déprendre et qui envahissent complètement les personnes, qui vident la vie de tout autre intérêt et empêchent le fonctionnement de la pensée à la manière d'une addiction; d'ailleurs, il n'est pas rare qu'à ces deux problématiques, d'autres types d'addictions soient associées, notamment consommations de produits. Les vulnérabilités psychiques sont massives dans les deux situations, toutes les psychopathologies pouvant y être associées.

L'effet d'une crise sociale et culturelle

L'anorexie et la transidentification frappent généralement un milieu moderne influencé par un déluge d'informations, une génération souffrant d'une crise d'identité collective et d'un manque d'appartenance, une société au sein de laquelle les identités masculines et féminines ont profondément été remises en cause, tous éléments qui accroissent les problèmes d'identité de l'adolescence. *Les transidentifications ou les déclenchements de troubles anorexiques sont habituels après avoir vu une émission de télévision, après avoir eu des informations sur Internet, ou avoir été influencés par des pairs.* Ces deux statuts permettent une valorisation sociale qui s'est cependant en partie effacée pour l'anorexie alors que la transidentification fait l'objet d'une véritable fascination aujourd'hui. L'intérêt social engendré par ces deux problématiques est tout à fait remarquable et laisse à penser que l'augmentation de leur fréquence révèle bien une crise culturelle. « Certains troubles psychologiques expriment les angoisses profondes et les problèmes non résolus d'une culture. Le trouble exprime des conflits profonds et des tensions répandus dans la culture, mais qui sont si aigus chez la personne concernée qu'ils génèrent une angoisse sévère et mobilisent des défenses psychologiques. **De plus, c'est un moyen ultime, mais courant, pour exprimer une grande variété de problèmes idiosyncrasiques personnels et d'angoisses psychologiques. Il offre ainsi un moyen acceptable socialement et valorisé d'exprimer une psychopathologie** »⁽¹³⁾ Les problèmes de santé mentale précèdent souvent de plusieurs années la plainte de genre alors que de nombreux médecins de genre attribuent la souffrance psychique à la dysphorie⁽¹⁴⁾. La psychopathologie n'est pas,

dans la plupart des cas, induite par la problématique de genre, mais elle en fait le lit, notamment en aggravant les difficultés de la métamorphose pubertaire.

Depuis quelques années, une détérioration massive de la santé mentale de l'ensemble de la population adolescente est observée. Tous les diagnostics sont concernés. Il semble bien exister une corrélation étroite entre la détérioration massive de la santé mentale des jeunes dont le sex ratio est féminin, et l'augmentation massive des transidentifications des jeunes dont les problèmes de santé mentale sont majeurs et le sex ratio largement féminin.

Certaines détransitionneuses, revenant à leur sexe natal après quelques années de transition, disent que leurs difficultés n'étaient pas liées au genre, mais à d'autres problèmes (70 %), notamment à leurs problèmes de santé mentale^(11,15,16) ; certaines filles rapportent que si leurs troubles psychiques, leurs séquelles de traumatisme avaient été correctement pris en charge, elles auraient évité la transition⁽¹¹⁾. Pourtant, près de 50 % d'entre elles ont vu un psychiatre, un psychologue. Mais elles disent n'avoir pas été accompagnées pour travailler sur les causes de leurs troubles, alors qu'elles l'auraient tant souhaité.

Alors que se passe-t-il dans ces prises en charge ? Ce qui est souvent proposé à ces jeunes, c'est une affirmation immédiate du ressenti de genre, *l'accompagnement réalisé n'étant souvent qu'un coaching de transition*, un pédopsychiatre parisien écrivant à ce propos que pour ces jeunes « il faut renoncer à la tentation du pourquoi » (Dr J.Chambry)⁽¹⁷⁾. Pourtant, c'est cette question que nombre de détransitionneuses regrettent de n'avoir pu travailler. Si bien que la prise en charge trans-affirmative du genre ne peut que conforter ces jeunes dans l'idée que leur souffrance psychique est liée à la dysphorie de genre, les renforçant un peu plus dans leur identification trans.

Il y a bien construction d'une *transidentification*.

Ce n'est pas une essence ou le mauvais corps qui en est responsable, comme il est véhiculé socialement, et cette construction est plurifactorielle :

- Les problèmes de santé mentale qui précèdent la dysphorie y jouent un rôle majeur.
- Ils aggravent les difficultés déjà grandes de la métamorphose pubertaire, d'où la dysphorie pubertaire fréquente.
- Les difficultés de l'adolescence très nombreuses sont plus larges que celles avec le corps qui y occupe pourtant une place centrale.

Tous ces facteurs s'associent pour provoquer *une véritable détresse que ces jeunes vont exprimer dans les réseaux sociaux où la « solution » qui leur est proposée est la transition* : « si t'es pas bien une fille, c'est que t'es un garçon » est un propos fréquent rapporté par de nombreuses détransitionneuses ; les pairs, les médecins vont souvent conforter cette représentation. 35 % des détransitionneuses se sont sentis poussés à la transition.⁽¹⁶⁾

Ainsi, les facteurs sociaux jouent un rôle très important dans l'identification Trans des jeunes.

De plus, ces jeunes redoutent la psychiatrie et ont le sentiment d'y échapper par la transition : une transitionneuse dit ainsi « devenir Trans c'est mieux que la psychiatrie »⁽¹⁸⁾ ; on leur

dit souvent que leurs problèmes psychiques sont liés à la dysphorie de genre et bien sûr ils y croient. L. Littman, citant les jeunes détransitionneurs de son étude, écrit « Mon thérapeute spécialiste de genre agissait comme si la transition était une panacée pour tout »⁽¹⁶⁾. On laisse à croire aux jeunes Trans, y compris certains médecins, que la transition va régler tous leurs problèmes, ce qui n'est pas le cas comme le montrent nombre d'études.

Des parents y croient également et pensent avoir trouvé la solution des psychopathologies de leurs enfants avec la transition. Mais ils se rendent compte assez rapidement de leur erreur.⁽¹⁹⁾

Faut-il médicaliser la détresse adolescente ?

À l'adolescence, le mal-être est majeur pour nombre de jeunes.

La fréquence des tentatives de suicide dans la population générale des jeunes à cette période de la vie en témoigne et ont beaucoup augmenté ces dernières années; elles sont maximales à 15 ans chez les filles⁽²⁰⁾ âge qui correspond en moyenne à celui de la demande de transition, mais elles diminuent beaucoup par la suite, montrant que quand on sort de la période adolescente, dans l'ensemble, on va beaucoup mieux et on a changé. K Bell, détransitionneuse célèbre qui a porté plainte contre l'hôpital Tavistoc de Londres, dit à ce propos : « mon moi d'aujourd'hui n'est plus le moi d'autrefois. »⁽²¹⁾

Pourtant, c'est sur le diagnostic de dysphorie de genre à l'adolescence qu'on va médicaliser une transition, alors qu'il ne permet pas d'assurer la perdurance du ressenti trans plus tard. Les adolescents qui demandent un traitement hormonal sont dans une période développementale difficile, mais qui ne dure pas toute la vie, et Winnicot, un pédopsychiatre célèbre, disait à ce propos « le traitement de l'adolescence, c'est le temps ».

Le nombre de détransitionneurs qui ont dépassé l'adolescence ne cesse de croître et démontre bien que pour nombre de jeunes, l'identification Trans est transitoire et liée au malaise adolescent. On compte déjà au moins 10 % de détransitionneurs⁽²²⁾ et 20 à 30 % (23,24) de jeunes qui arrêtent leur traitement, ce qui est souvent prémisses de détransition. Les débuts de traitement en France ont eu lieu vers 2015, avec des ados qui ont en moyenne 15 ans au début de la transition; les détransitionneurs ont en moyenne un peu moins de 25 ans. On peut s'attendre à voir se multiplier ces chiffres dans les années qui viennent et actuellement, les témoignages de détransitionneurs ne cessent de croître y compris en France.^(25, 26)

Compte tenu de tous ces éléments, on peut dire que *pour de nombreux jeunes, la dysphorie n'est pas de genre, elle est alléguée au genre, nouveau mode d'expression d'une détresse adolescente. Un médecin canadien⁽²⁷⁾ qui propose un travail d'art thérapie à ces jeunes dit « avant d'être des Trans binaires ou non binaires, genderfluid... ces jeunes sont d'abord et avant tout des ados. L'adolescence, grande période de transition, s'accompagne entre autres d'un besoin d'expression de soi, d'une recherche identitaire, du développement de l'autonomie et de la*

contestation des règles sociétales », tous facteurs qui jouent un rôle très important dans la transidentification et qui n'ont rien à voir avec le genre en soi.

Voici ce que disent des épidémiologistes britanniques des effets des traitements hormono-chirurgicaux⁽²⁸⁾ :

« Les résultats des interventions pour la dysphorie de genre ont été définis de diverses manières, notamment la satisfaction du patient, la qualité de vie, la satisfaction corporelle, le bien-être mental et le regret. Les preuves se limitent à des méthodes transversales, longitudinales et rétrospectives, souvent de faible qualité. Il existe une pénurie d'études prospectives et aucune étude prospective contrôlée. De même, les études longitudinales souffrent de la perte de suivi. L'un des problèmes qui en découle est que l'on sait peu de choses sur tous les résultats possibles des personnes qui accèdent aux services liés au genre et que l'on dispose de peu de données ».

Ces propos sont confirmés par de nombreux auteurs^(29,30). Les rapports scientifiques s'accumulent aujourd'hui partout dans le monde pour dénoncer les conclusions positives de nombreuses études qui sont le plus souvent de faible qualité de preuves^(31, 32, 33, 34). Et de nouvelles études montrent parfois des détériorations de la santé psychique des jeunes avec les traitements. De plus, certaines montrent que si les traitements sont commencés plus tard, chez de jeunes majeurs, ces jeunes ne vont pas moins bien que ceux qui ont commencé tôt⁽³⁵⁾.

Quelques remarques sur la médicalisation⁽¹⁹⁾ :

La transition sociale n'est pas sans importance : près de la moitié des adolescents l'ont déjà faite en arrivant à la médicalisation; elle représente donc souvent le premier pas dans un parcours médicalisé.

Les jeunes transidentifiés et qui demandent un traitement hormono-chirurgical présentent beaucoup plus de troubles psychiques que les autres.

La moitié des parents se sont sentis poussés par les médecins pour accepter le traitement hormonal de leur enfant.

Alors, peut-on proposer des traitements irréversibles :

- A des jeunes en détresse adolescente, dont les psychopathologies sont si fréquentes, la sexualisation du corps souvent vécue si douloureusement, et qui sont en pleine période développementale, tous facteurs qui ne permettent pas un consentement libre,
- Dont aucun élément diagnostic n'est capable d'affirmer la permanence du ressenti de genre
- Et dont les résultats positifs ne sont pas démontrés ?

Compte tenu de tous ces éléments, on pourrait dire que la médicalisation hormono-chirurgicale est un risque majeur que courent nombre d'adolescents, avec ses effets ir-

réversibles et ses complications dont certaines sont graves alors que débiter les traitements plus tardivement permet une décision plus libre et plus assurée, sans avoir à pâtir de l'absence de traitements qui n'ont pas fait la preuve de leur intérêt à l'adolescence. De ce fait, plusieurs pays (notamment Suède, Finlande...) ont déjà interdit ou drastiquement réduit la médicalisation. Une prise en charge holistique de ces jeunes dans des services de pédopsychiatrie générale est aujourd'hui organisée dans de nombreux lieux et devrait se généraliser si l'on tenait compte de l'ensemble des nouvelles données médicales fondées sur les preuves.

Références

1. Marchiano, L. (2017). Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychological Perspectives* 60 (3) : 345-366.
2. Et graphique de la population traitée au GIDS, centre britannique de transition des jeunes, page de garde de la Society for evidence gender medicine (SEGM), <https://segm.org/>.
3. C. Masson, A. Ledrait, A. Cognet, **De la transidentification pubertaire**, le *Journal des psychologues* 2023/5 (N° 406), pages 18 à 22 Éditions Martin Média
4. De Vries, AL, & Cohen-Kettenis, PT (2012). **Prise en charge clinique de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents : l'approche néerlandaise**. *Journal of Homosexuality* 59 (3): 301–320. [Lien]
5. Singh, D., Bradley, S.J. & Zucker, K.J. (2021). A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder. *Frontiers in Psychology*
6. Olson K, Durwood L., Horton R, Gallagher N., Devor A., Gender Identity 5 Years After Social Transition, *Pediatrics*, vol 150, Issue 2, August 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2021-0560>
7. Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työljärvi, M., & Frisén, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics* 9, 31–41. [Link]
8. **Diaz S., Bailey M.** Rapid Onset Gender Dysphoria(ROGD): Parent Reports on 1655 Possible Cases *Archives of Sexual Behavior*<https://doi.org/10.1007/s10508-023-02576-9>
Cet article a été retiré récemment de Springer suite à la pression des médecins transactivistes. Il l'a été pour des motifs fallacieux qui n'ont rien à voir avec sa qualité; le motif allégué a été que les parents n'ont pas fourni un accord écrit formalisé; Pourtant, tous ces parents étaient partie prenante de l'étude et satisfaits d'être entendus. Cf l'analyse de Colin Wright : Anatomie d'un scandale scientifique. Sous pression, une revue autre fois remarquable pour son courage, retire un article majeur sur les racines sociales de la détresse liée au genre-le tout sur une technicité mineure incohérente; Regard sur l'actualité/l'ordre social 12 juin 2023
9. Kozłowska, K., McClure, G., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Gessler, D., Scher, S., & Ambler, G. R. (2021). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service. *Human Systems*, 1(1), 70–95. <https://doi.org/10.1177/263440412111010777>
10. **Becerra-Culqui TA et al.** Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics*. 2018
11. **Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J)**

- Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.**
12. Vandebussche E, Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey J. of homosexuality 2021, a HEAD-OF-PRINT, 1-19 <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
 13. **Athea N., Choisir son corps, un nouveau désir, Ed Hermann, 2022** *Le concept de trouble ethnique : des troubles du comportement alimentaire à la transidentité*
 14. **R. A. Gordon, Anorexie et boulimie : anatomie d'une épidémie sociale, Paris Stock Laurence Pernoud, 1992.**
 15. Diaz S., Bailey M., Ibid
 16. **Bonnet M-J, Athea N., Quand les filles deviennent des garçons Ed Odile Jacob 2023**
 17. Littman L., Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners 5 October 2020 Archives of Sexual Behavior <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
 18. **Chambry J., « Articulation chez l'enfant et l'adolescent des notions de genre et sexualité au regard de la notion de transidentité », Enfances & Psy, 2021/4 N° 92 , Érès, pages 41 à 50 ISSN 1286-5559 ISBN 9782749274300 DOI 10.3917/ep.092.0041 <https://www.cairn.info/revue-enfances>**
 19. <https://www.youtube.com/channel/UCY10...> Crazyden hierarchie en tre Trans
 20. **C'est mon expérience personnelle et un parent du film de A. Moyat en témoigne dans un documentaire à paraître sur la chaîne Teva**
 21. **Chan-Chee C ,du RoscoätE., Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes Santé publique France, Saint-Maurice, France N° 3-4 | 5 février 2019**
 22. K. Bell, my story, 7 avril 2021, Persuasion
 23. Hall J, Mitchell L. , Sachdeva J, Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review, en ligne à Cambridge University Press : 01 octobre 2021, BJPsy Open, Vol 7, Issue 1. Cette importante étude présente deux populations, dont l'une, de 17-25 ans correspond à une population de jeunes qui ont transitionné pour certains avant 17 ans, l'étude s'attachant à leur devenir à 16 mois après la transition, montrant que nombre d'entre eux se désengagent du protocole, d'autres ne peuvent poursuivre la transition pour des problèmes médicaux ou de santé mentale, 7 % détransitionnent et 3 % très proches des détransitionneurs, 3 suicides ont abouti à la mort et plusieurs tentatives de suicides ont été effectuées.
 - I. Boyd, T. Hackett and S. Bewley, Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach Heath care, 10-2021
 24. Roberts CM, Klein DA, Adirim TA, Schvey NA, Hisle-Gorman E. Continuation of Gender-affirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults. J Clin Endocrinol Metab. 2022 Aug 18;107 (9) : e3937-e3943. doi :
 25. **Cohn, J. Le taux de détransition est inconnu. Arch Sex Behav (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>**
 26. Irwig MS. Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People-An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon. J Clin Endocrinol Metab. 2022 Sep 28;107 (10) : e4261-e4262. doi : 10.1210/clinem/dgac356. PMID : 35 678 284 ; PMCID : PMC9516050.

- A. Pullen Sansfaçon, D. Médico, *Jeunes Trans et non binaires, de l'accompagnement à l'affirmation*, Les éditions du Remue-ménage.) Abdellahi Chares, Thibeault A. *la thérapie par les arts : un outil inspirant pour accompagner les jeunes* p 307
27. Hall J, Mitchell L., Sachdeva, Ibid
28. Brignardello-Peterson R, Wiercioch W. Effects of gender affirmation therapies in people with gender: evaluation of the best disponible proves; 2022. https://ahca.myflorida.com/letkids-bekids/docs/AHCA_GAPMS_June_2022_Attachment_C.pdf
29. LevineS, Abbruzzese E, Current concerns about gender affirming therapies in adolescents
30. current *Curr Sex Health Rep* 15, 113-123 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11930-023-00358->
31. Recommendation of the Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO / COHERE Finland) Medical Treatment Methods for Dysphoria Related to Gender Variance In Minors STM038:00/2020
32. **Institut national pour l'excellence de la santé et des soins (NICE). Examen des données probantes : analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines pour les enfants et les adolescents atteints de dysphorie de genre. 2020** <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>.
33. **Institut national pour l'excellence de la santé et des soins (NICE). Examen des preuves : hormones d'affirmation de genre pour les enfants et les adolescents atteints de dysphorie de genre.** <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>.
34. SBU [Agence suédoise pour l'évaluation des technologies de la santé et l'évaluation des services sociaux]. *Hormonbehandling Vid Könsdysfori - Barn Och Unga En Systematisk Översikt Och Utvärdering Av Medicinska Aspekter [Hormonothérapie à la dysphorie de genre — Enfants et jeunes Une revue et une évaluation systématiques des aspects médicaux].; 2022.* https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aaae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konsdysfori_barn-och-unga.pdf
35. Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*. 2020; 145:e20191725. doi : 10.1542/peds.2019-1725. [Free PMC Article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

4. La chirurgie

Les interventions chirurgicales concernent les filles qui ne supportent pas leurs seins. Il s'agit donc pour répondre à une souffrance réelle et à une demande insistante d'obtenir, avec l'accord des parents, une ablation des seins, une mastectomie.

Dans le langage trans, on parle pour cette « chirurgie du haut » (par comparaison avec « la chirurgie du bas ») de torsoplastie.

Une étude récente (août 2023) montre que la torsoplastie était l'intervention la plus pratiquée, et celle qui avait le plus augmenté aux USA¹⁰⁵.

Le groupe de travail a souhaité recevoir deux chirurgiens aux conceptions opposées, le Pr Laurent Lantieri et le Dr Nicolas Morel Journal.

1) Pr Laurent Lantieri, chef de service de chirurgie plastique et reconstructive à l'hôpital européen Georges Pompidou

Laurent Lantieri, auditionné le 6 juillet 2023, est professeur et chef de service de chirurgie plastique et reconstructive à l'hôpital européen Georges Pompidou

Depuis plusieurs années, Laurent Lantieri dit que l'on assiste à une amplification exponentielle de l'utilisation de la médecine dans le domaine de la transidentité, chez l'adulte comme chez l'enfant. À titre d'exemple le thème principal du prochain congrès de la société française de chirurgie plastique et reconstructrice (SOFCPRE) sera la chirurgie de réassignation de genre, l'académie de chirurgie a fait une séance entière sur le sujet ou nous avons pu entendre des intervenants non médecins venus nous « sensibiliser » au problème, le congrès international de microchirurgie aura une séance entière dédiée au sujet, ainsi que le congrès de l'American society of plastic surgery, l'American association of plastic surgeon, la société de médecine esthétique, la liste ne fait qu'augmenter. À aucun moment, la question fondamentale qui est de savoir si de tels traitements médicaux vont être utiles et vont effectivement améliorer la qualité de vie du patient, au-delà de la seule maîtrise de la technique médicale ne sont réellement évoqués.

105 <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2808707>

« Dans cette étude de cohorte portant sur 48 019 patientes, le SGA a augmenté de manière significative, triplant presque entre 2016 et 2019. La chirurgie mammaire et thoracique était la classe d'interventions la plus couramment pratiquée dans l'ensemble ; les procédures de reconstruction génitale étaient plus courantes chez les personnes âgées. »

En tant que chirurgien, il a le privilège donné par son diplôme et par la loi « d'ouvrir le corps des gens », qui ne doit répondre qu'au principe de bienfaisance (« d'abord ne pas nuire »).

Son activité est composée en grande partie d'opérations de chirurgie des seins, et notamment de reconstruction mammaire. C'est la raison pour laquelle il a créé le service qu'il dirige aujourd'hui à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière (APHP) qui est devenu le premier service de France pour la reconstruction mammaire.

Son service ne fait pas partie des services « fléchés » par les associations comme service où les personnes transgenres peuvent se faire opérer. Il ne pratique donc pas d'opération de « réassignation » de genre. La raison est que dans la recherche de la littérature qu'il a faite personnellement, il n'a pas retrouvé de preuves de l'efficacité de ces traitements. Il n'y a évidemment aucun essai randomisé en aveugle ou non (niveau 1 et 2 de preuve) car cela est impossible en chirurgie. Les études de cohorte prospectives (on définit a priori ce qu'on veut observer) n'en sont pas, ce sont essentiellement des études rétrospectives déguisées en études de cohorte avec des questionnaires orientés. Il y a évidemment des cas rapportés avec de bons résultats. Il y a surtout énormément d'avis « d'experts » qui définissent des « standards of care » auxquels ils se réfèrent après pour justifier le traitement dans une forme de vérité circulaire.

Par ailleurs, il n'existe pas de statistiques sérieuses sur la qualité de vie sexuelle des personnes transsexuelles ce qui semble tout à fait paradoxal pour une pathologie qui a été déclassée dans le DSM de trouble psychiatrique à trouble sexuel. Il voit des patients à partir de 15 ans, car c'est à partir de cet âge que la maturité du corps permet une intervention de chirurgie plastique.

Pour illustrer le problème des adolescentes faussement diagnostiquées trans, le Pr Lanteri rapporte ici deux cas de patientes mineures porteuses d'anomalies des seins qui souhaitent une « torsoplastie ».

La première patiente souffrait d'une hypertrophie des seins. Au lieu de demander une réduction mammaire, elle lui demande une ablation des seins. Considérant que son diagnostic n'était pas celui-là, il lui en fait part mais la patiente ne reviendra jamais le consulter.

La deuxième fois, une jeune patiente présente une asymétrie, avec des seins tubéreux. Là encore, la patiente demande une ablation des seins, alors que d'autres opérations étaient praticables. Son diagnostic était celui d'anomalie du développement du sein entraînant un retentissement psychologique. La patiente avait fait elle-même un autodiagnostic différent. Elle n'est jamais revenue le consulter non plus.

Les opérations de chirurgie plastique qui existent, pour changer de morphologie et d'aspect sont :

- Dans le cas d'un changement FtM (femme vers homme) : ablation de la glande mammaire, soit par l'aréole, soit par une incision plus longue. Les transgenres parlent d'opération de « torsoplastie », ce qui n'a pas de sens sur le plan médical, car c'est une mastectomie selon la nomenclature. Pour être encore plus soft on parle d'upper surgery. Le Pr Lantieri ne voit pas comment ce qui serait mutilation pour une femme deviendrait alors une chirurgie libératrice pour une personne trans. En médecine, on ne retire pas un organe sain, en l'absence de pathologie sous-jacente or les trans affirment ne souffrir d'aucune pathologie. La chirurgie de la « partie basse » (« bottom surgery ») est la phalloplastie, qui vise à reconstituer un pénis par un prélèvement de lambeau sur l'avant-bras. Beaucoup ne vont pas jusque-là car cette opération n'apporte pas de résultats très fonctionnels.
- Dans le cas d'un changement MtoF (homme vers femme) : en dehors de l'hypothèse de transidentité, il arrive qu'une poussée des seins se produise chez l'homme à la puberté. Une gynécomastie peut être réalisée (ablation de la glande mammaire). On va plus loin aujourd'hui, on ne parle plus de torsoplastie, mais d' « upper surgery » (chirurgie du haut). L'augmentation mammaire permet alors d'avoir des seins quand l'on en n'a pas. Une entente préalable est nécessaire pour toute réalisation d'implant mammaire. Sa prise en charge est systématique par l'assurance maladie pour les personnes transgenres, mais pas forcément pour les femmes souffrant d'autres pathologies. Il existe un véritable marché, et les tarifs pratiqués tournent autour de 2000 € à l'hôpital public, comme dans les hôpitaux privés. Certains patients font des cagnottes participatives sur Internet pour financer l'opération. Pour la chirurgie de la partie basse, il est possible de pratiquer une vaginoplastie, qui constitue une amputation de la verge avec la création d'un néo-vagin. Cette opération comporte certaines complications (infections, hématomes, etc.). Elle peut en outre poser de vrais problèmes chez des patients qui ont reçu des bloqueurs de puberté, car leurs organes ne sont pas développés. Un patient est déjà décédé d'un sepsis majeur de ce fait là.

Ces interventions sont faites en France sur des mineurs. Quand l'on opère un mineur, l'approbation des deux parents est nécessaire, peu importe la nature de l'intervention, seule l'IVG faisant exception.

Nous assistons aussi à l'apparition de patients détransitionneurs. Il cite l'exemple d'une patiente ayant demandé à se faire retirer les seins, exigeant un rendez-vous immédiat en raison de sa souffrance, et menaçant d'engager des poursuites pour discrimination en cas de refus.

De telles opérations sont « fantasmagoriques » pour n'importe quel chirurgien. Cependant, peut-on considérer que cela est conforme au principe de bienfaisance, selon les données acquises de la science ?

Sa position est qu'un traitement médical ne remplit que deux fonctions :

- Soit il augmente l'espérance de vie : pour les personnes trans, les traitements permettent-ils effectivement de réduire le risque suicidaire ? Il n'y a pas de données probantes chez l'adulte, et chez l'enfant encore moins. La corrélation n'est jamais causalité en médecine.
- Soit il augmente la qualité de vie : à court terme, cela est prouvé. A long terme, l'on note – à l'inverse – une dégradation de la qualité de vie des patients trans.

Quand l'on envisage un traitement sur un enfant, l'on doit se demander si l'on a le consentement de l'enfant. Mais est-ce seulement possible pour un mineur de donner un consentement éclairé s'agissant de n'importe quelle opération chirurgicale ? La prescription de bloqueurs de puberté, toujours utilisés sans autorisation de mise sur le marché, est un sujet légal. La responsabilité du médecin est alors totale sur le plan pénal.

Pour lui, le réassignement de genre chez l'enfant et l'adolescent ne peut rentrer que dans le cadre d'un programme de recherche dédié soumis à un comité de protection des personnes et l'avis de l'ANSM. Rien ne justifie de déroger aux règles de bioéthiques.

Toutes ces interventions reposent sur une idée fausse « ces patients souffrent ils demandent des chirurgies qui sont réalisables en les opérant on les soulage ». Les dogmes logiques en médecine peuvent toujours être contestables, à l'instar de celui qui imposa longtemps aux parents de faire dormir l'enfant sur le ventre pour éviter le risque de mort subite du nourrisson. La solution inverse se révéla pourtant la bonne.

Pour lui, la théorie de la réassignation repose sur peu de chose et apparaît comme très récente dans l'histoire de la médicalisation.

Il rappelle ainsi l'affaire d'une première expérimentation dramatique dans les années 1960, réalisée par un médecin néo-zélandais, John Money, sur deux jumeaux canadiens nés garçons (dont l'un subira une réassignation médicale et chirurgicale de genre après une opération ratée pour un phimosis à 8 mois). L'un d'eux sera élevé comme une fille, l'autre comme un garçon, et malgré le succès allégué par le médecin, les deux se suicideront.

Il convient de s'interroger sur ce que pourrait être l'étape d'après. En effet, les résultats chirurgicaux des « bottom surgery » ne sont pas très satisfaisants. En revanche, la médecine rend désormais possible les opérations de transplantations d'utérus et de verge. Dès lors, à quel titre pourrait-on à l'avenir refuser de pratiquer de telles transplantations à la demande des personnes transgenres ?

Ces opérations ne sont pas sans danger, il s'agit d'interventions chirurgicales lourdes.

En outre, elles pourraient avoir un retentissement plus large sur l'ensemble de la société, du fait de la question du don d'organe. Compte tenu de la loi française en vigueur (opt-out), il y a un risque que les gens ne veuillent plus donner leurs organes. Par ailleurs, quel coût cela peut avoir pour la société ?

De nos jours, il est plus facile de se faire enlever un sein que de se le faire reconstruire.

Pour conclure, le Professeur Lantieri dit que quelle que soit la force de frappe des lobbies, **il est nécessaire de légiférer. Il faut des règles, et des essais thérapeutiques pour les mineurs, comme en Angleterre et en Suède.**

2) Dr Nicolas Morel Journal, chirurgien, urologue, CHU Lyon Sud - Service Urologie, co-président Trans Santé France

Le Groupe de travail a auditionné le 6 décembre 2023, Nicolas Morel Journal, co-Président des travaux de la HAS sur la prise en charge médicale des personnes transgenres, et co-Président de l'association Trans Santé France.

Le docteur Morel Journal n'a pas communiqué le texte de son audition.

Le docteur **Morel Journal** fait partie de l'équipe du GRETTIS (Groupe de Recherche, d'Etudes et de Traitement des Troubles de l'Identité Sexuelle) de Lyon qui regroupe des médecins de différentes spécialités répartis dans Lyon.

Nicolas Morel Journal exerce au CHU Lyon Sud - Service Urologie

Urologue de formation, il s'est spécialisé dans la reconstruction des organes génitaux des patients âgés de 15 ans et plus. Le docteur Morel Journal s'occupe, pour partie, de personnes transsexuelles qu'il opère depuis les années 1980. Selon lui, la question sociale représente une partie importante de la problématique des personnes transsexuelles.

Il explique qu'au CHU de Lyon, 60 % des opérations de réassignation des personnes adultes transgenres étaient pratiquées. Il y a 6 ans, le CHU s'est doté d'un pédopsychiatre permettant alors l'ouverture de la consultation aux mineurs, se traduisant par l'augmentation des consultations des jeunes. Il précise que si la courbe de ces consultations est toujours en augmentation, elle n'est toutefois plus exponentielle. Il juge que l'activité concernant les mineurs est moins concentrée dans certains centres.

Le docteur Morel Journal a commencé l'accompagnement des personnes transsexuelles en 2004. Il indique qu'il pratiquait environ 2 vaginoplasties par an, en marge de ses activités. Aujourd'hui, il dit être passé à 100 vaginoplasties réalisées par an, car il s'agit selon lui d'un traitement efficace et de qualité que l'on propose aux personnes trans.

S'agissant des mineurs, au CHU de Lyon, entre 30 et 40 traitements par bloqueurs de puberté sont initiés chaque année. Le parcours débute par un suivi pédopsychiatrique (4 à 6 visites), puis le pédopsychiatre oriente soit vers un suivi simple qui dure 2-3 ans, soit – s'il détecte une souffrance majeure du jeune – vers des traitements médicamenteux.

Il comptabilise en consultation en moyenne 3 filles pour 1 garçon. Il explique cette prévalence de jeunes filles du fait de leur plus grande maturité, et par l'apparition de signes pubertaires plus importants. L'initiation des traitements intervient au stade de Tanner 2 (11-13 ans). Il souligne que c'est à cette période que les désistements sont les plus nombreux. Si un des deux parents n'est pas d'accord, les médecins attendent que le parent opposé finisse par comprendre que c'est dans l'intérêt de l'enfant.

Pour les mineurs, il indique que les chirurgies définitives ne sont pas pratiquées. Les torsoplasties peuvent en revanche être réalisées à partir de 16 ans (il en dénombre moins de 10 par an). M. Morel Journal précise que s'il y avait une demande de retour en arrière, cela pourrait se faire via une reconstruction, car « *on sait très bien le faire aujourd'hui* », mais que le cas ne s'est jamais présenté dans son service.

Désormais, 50 % de son activité est consacrée aux personnes transgenres. Selon lui, l'éthique est forte et les médecins se souviennent que des chirurgiens ont été condamnés dans les années 1990. La crainte, vis-à-vis d'un renforcement de la législation, c'est que les juges se retrouvent à devoir prendre des décisions relatives aux mineurs, comme au Royaume-Uni. Pour lui, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont aujourd'hui ce qui permet le mieux de répondre au sujet. Il conclut en disant qu'il faut entériner ce qui existe déjà.

5. La médecine des variations du développement génital

1) Pr Michel Polak et son équipe, Hôpital Necker Enfant Malades

Le Groupe de Travail a souhaité auditionner cette équipe, bien qu'elle ne s'occupe pas des jeunes transidentifiés mais d'intersexualité. Ces pathologies - appelées aujourd'hui Variation du Développement Génital (VDG) - concernent majoritairement les nouveaux-nés. Leur définition et leur prise en charge ont été impactées par l'évolution de la société mais aussi

par le transactivisme. À ce titre, il a paru important d'entendre le point de vue d'une équipe spécialisée.

Ainsi, le Groupe de travail a reçu, le 9 novembre 2023, l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital Necker enfants malades, Service Endocrinologie, Diabétologie et Gynécologie Pédiatriques & Chirurgie Viscérale de Paris.

Ont été auditionnés : Pr Michel Polak (PUPH, endocrinologue & diabétologue pédiatre, Chef de Service), Pr Thomas Blanc (PUPH, chirurgien viscéral), Dr Savrina Da Costa (PH, gynécologue pédiatrique et de l'adolescente), Dr Dinane Samara-Boustani (PH, endocrinologue pédiatre), Mme Karinne Gueniche (MCU-HDR, psychologue & psychanalyste).

Ce service prend en charge les enfants avec une variation du développement génital (VDG). Cette variation ne se confond en aucun cas avec la transidentité.

Sur les 730 000 naissances recensées chaque année en France, 180 enfants environ naissent avec des variations. Parfois, il est alors difficile de déterminer à la naissance si l'enfant est un garçon ou une fille. A Necker, le service spécialisé suit entre 20 et 30 enfants atteints d'une VDG par an.

Dans le développement du petit humain, le sexe génétique se définit de manière active. La gonade devient ovaire ou testicule. Les professionnels du service gèrent les cas dans lesquels il y a rupture du développement habituel. Aujourd'hui, la connaissance des phénomènes biologiques permet de comprendre beaucoup de ce qui se passe au cours de ce développement.

Les membres de l'équipe de Necker rappellent que les VDG sont très différentes de la question de la fluidité de genre, puisque dans la transidentité, le corps est « *intègre* ». Le Pr Polak énonce d'emblée : « Je souligne que les enfants et adolescents dont il est question ici dans notre propos n'ont absolument rien à voir avec les mineurs trans-identifiés. Nous parlerons d'enfants et d'adolescents qui ont une malformation anatomique des organes génitaux (internes et/ou externes) pour diverses raisons embryologiques et/ou génétiques et qui appellent une prise en charge hospitalière. »

Pour de rares enfants se pose la question de la déclaration du sexe. Tout commence par un diagnostic, qui peut être prénatal. La différenciation des sexes est d'abord chromosomique. Au début, les gonades sont indifférenciées chez le fœtus. Puis le caryotype se développe. La 2^{ème} étape de la différenciation est hormonale. A chaque étape, si une anomalie se produit, le développement ne se fait pas comme d'habitude.

La dernière classification est **le consensus de Chicago de 2006** qui repart du caryotype. Il définit 3 possibilités, le fœtus garçon, le fœtus fille et les variations en lien avec anomalies du caryotype.

Pour faire le diagnostic, l'examen est d'abord clinique, puis des examens hormonaux sont conduits, et enfin des examens radiographiques. Le diagnostic est possiblement confirmé par les analyses génétiques.

La prise en charge a beaucoup évolué depuis une dizaine d'années car il y a eu de nombreux articles sur le mécontentement des adultes nés avec VDG. Ainsi, **la chirurgie qui était plus systématique l'est beaucoup moins**. L'abstention thérapeutique fait de plus en plus partie des options thérapeutiques proposées.

En 2022, la prise d'un **arrêté de bonnes pratiques** a fait évoluer les pratiques. Chaque cas d'enfant présentant une VDG doit être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) nationale. Désormais, les médecins doivent prendre en compte l'avis des parents, puis celui de l'enfant. La chirurgie ne doit pas altérer la fonction future des organes. On est aussi sorti de la chirurgie normalisatrice de l'aspect.

Une fois par mois, les professionnels se réunissent à Necker pour prendre des décisions en équipe, puis ils présentent leurs cas à la RCP nationale, une fois tous les 15 jours.

La plupart des enfants vont bien médicalement mais le service les suit très longtemps, dans le but de leur offrir un espace de discussion adapté selon l'âge de l'enfant.

Le chirurgien explique que la chirurgie innove, et que les techniques ne sont plus du tout les mêmes qu'il y a 30 ans. Il regrette cependant la grande hétérogénéité de la prise en charge des cas au niveau national.

En pratique, trois hypothèses se présentent :

- Le caryotype est en inadéquation avec les organes génitaux externes au stade anténatal ;
- La mère a été confrontée à une VDG de l'enfant lors d'une grossesse antérieure ;
- Un enfant présente une anomalie des organes génitaux.

Au stade prénatal, il est possible de réaliser des dosages hormonaux, des examens poussés, mais les médecins n'ont pas encore tous les éléments en leur possession. A la naissance, ils expliquent aux parents la nature de la prise en charge qu'ils proposent. Désormais, ils recommandent fortement que les enfants confrontés à une VDG naissent à Necker, car la prise en charge locale peut être inadaptée.

L'équipe explique qu'il est **assez rare de se poser la question du sexe du bébé**. Dans cette hypothèse, ils sont cependant tenus d'agir vite, car la loi leur laisse un délai maximal de 3 mois pour déclarer le sexe à l'état civil. Avant ce délai, le prénom donné à l'enfant doit avoir été déclaré.

Depuis la publication de l'arrêté des bonnes pratiques de 2022, il arrive que certains enfants ne puissent plus être opérés avant que l'enfant puisse exprimer son avis. En outre, la question de la conviction parentale est très importante.

Les enfants opérés par Necker sont suivis jusqu'à la fin de leur puberté, puis par des

médecins pour adulte. Le suivi psychologique est également très important.

L'équipe constate que certains parents préféreraient que l'enfant soit opéré avant qu'il puisse exprimer son avis.

La gynécologue du service, spécialisée dans la gynécologie pédiatrique, rencontre exclusivement des adolescentes déclarées filles à la naissance. Elle intervient, dans le cas de la VDG diagnostiquée avant la naissance, au moment de la puberté (la puberté ne démarre pas, ou absence de règles, ou virilisation). L'annonce d'un VDG à l'âge pubertaire est extrêmement complexe. Parfois, l'adolescente présente une absence d'utérus ou de vagin, ce qui entraîne des problèmes en termes de sexualité ou de fertilité. Parfois, les médecins doivent induire la puberté. La question de l'identité peut alors se poser avec acuité. Les médecins prescrivent des hormones, mais certaines les refusent car elles ne veulent pas de poitrine par exemple. Certaines apprennent à faire une autodilatation vaginale dès lors qu'elles désirent avoir des relations sexuelles avec pénétration. Pour ces adolescentes touchées par une VDG, le sujet de la fertilité est complexe. Cette question est souvent en premier plan pour les familles, mais en second plan pour les jeunes femmes.

La psychologue du service évoque ensuite les enjeux importants qui se posent, notamment en matière de consentement de l'enfant s'agissant d'une potentielle opération chirurgicale sur ses organes génitaux.

L'évolution de la prise en charge des enfants présentant une VDG a été initiée par des décisions de justice, intervenues sur saisine d'anciens patients atteints d'une VDG (devenus adultes) en désaccord avec les traitements reçus, et issues de diverses instances : la CEDH en 2014, puis le Défenseur des Droits en 2017, le Conseil d'État en 2018, le Comité Consultatif National d'Éthique en 2019, conduisant enfin à l'adoption de l'article 30 de la loi bioéthique de 2021 puis à la prise de l'arrêté de bonnes pratiques de 2022 précité.

Un nouveau paradigme s'est fait jour en la matière, imprégné des *Gender studies* et d'une idéologie fondée sur l'autodétermination, entraînant une pratique de soins différente.

La psychologue souligne que les confusions sont légion et tente de démêler différents concepts.

Elle explique ainsi que le sexe « *psychique* » se décline à plusieurs niveaux : le genre, le sexué et le sexuel. L'identité est du côté d'une stabilité, d'un état, tandis que le sexuel est du côté d'une variation, d'une pluralité. Se savoir garçon ou fille est le fruit d'un processus psychique complexe. La langue française dans ce domaine est beaucoup plus riche que la langue anglaise. L'expression anglosaxonne d'« *identité de genre* » ne recouvre pas toute la richesse du concept de sexe psychique. *La gender identity* relève d'une identité sociale, sans nuance, et s'inscrit dans un système binaire rigide. L'identité de genre correspond à ce qui est socialement attendu. L'identité sexuée permet de se savoir et de se reconnaître garçon ou fille dans une conviction psychique identitaire quelle que soit la réalité biologique. L'identité sexuelle se définit par le choix d'objet sexuel : être hétérosexuel, être homosexuel ou bien bisexuel.

La « *bisexualité psychique* » est une notion troublante qui recouvre la présence assez obscure du féminin chez l'homme et du masculin chez la femme. Elle n'est pas bisexualité ana-

tomique, ni génitale (être bisexuel dans ses choix amoureux). La bisexualité psychique des enfants avec VDG est tiraillée, notamment du fait des parents. Elle ouvre néanmoins une multitude du possible, et c'est ce travail qui est mené avec eux sur un temps long.

Assez souvent, les parents de ces jeunes patients confondent rapidement la question du sexe avec celle de la sexualité. Ils interrogent les professionnels du service : « *La VDG de mon enfant implique-t-elle que mon enfant sera homosexuel plus tard ? Ou transsexuel ? ou travesti ?* »

La conviction parentale est inversement proportionnelle au doute. Elle est aussi le socle sur lequel se fonde la relation avec l'enfant.

En conclusion, l'équipe de Necker estime qu'interdire radicalement quelque chose n'est jamais un progrès. Elle juge que le cadre des bonnes pratiques mis en place en 2022 n'est pas facile à gérer pour les soignants, en ce qu'elle les contraint. Ils estiment que ce cadre nécessite d'être évalué avec finesse. S'ils se disent d'accord pour ne pas opérer systématiquement les jeunes atteints d'un VDG, ils se demandent néanmoins comment vont évoluer ces enfants au fil du temps. Ils regrettent enfin la forte inégalité de traitement entre les enfants sur le territoire.

On peut consulter en annexe n°7 le texte complet des interventions de l'équipe de Necker.

6. Le communiqué de l'Académie de Médecine : février 2022

Nous reportons ici le communiqué de l'Académie, adopté le 25 février 2022 par 59 voix pour, 20 voix contre et 13 abstentions, a été approuvé, dans sa version révisée, par le Conseil d'administration du 28 février 2022.

Elle peut être saisie d'une demande d'avis par les Pouvoirs publics mais elle peut aussi s'autosaisir dans les domaines de la santé mais plus volontiers sur les questions de Santé publique et d'Éthique médicale.

Depuis 2021, des professionnels de santé ont alerté l'opinion publique par voie de presse concernant l'augmentation des mineurs transidentifiés. L'Académie s'est saisie de cette question.

« **La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents** »

La transidentité de genre correspond à un ressenti, fort et de plus de 6 mois, d'identification à un genre différent du genre assigné à la naissance. Ce ressenti peut causer une souffrance significative et prolongée, pouvant conduire à un risque de suicide ^a. Aucune prédisposition génétique ne lui a été trouvée.

La reconnaissance de cette dysharmonie n'est pas nouvelle, mais une très forte augmentation de la sollicitation de la médecine pour ce motif est observée^(1, 2) en Amérique du Nord, puis dans les pays du nord de l'Europe et, plus récemment, en France, notamment chez l'enfant et l'adolescent. Ainsi, une étude récente au sein d'une dizaine de lycées de Pittsburgh a révélé une prévalence nettement supérieure aux estimations antérieures faites aux Etats-Unis⁽³⁾ : 10% des élèves se déclaraient transgenres ou non binaires ou de genre incertain. En 2003, le Royal Children's Hospital de Melbourne n'avait porté le diagnostic de dysphorie de genre que chez un seul enfant, alors qu'aujourd'hui il en traite près de 200.

Quels que soient les mécanismes en cause chez l'adolescent – consultation exagérée des réseaux sociaux, plus grande acceptabilité sociale, ou exemple dans l'entourage – ce phénomène d'allure épidémique se traduit par l'apparition de cas, voire de foyers de cas dans l'entourage immédiat⁽⁴⁾. Cette problématique avant tout sociale s'appuie, pour partie, sur une remise en cause d'une vision trop dichotomique de l'identité de genre par certains jeunes.

La demande médicale s'accompagne d'une offre de soins croissante, sous forme de consultations ou de prises en charge en cliniques spécialisées, en raison de la détresse qu'elle entraîne et non d'une maladie mentale proprement dite. De nombreuses spécialités médicales du domaine de la pédiatrie sont concernées. En premier lieu la psychiatrie puis, si la transidentité apparaît réelle ou si le mal-être persiste, l'endocrinologie, la gynécologie et, in fine, la chirurgie sont concernées.

Pour autant, une grande prudence médicale doit être de mise chez l'enfant et l'adolescent, compte tenu de la vulnérabilité, en particulier psychologique, de cette population et des nombreux effets indésirables, voire des complications graves, que peuvent provoquer certaines des thérapeutiques disponibles. A cet égard, il est important de rappeler la décision récente (mai 2021) de l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm d'interdire désormais l'usage des bloqueurs d'hormones.

Si, en France, l'usage de bloqueurs d'hormones ou d'hormones du sexe opposé est possible avec autorisation parentale sans conditions d'âge, la plus grande réserve s'impose dans cet usage, compte tenu des effets secondaires tels que l'impact sur la croissance, la fragilisation osseuse, le risque de stérilité, les conséquences émotionnelles et intellectuelles et, pour les filles, des symptômes rappelant la ménopause.

Quant aux traitements chirurgicaux, notamment la mastectomie autorisée en France dès l'âge de 14 ans, et ceux portant sur l'appareil génital externe (vulve, pénis) il faut souligner leur caractère irréversible.

Aussi, face à une demande de soins pour ce motif, est-il essentiel d'assurer, dans un premier temps, un accompagnement médical et psychologique de ces enfants ou adolescents, mais aussi de leurs parents, d'autant qu'il n'existe aucun test permettant de distinguer une

dysphorie de genre « structurelle » d'une dysphorie transitoire de l'adolescence. De plus, le risque de surestimation diagnostique est réel, comme en atteste le nombre croissant de jeunes adultes transgenres souhaitant « détransitionner ». Il convient donc de prolonger autant que faire se peut la phase de prise en charge psychologique.

L'Académie nationale de médecine appelle l'attention de la communauté médicale sur la demande croissante de soins dans le contexte de la transidentité de genre chez l'enfant et l'adolescent et recommande :

- Un accompagnement psychologique aussi long que possible des enfants et adolescents exprimant un désir de transition et de leurs parents ;
- En cas de persistance d'une volonté de transition, une prise de décision prudente quant au traitement médical par des bloqueurs d'hormones ou des hormones du sexe opposé dans le cadre de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ;
- L'introduction, dans les études médicales, d'une formation clinique adaptée pour informer et guider les jeunes et leur famille ;
- La promotion de recherches, tant cliniques et biologiques qu'éthiques, trop rares en France à ce jour sur ce sujet.
- La vigilance des parents face aux questions de leurs enfants sur la transidentité ou leur mal-être, en soulignant le caractère addictif de la consultation excessive des réseaux sociaux qui est, à la fois, néfaste au développement psychologique des jeunes et responsable d'une part très importante de la croissance du sentiment d'incongruence de genre.

Glossaire :

- La dysphorie de genre est le terme médical utilisé pour décrire la détresse résultant de l'incongruence entre le genre ressenti et le genre assigné à la naissance⁽⁵⁾.
- Une personne non binaire est une personne dont l'identité de genre n'est, ni celle d'un homme, ni celle d'une femme.
- Une personne transgenre adopte l'apparence et le mode de vie d'un sexe différent de celui assigné à la naissance. Qu'elle soit née homme ou femme, la personne transgenre modifie, voire rejette, son identité sexuelle d'origine. Le sexe inscrit sur son état civil ne correspond pas à l'apparence qu'il ou elle renvoie. Cela n'aboutit pas obligatoirement à une démarche thérapeutique.

Références

1. NHS, The Tavistock and Portman, Referrals to the Gender Identity Development Services (GIDS) for children and adolescents level off in 2018-19, 28 June 2019 (<https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19/>);

2. Swedish national health Council, Report on the prevalence of persons diagnosed with gender dysphoria since 1998 among registered citizens of Sweden, 2020, socialstyrelsen.se;
3. Kidd K.M., Sequeira G.M., Douglas C. et al, Prevalence of gender diverse youth in an urban school district, *Pediatrics*, 2021, vol 147, issue 6
4. Littman, L., Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 2018, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>; Correction: *PLoS ONE* 2019; 14(3): e0214157. Published online 2019 Mar 19. doi: 10.1371/journal.pone.0214157
5. Martinerie L., Condat A., Bargiacchi A., et al., Management of endocrine disease. Approach to the management of children and adolescents with gender dysphoria, *European Journal of Endocrinology*, 2018, 179, p. 1219-1237

B. LES EXPÉRIENCES MÉDICALES À L'ÉTRANGER

La transidentification des mineurs touche de nombreux pays. La France est touchée mais avec un relatif retard par rapport aux USA, au Canada, aux Pays-Bas, à l'Angleterre et aux pays Nordiques (Suède, Finlande, Norvège, Danemark). Elle n'a ouvert qu'en 2012-2013 la première consultation spécialisée à la Pitié-Salpêtrière (30 ans après le premier centre ouvert aux USA). Tous les pays, ayant une expérience plus ancienne qu'en France, remettent en question, preuves scientifiques à l'appui, les uns après les autres, les directives concernant les traitements des mineurs. Cette remise en question est difficile car en face, d'autres médecins et un lobby transactiviste extrêmement puissant, ayant infiltré tous les rouages de sociétés démocratiques y compris européennes œuvrent en sens inverse.

Le groupe de travail a eu l'opportunité d'auditionner lors de leur passage à Paris ou en visioconférence les spécialistes les plus éminents de ce sujet, des USA, du Canada, de Finlande, des Pays-Bas ou encore des chercheurs espagnols.

1. USA

Les cliniques pédiatriques du genre ont augmenté aux USA en une dizaine d'années se développant sur tout le territoire (certaines sources indiquent 400 cliniques du genre¹⁰⁶). Les réseaux sociaux ont amplifié le phénomène : des adolescents et jeunes militants ont commencé à animer des chaînes Youtube ou autres réseaux facilitant la découverte de « signes » indiquant qu'ils étaient « trans ».

Des médecins américains se sont inquiétés de cette augmentation exponentielle des jeunes consultant ces centres dédiés. C'est notamment ainsi qu'est né un collectif de profes-

106 <https://www.gendermapper.org/> : 10 years ago there were a handful of gender clinics for children- now, thanks to the gender mapping project, we know there are over 400 in North America. And we are still counting.

sionnels intitulé SEGM (Society for Evidence based Gender Medicine). D'autres médecins et chercheurs comme Stephen B. Levine et Lisa Littman ont publié des articles dans des revues scientifiques qui ont été contestés en raison de leurs mises en garde perçues comme « transphobes ».

1) Zhenya Abbruzzese pour SEGM : Society for Evidence Based Gender Medicine

Le Groupe de travail a auditionné le 20 juin 2023, Zhenya Abbruzzese des USA.

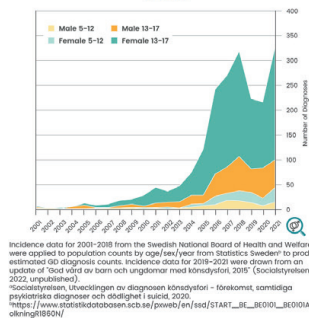
Zhenya Abbruzzese est statisticienne américaine, économiste de la santé et cofondatrice de la Society for Evidence Gender Medicine (SEGM). Elle est par ailleurs auteure de plusieurs articles sur la dysphorie de genre chez les mineurs. Elle a pu démontrer dans le cadre de ses travaux l'ampleur du phénomène.

L'objectif de SEGM (Society for Evidence based Gender Medicine) est de promouvoir des soins de santé sécuritaires, compatissants, éthiques et fondés sur des données probantes pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes souffrant de dysphorie de genre. SEGM réunit plus de 150 cliniciens et chercheurs, permettant une collaboration dans 19 pays différents.

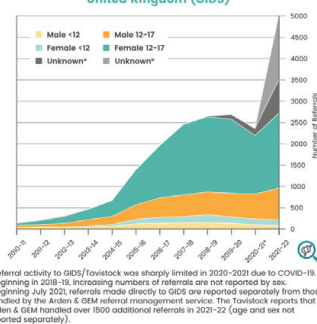
Problèmes et Objectifs

1. Changement Épidémiologique Massif (Problème 1) : Historiquement, la dysphorie de genre était très rare et touchait principalement les hommes biologiques. Cependant, ces dernières années, on note une augmentation significative de l'identification transgenre, principalement chez les adolescentes biologiques, souvent associée à des problèmes de santé mentale.

Child and Adolescent Diagnoses of Gender Dysphoria Sweden



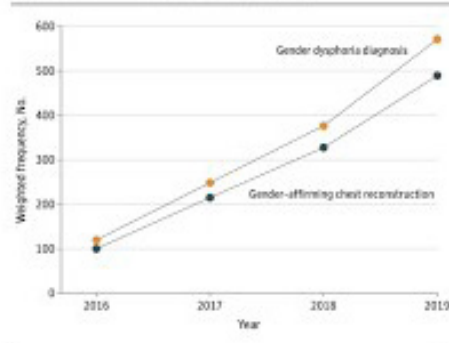
Child and Adolescent Referrals for Gender Dysphoria United Kingdom (GDS)



2. Interventions Précoces et Irréversibles (Problème 2): Les interventions médicales pour les jeunes souffrant de dysphorie de genre sont devenues plus précoces et agressives, avec l'utilisation de bloqueurs de puberté dès un jeune âge et des interventions chirurgicales sans limite d'âge. Cela soulève des préoccupations quant aux effets à long terme sur la santé physique et mentale.

study to be exempt from review and waived the informed con-

Figure. Temporal Trends in Ambulatory Gender-Affirming Chest Reconstruction in Adolescents From 2016 to 2019



3. Médecine Fondée sur des Preuves (Problème 3) : Le domaine de la médecine du genre pour les jeunes ne suit pas toujours les principes de la médecine fondée sur des preuves. Les revues systématiques de preuves ne montrent pas de bénéfices crédibles de la transition chez les jeunes, malgré les revendications des cliniciens spécialistes du genre.

Études Fondamentales sur la Transition des Jeunes

- Plusieurs études fondamentales ont été citées pour remettre en question l'efficacité et la sécurité des interventions de transition pour les jeunes.
- Les études sur les bloqueurs de puberté et les hormones de genre n'ont montré que des améliorations mineures de la santé mentale et des résultats mitigés.
- Des cas de détransition et de complications médicales sont rapportés, ce qui soulève des inquiétudes quant à la longévité et à la sécurité de ces interventions.

Mythes et Réalités

- Les auteurs contestent certains mythes couramment véhiculés, tels que la prédétermination biologique de l'identité de genre, l'identification réussie des jeunes transgenres et les taux de suicide associés à la transition.
- Les résultats montrent que la transition ne réduit pas nécessairement la suicidalité et que le regret après la transition est plus fréquent que souvent supposé.

Changements Législatifs et Perspectives

- Plusieurs pays européens ont limité les interventions de transition pour les jeunes en raison des preuves médiocres et considèrent la psychothérapie comme le traitement principal.
- Aux États-Unis, les approches varient selon les États, allant des interdictions strictes aux lois favorables à la transition.
- Les auteurs appellent à une approche basée sur des preuves et à la résistance à la politisation de la question.

Conclusion

Zhenya Abbruzzese met en évidence des préoccupations très sérieuses concernant les soins de santé pour les jeunes atteints de dysphorie de genre et appelle à une approche fondée sur des preuves pour guider les décisions médicales. L'objectif est de garantir des soins sûrs, éthiques et compatissants tout en évitant les interventions précoces et irréversibles sans preuves solides de leur efficacité et de leur sécurité.

Zhenya Abbruzzese a également souligné que les parents qui soutiennent la transition et les parents qui résistent aiment leurs enfants de la même manière, mais disposent d'informations différentes. Elle a invité les sénateurs à ne pas politiser le débat car ce n'est pas un problème de droite ou de gauche mais une différence entre le vrai et le faux.

Jacqueline EUSTACHE-BRINIO a indiqué qu'il était difficile de faire abstraction du clivage gauche/droite en France mais que cela ne les empêcherait pas d'avancer pour préserver la jeunesse d'aujourd'hui et les adultes de demain.

2) Pr Stephen B. Levine, MD Clinical, Université Case Western Reserve, School of Medicine Psychiatrist

Le Groupe de travail a auditionné le 14 novembre 2023, Pr Stephen B. Levine, MD Clinical Professeur de psychiatrie, Université Case Western Reserve, School of Medicine Psychiatrist, Cleveland, Ohio, USA.

Nous reportons le texte de son audition traduit en français par nos soins.

I. La situation aux États-Unis

J'ai souvent lu qu'il y avait au moins 100 cliniques dans les 50 États qui fournissaient des soins affirmatifs aux enfants, aux adolescents et aux adultes. Toutefois, selon certaines estimations, ce nombre serait de l'ordre de 400 cliniques. Si l'on considère que les adolescents transidentifiés, garçons et filles, peuvent se rendre dans l'une des 650 cliniques *Planned Parenthood* pour obtenir des hormones de sexe opposé dès leur première ou deuxième visite, on peut raisonnablement conclure que l'accès aux traitements endocriniens était largement disponible dans tous les États jusqu'à une date récente. Les soins dits affirmatifs (transition sociale des enfants, bloqueurs de puberté, hormones croisées, mastectomie, reconstruction génitale, appel des patients par leur prénom préféré, utilisation de ce prénom dans les dossiers médicaux) sont encore largement disponibles dans 30 États. Un nombre incalculable de thérapeutes privés et de cliniques de santé mentale déclarent qu'ils sont affirmatifs par principe, même s'ils ne fournissent pas directement de traitement hormonal. Les étudiants en médecine et les internes de diverses spécialités apprennent que la meilleure façon de traiter les patients transidentitaires est de leur faciliter l'accès à l'affirmation médicale. Ces stagiaires sont amenés à croire qu'il existe une entité biologique, la «vraie personne trans», dont l'identité ou l'inconfort corporel peut apparaître au début ou à la fin de l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et qui ne peut être soulagée que par des hormones.

Ce n'est pas le corps médical en tant que tel qui a récemment limité les soins hormonaux pour les jeunes souffrant de dysphorie de genre, mais les assemblées législatives et les gouverneurs dominés par les Républicains. Les résultats scientifiques, l'absence d'informations pertinentes sur le suivi à long terme, les valeurs théologiques, les préoccupations concernant la capacité mentale des mineurs à prendre des décisions qui affecteront leur vie et les réponses intuitives ont convergé pour créer des interdictions légales contre les interventions médicales et chirurgicales affirmatives pour les moins de 18 ans. En revanche, 30 États continuent de faire confiance au corps médical pour décider de l'opportunité des interventions affirmatives. Ils croient sans scepticisme que les déclarations politiques d'une douzaine d'organisations médicales telles que l'American Medical Association doivent être fondées sur la science. Des phrases telles que «la science est établie, ces traitements sont sûrs, efficaces, améliorent la vie et parfois sauvent la vie» sont affirmées lors de congrès, dans des articles de journaux et lors de manifestations dans la rue. Dans mon pays très polarisé, les soins trans sur les mineurs ne sont pas considérés comme une controverse médicale qui peut être résolue par l'amélioration des méthodes de recherche ; c'est devenu une question de droits civiques. Le sentiment est qu'une étude scientifique rigoureuse est contraire à l'éthique parce que les partisans savent déjà quels sont les traitements les meilleurs et les plus souhaitables. Le droit de recevoir le traitement de son choix, le droit de ne pas voir un médecin dire «non» ou «pas encore tant que ces conditions ne sont pas remplies», le droit de rejeter les résultats scientifiques comme non fiables en faveur de ses propres croyances sont en train de gagner

du terrain dans certains cercles. La tension entre les États, entre les professionnels d'opinions différentes et entre les parents et leurs enfants transgenres est qualifiée aux États-Unis de «guerre culturelle». Les journalistes traitent de la question de savoir où s'arrête la science et où commencent les opinions politiques. Les sceptiques de la profession médicale ont appris par l'exemple le coût personnel de leur dissidence.

Malgré tout, dans les nombreuses cliniques universitaires très actives, certains s'accordent sur ce qui se passe. Au cours des dix dernières années, le profil du patient type a résolument changé, avec une prépondérance de femmes, l'apparition d'une dysphorie de genre chez les adolescents de tout âge, et peut-être davantage de problèmes de santé mentale associés. Je dis «peut-être» parce que dans une clinique du genre, la dysphorie de genre est prioritaire par rapport aux comorbidités psychiatriques. Il se peut que cela tende à atténuer la perception professionnelle des problèmes antérieurs tels que l'anxiété sociale, l'évitement scolaire, les troubles de l'alimentation, la dépression et la dépendance à la marijuana. On ne sait pas non plus si le pourcentage élevé de patients ayant un trouble du spectre autistique, actuellement observé partout, est un phénomène nouveau ou le reflet d'une nouvelle prise de conscience par les médecins de ce mode de développement neurologique qui dure toute la vie.

II. Les arguments en faveur de l'interdiction de la médicalisation des mineurs

Ces arguments s'appuient d'abord sur des valeurs scientifiques cliniques. Les trente ans d'histoire de la médecine basée sur les preuves, qui hiérarchise la fiabilité des différentes formes de preuves, se heurtent à la médecine basée sur la mode qui met l'accent sur ce qui existe depuis longtemps : la poursuite de ce qui a commencé aux Pays-Bas et s'est rapidement répandu dans le monde entier, a été soutenue à la fois par des avis positifs d'experts et par de nombreuses études qui se situent au bas de la hiérarchie méthodologique.

Depuis 2020, des études systématiques indépendantes sur les bloqueurs de puberté et les traitements hormonaux ont été publiées par différents comités en Suède, en Finlande, au Royaume-Uni, au Danemark, à l'université McMaster (foyer originel de la médecine factuelle) et par deux organisations internationales, l'*Endocrine Society* et la WPATH. Chaque revue est parvenue aux mêmes conclusions en utilisant le système GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*) : la qualité des preuves pour les hormones bloquant la puberté était TRÈS FAIBLE ; la qualité des preuves pour les hormones croisées était FAIBLE. Très faible signifie que l'effet réel est probablement très différent de l'effet estimé. Faible signifie que l'effet réel pourrait être nettement différent de l'effet estimé. Néanmoins, l'*Endocrine Society* et la WPATH ont élevé l'utilisation d'hormones croisées au rang de recommandation pour le traitement des adolescents et des adultes souffrant de dysphorie de genre. Elles étaient toujours favorables à l'utilisation de bloqueurs de puberté,

mais se montraient plus prudentes en raison des taux d'abandon chez les enfants. Un taux très faible signifie également que les inconvénients peuvent l'emporter sur les avantages escomptés et un taux faible signifie également que les avantages peuvent ne pas se concrétiser. Bien entendu, tout cela nécessite de clarifier les avantages escomptés, les effets secondaires attendus et les risques d'effets néfastes à court et à long terme.

Cinq études, réalisées chacune dans un pays différent, ont mis en évidence une mortalité prématurée dans les populations transidentitaires. Les problèmes rencontrés dans les communautés d'adultes transgenres - taux élevés de toxicomanie, de suicide, de stérilité, de violence domestique, de renoncement aux soins de santé, de chômage et de solitude - ont fait réfléchir à l'utilisation rapide des soins affirmatifs chez les adolescents. La Finlande a fait marche arrière après avoir constaté que la vie des jeunes dysphoriques ne semblait pas s'être améliorée. Aujourd'hui, les pays scandinaves et le Royaume-Uni ont modifié leurs anciennes politiques visant à faciliter les soins affirmatifs pour les mineurs et les ont nettement réduites au profit des soins de santé mentale.

Au cours des cinq dernières années, on a pris conscience de la présence d'adolescents traités aux hormones seules ou aux hormones et à la chirurgie qui ont recommencé à vivre d'une manière conforme à leur sexe. Plus récemment, des taux de détransition ont été décrits dans trois études, le taux le plus élevé étant de 30 % après une moyenne de cinq ans après le début du traitement hormonal.

Les tentatives de museler les sceptiques des soins affirmatifs sont largement reconnues. Cette soi-disant *cancel culture* s'est manifestée par le refus des comités de programme «scientifiques» d'accepter des symposiums sur les approches alternatives de la dysphorie de genre, par l'annulation de conférences données par des chercheurs dont les résultats ont suscité des incertitudes, par un nombre inhabituel de critiques suivi du rejet des manuscrits par les revues, et par des attaques significatives contre les vocations universitaires de ceux qui ne soutiennent pas de tout cœur les soins affirmatifs pour les mineurs transgenres. La liberté d'expression n'est restreinte nulle part ailleurs en médecine. Malgré ces forces, deux organisations semblent prospérer : la Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM) et Genspect, qui était à l'origine une organisation mère qui a fourni un forum pour les professionnels qui pensent que les soins affirmatifs ne devraient pas être la réponse initiale à l'identité trans d'un mineur. Il existe de nombreux sites web qui prônent le scepticisme quant au bien-fondé des soins affirmatifs, mais peut-être pas autant que ceux qui les promeuvent.

Dans les débats professionnels, certains mots, phrases et expressions servent d'artifices rhétoriques, de slogans pour masquer l'absence de fondement scientifique de leurs affirmations. La plus alarmante est la phrase manipulatrice et contraire à l'éthique : «Préférez-vous avoir un enfant trans ou un enfant mort ?». D'autres formules incluent : l'identité trans est

fixée pour la vie ; les bloqueurs de puberté ne sont qu'une pause ; la science est établie ; les bloqueurs de puberté sont totalement réversibles ; les hormones et la chirurgie sont sûres et efficaces ; les taux de regret sont de 2 % ou moins. Les données étayant ces résumés désinvoltes ne sont généralement pas fournies ou ne citent qu'une seule étude. Lorsque ces affirmations sont examinées de près, elles ne peuvent être étayées. Ce qui est très préoccupant, c'est que les patients et les parents reçoivent les croyances non fondées des professionnels plutôt que ce que l'on sait et ce que l'on ignore sur les conséquences des soins affirmatifs pour les jeunes.

III. Quelles sont vos contributions scientifiques en tant que chercheur ?

Bien que j'aie présenté lors de rencontres et publié des articles et des livres sur la plupart des préoccupations sexuelles humaines, y compris le genre, depuis le milieu des années 1970, je suis ici aujourd'hui en raison de l'influence des articles publiés en 2022 et 2023. L'article de mars 2022, intitulé «*Reconsidering Informed Consent for the Treatment of Trans-identified Children, Adolescents, and Young Adults*» (Reconsidérer le consentement éclairé pour le traitement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes transidentifiés), affirmait que l'exigence légale et éthique de partage des connaissances sur les soins affirmatifs n'était pas respectée. Deux co-auteurs et moi-même avons formulé la première critique significative des deux études néerlandaises, présentées par la WPATH et l'Endocrine Society, comme le fondement scientifique des soins aux personnes transgenres. Nous avons souligné qu'il ne s'agissait pas d'une étude contrôlée, qu'elle sélectionnait des sujets en bonne santé mentale, qu'elle proposait en même temps une psychothérapie, que la période de suivi était trop courte et que l'affirmation d'une guérison était un artefact dû à la permutation des questionnaires. Une tentative de reproduire les résultats positifs des Pays-Bas a échoué. Nous avons également constaté que les évaluations psychiatriques des jeunes étaient souvent inadéquates. Cet article a été téléchargé 71 000 fois. Le rédacteur en chef a prévu quatre commentaires. Nous avons répondu à deux des commentaires positifs et à un des commentaires négatifs dans un article intitulé «*What are We Doing to these Children ?*» (Que faisons-nous à ces enfants ?). Dans un autre article, intitulé «*Le mythe de la recherche fiable*», nous avons répondu aux critiques de l'auteur principal des études néerlandaises de référence. Nous avons développé les limites méthodologiques, souligné à nouveau que les cohortes qui recherchent des soins sont en grande partie non binaires, contrairement aux patients néerlandais, souligné les limites évidentes des articles que le Dr deVries considère comme confirmant les résultats de son équipe, et nous nous sommes demandés si le besoin de soins affirmatifs a été créé par leur recherche. Publié en janvier 2023, il a été téléchargé ~55 000 fois.

En avril 2023, Mme Abbruzzese et moi-même avons publié «*Current concerns about gender affirming therapy in adolescents*» (préoccupations actuelles sur la thérapie affirmative de genre chez les mineurs) dans lequel les problèmes éthiques et une grande partie de ce

que j'ai déjà mentionné sont couverts. Cet article a été téléchargé 66 000 fois. Nous avons un article en préparation qui définit les éléments et les processus d'une évaluation psychiatrique complète.

Je n'avais pas anticipé le nombre important de personnes, en dehors des professions de santé, qui liraient notre travail. Il s'agit notamment de parents, d'avocats, de législateurs, de journalistes, de blogueurs et d'innombrables autres personnes qui parlent d'eux sur les médias sociaux. J'espère seulement que certains des patients, adolescents les plus âgés et jeunes adultes, les ont lus. Enfin, je vous prie de comprendre que mes récents articles n'auraient pu voir le jour sans la contribution inestimable de l'économiste de la santé, Zhenya Abbruzzese, qui s'est adressée à certains d'entre vous en juin.

Je vous remercie de votre attention.

À la question de savoir ce qui devrait changer, Stephen Lévine répond que croyant à la science, la réponse devrait être apportée par les résultats de recherches bien conçues. Il appelle de ses vœux la création d'un groupe de recherche international où chaque groupe serait suivi de la même manière pendant plusieurs années. doutant néanmoins que ces recherches se mettent en place et dans l'état actuel des connaissances, il juge plus prudent de retarder les traitements affirmatifs jusqu'à l'âge adulte.

3) Dr Lisa Littman, médecin gynécologue, The Institute for Comprehensive Gender Dysphoria Research

Le Groupe de travail a auditionné le 28 novembre Lisa Littman, docteur en médecine, (MD, MPH), chercheur à The Institute for Comprehensive Gender Dysphoria Research. Elle est à l'origine de la création du terme « **ROGD** » (*rapid-onset gender dysphoria* ou **dysphorie de genre à déclenchement rapide**) qui vise à **décrire la manifestation soudaine de symptômes de dysphorie de genre chez des adolescents** qui n'avaient jusqu'ici témoigné d'aucun trouble de ce type.

Le Dr Littman évoque ce concept de ROGD. Selon elle, le profil épidémiologique des jeunes concernés par la question de la dysphorie de genre a réellement changé ces dernières années. Plusieurs études situent l'augmentation du phénomène au milieu des années 2000, et notent une montée exponentielle de celui-ci à partir de l'année 2012. Le docteur Littman est à l'origine de plusieurs trouvailles importantes :

- Elle est la première à avoir rencontré des parents de jeunes touchés par un ROGD, et à avoir identifié la présence de véritables « clusters », se manifestant par une contagion sociale importante du phénomène. Elle note à cet égard une forte influence des

réseaux sociaux entre pairs.

- Elle a également été la première à décrire, sur un plan scientifique, le phénomène des détransitionneurs.

Elle explique qu'est apparu un nouveau profil de la dysphorie chez les jeunes, tout en soulignant que l'on ignore tout du résultat possible des interventions médicales. Elle s'interroge sur le fait de savoir combien de temps dure la dysphorie de genre. La transition aide-t-elle ou est-elle nocive pour les jeunes ? Elle en appelle à la prudence car sont pratiquées des procédures irréversibles et permanentes. La transition est-elle un mauvais traitement ? Selon elle, oui et l'existence des détransitionneurs le prouve.

Les recherches du Dr Littman se concentrent sur le rôle des influences sociales. Elle rappelle que l'adolescence est un moment où les jeunes sont particulièrement sensibles à l'influence des pairs. Elle souligne que les facteurs psychologiques et psychiatriques sont très importants dans ce phénomène et nécessitent d'être étudiés.

Elle estime que dans certains cas, la dysphorie pourrait être liée à un ensemble de facteurs psychosociaux (trauma, troubles psychiques divers, homophobie intériorisée, etc.) et qu'il ne correspond pas à un diagnostic formel. Aujourd'hui, quatre études scientifiques fondent les recherches du Dr Littman :

- L'étude numéro 1, de 2018, qui recense le témoignage de 256 parents ;
- L'étude numéro 2 de 2023, plus vaste, qui compile ceux de 1655 parents ;
- La 3^{ème} étude est basée sur une population de détransitionneurs interrogés sur leur situation personnelle (transition médicale).
- La 4^{ème} étude, plus hétérogène, se fonde sur le témoignage de personnes qui étaient mais ne se considèrent plus transgenres (désistement et détransition).

Le Dr Littman a identifié trois principales causes décrites par les parents dans l'étude de 2018 :

- Un déclenchement tardif de la dysphorie, qui n'intervient qu'après l'adolescence ;
- L'influence par les pairs : plusieurs jeunes se déclarent trans au sein de groupes d'amis, parfois sous l'influence des réseaux sociaux ;
- Les facteurs psychosociaux.

La 2^{ème} étude, comprenant un échantillon plus large de parents, confirme les découvertes de l'étude de 2018. Elle fait apparaître un abaissement de l'âge des jeunes voulant transitionner (14,5 ans) et une surreprésentation des jeunes atteints de troubles de santé mentale.

Dans la 3^{ème} étude, sont évoqués les témoignages de personnes transgenres qui ont dé-

transitionné et qui évoquent des mécanismes similaires (pression des pairs, des réseaux, voire des professionnels de santé ; déclenchement tardif, etc.). 58 % de ces détransitionneurs rapportent que leur dysphorie a été causée par un trouble psychique ou un traumatisme antérieur.

La 4^{ème} étude met en évidence le fait que 83 % des personnes interrogées ont fait état d'un déclenchement tardif de leur dysphorie. 93 % d'entre elles auraient reçu à minima un autre diagnostic relevant d'un trouble de santé mentale.

Elle conclut en disant qu'il ressort des études que l'on peut distinguer deux types de populations :

- Une population de personnes qui présente un déclenchement tardif de dysphorie de genre ;
- Et une population de détransitionneurs, pour laquelle il apparaît que la transition n'a pas fonctionné, et qu'au contraire, elle a aggravé leur situation.

Selon elle, il est indispensable de conduire des études approfondies supplémentaires.

Elle juge que ce sujet est très compliqué à aborder aux Etats-Unis. La plupart des associations médicales ont adopté des lignes directrices activistes non fondées sur des éléments scientifiques. En revanche, de plus en plus d'organismes se mobilisent pour que le débat soit fondé sur des preuves. Elle estime que des nuances apparaissent, donc il se pourrait que les choses évoluent un peu, mais le débat demeure assez clivé aux Etats-Unis.

Elle remarque qu'il y existe deux extrêmes : dans certains groupes d'activistes il est considéré que la transition est possible à tout moment et à tout âge, dans d'autres ce n'est pas le cas. Elle souligne qu'il n'y a pas de lien de causalité établi quant à la question des valeurs personnelles des parents. En revanche, elle précise que les parents se disent très souvent influencés, voire sous la pression des thérapeutes.

On peut trouver en annexe n°9 les diapos de présentation de Lisa Littman qui comprend ses références bibliographiques

On peut également consulter son site qui présente ses études :

<https://littmanresearch.com/publications/>

Et son dernier article paru le 1^{er} décembre 2023 sur les détransitions :

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-023-02716-1>

4) Dr Patrick Hunter, pédiatre

Le Groupe de travail a auditionné le 14 novembre 2023, le **Docteur Patrick Hunter**, pédiatre américain, qui exerce depuis 30 ans. Il est également diplômé en bioéthique, et membre du conseil médical de l'État de la Floride.

Nous reportons sa communication traduite en français

Depuis l'Antiquité, toutes les sociétés sont à la recherche de ce que l'on appelle les valeurs transcendantes. Qu'est-ce qui est vrai, qu'est-ce qui est bon, qu'est-ce qui est beau ? Que pouvons-nous faire pour rendre notre vie, notre famille, notre communauté et le monde plus honnêtes, plus justes et plus beaux ?

Au cours des dix dernières années, dans les pays développés, un nombre significatif de jeunes se sont soumis à un parcours médical de transition sexuelle. Nous ne comprenons pas pourquoi les chiffres sont montés en flèche.

Historiquement, le protocole néerlandais est le seul fondement sur lequel la transition des jeunes s'est construite. Or, la recherche néerlandaise est de très mauvaise qualité. Ses défauts ont été décrits dans de nombreuses études, notamment en ce qui concerne les bloqueurs de puberté, les hormones croisées et la chirurgie. Tous - y compris les activistes qui promeuvent la transition des jeunes - s'accordent à dire que la qualité des preuves scientifiques est médiocre.

Des preuves de faible qualité signifient que le véritable résultat du traitement - ce qui arrive au patient - sera probablement différent de ce que l'on prétend. Les traitements fondés sur des preuves de faible qualité sont tout aussi susceptibles de causer des dommages que les traitements fondés sur des preuves de très faible qualité.

Des expressions telles que « *la médecine fondée sur des preuves* », « *les examens systématiques* » et « le classement des preuves » sont des concepts théoriques qui peuvent être difficiles à comprendre. Mais leurs principes s'avèrent exacts. Les patients subissent de graves préjudices.

Je vais maintenant aborder plusieurs cas cliniques.

PRISHA

Jeune adolescente, Prisha souffrait d'anorexie. Des internautes ont suggéré qu'elle était peut-être transgenre du fait de la gêne qu'elle éprouvait à l'égard de son corps de femme.

À 15 ans, elle s'est identifiée comme transgenre et à 16 ans, elle a commencé à prendre de la testostérone. Du fait de la prise de testostérone, elle a pris beaucoup de poids. Les médecins ont affirmé que ses troubles alimentaires étaient guéris. À 18 ans, elle a subi une mastectomie. Elle a demandé au chirurgien de lui faire une liposuction en même temps. Le chirurgien a déclaré que ses problèmes psychologiques faisaient d'elle une mauvaise candidate pour la liposuction. Il lui a néanmoins retiré les seins.

Les thérapeutes et les médecins ont promis que ses problèmes psychologiques et ses traumatismes passés seraient guéris si elle leur permettait de faire correspondre son corps à celui d'un garçon. Ce n'était pas vrai. C'était terriblement faux. Ses problèmes de santé mentale n'ont pas été pris en compte tout le temps durant lequel elle a été traitée par des hormones et de la chirurgie.

À 26 ans, elle estime qu'on lui a volé sa santé physique. Prisha a été soignée dans un hôpital affilié à une grande université de la côte Est des États-Unis.

STEVEN

Steven s'identifie comme une femme transgenre. Après une seule consultation, un médecin lui a prescrit des œstrogènes et un anti-androgène. Un autre médecin lui a dit que l'anti-androgène pouvait provoquer un cancer du foie, et une lettre a été rédigée recommandant une chirurgie génitale et une castration.

Steven luttait contre la toxicomanie, était sans abri par intermittence et travaillait dans l'industrie du sexe. Il n'était pas certain de pouvoir subir l'opération. Une femme transgenre travaillant bénévolement dans un refuge pour sans-abri l'a convaincu d'inscrire son nom sur la liste d'attente pour l'opération.

La première université de son État - sur la côte Ouest des États-Unis - l'a appelé lorsque son nom est apparu. Il a eu un rendez-vous de 15 minutes avec un chirurgien qui lui a recommandé une opération des organes génitaux.

Huit jours avant l'opération, Steven a dit à son thérapeute qu'il vivait dans un squat où était consommée de la méthamphétamine, qu'il venait d'arrêter cette drogue et qu'il n'était pas sûr quant à l'opération. Le jour de l'opération, il a décidé d'accepter la castration mais de conserver son pénis.

Steven a grandi dans une ferme avec une grande famille. La communauté médicale et transgenre lui a dit que sa famille le détestait et qu'elle était transphobe. Il s'est éloigné d'eux.

Quelques semaines après l'opération, il a éprouvé de très grands regrets, il a commencé à boire de manière excessive et est devenu suicidaire. Un mois plus tard, il a contracté le COVID et s'est retrouvé à nouveau sans-abri.

Sa famille l'a recueilli et l'aide aujourd'hui à guérir. Il n'est pas en mesure d'obtenir une couverture d'assurance pour payer sa prescription de testostérone et les autres soins de détransition.

TAMMY

Tammy s'est identifiée comme un garçon transgenre à l'âge de 11 ans. À 12 ans, elle était certaine de vouloir faire une transition. Sa mère l'a soutenue, a trouvé un médecin transaffirmatif et, à l'âge de 13 ans, elle a commencé à prendre de la testostérone. Pendant quatre ans au lycée, elle s'est fait passer pour un homme. Peu de gens savaient qu'elle était une femme.

Tammy est très intelligente, c'est une lectrice passionnée et une étudiante brillante. Elle a fait des recherches sur le mouvement des droits des homosexuels dans le cadre d'un projet scolaire. Cela l'a amenée à faire des recherches sur la médecine du genre et elle a commencé à remettre les choses en question. À 17 ans, elle s'est rendu compte qu'elle avait fait une erreur.

Elle et sa mère sont retournées chez l'endocrinologue, souhaitant initier un sevrage de la testostérone. Son médecin lui a dit qu'elle était un « *cas psychiatrique* », qu'elle devait quitter son cabinet et qu'il ne la recevrait plus en consultation. Elle et sa mère se sont débrouillées seules pour que Tammy se sèvre de la testostérone. Elle sait maintenant que sa dysphorie de genre était une conséquence du fait qu'elle ne se sentait pas à sa place en tant que lesbienne non-conforme au genre. Sa voix sera grave pour le reste de sa vie.

Tammy est une étudiante qui a réussi. Elle craint que toute exposition publique n'affecte négativement ses études et ne cause encore plus de peine à sa famille. Elle ne veut pas s'exprimer publiquement et reste silencieuse. Je suspecte qu'il existe de nombreuses personnes comme Tammy, qui ont été blessées et qui restent silencieuses, inconnues de nous tous.

CONCLUSION

De nombreuses voies mènent à la dysphorie de genre. Il s'agit notamment de troubles mentaux, tels que la dépression et l'anxiété, l'anorexie, les traumatismes passés, l'autisme, l'émergence de la sexualité - qu'il s'agisse d'hétérosexualité ou d'homosexualité - et d'autres encore. Pourtant, on nous dit que le parcours médical de transition sexuelle est le seul traitement répondant à tous ces problèmes.

Pourquoi est-il acceptable que nos jeunes subissent des dommages irréversibles par la transition sexuelle ? Et de manière si horrible. Nous savons qu'un certain pourcentage est lésé. Il peut s'agir de 1 %, 5 %, 25 % ou plus. Je soupçonne que c'est plus.

Des données de l'université de Washington, publiées le mois dernier, ont montré que 38 % des adultes, âgés en moyenne de 32 ans au moment de l'enquête regrettaient leur transition et la perte de leur fertilité¹⁰⁷.

Pourquoi les bloqueurs de puberté, les hormones croisées et la chirurgie pour la dysphorie de genre ne sont-ils pas soumis aux mêmes normes que les autres traitements médicaux ? Pourquoi est-il acceptable de nuire à ces jeunes ? Qu'est-ce qui rend la médecine transgenre si exceptionnelle que nous tolérons ces préjugés ?

En fin de compte, il y a tout lieu de croire que la transition sexuelle des jeunes sera considérée comme l'un des plus grands scandales éthiques de l'histoire de la médecine. Un scandale éthique approuvé par la profession médicale, les écoles, les universités, les médias et les politiques.

La solution à ce problème ne sera pas trouvée au sein de la profession médicale. Ma profession ne veut pas reconnaître le problème, les préjudices causés, et sa propre culpabilité. La solution se trouve dans la famille, dans la communauté, dans la société en général et dans des politiques justes. Elle sera trouvée lorsque nous donnerons à nouveau la priorité à la dignité humaine et à la sécurité des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Lorsque, en tant que société, nous rechercherons à nouveau le bien, le vrai et le beau.

107 DECISIONAL REGRET REGARDING PREOPERATIVE FERTILITY PRESERVATION CHOICES FOLLOWING GENDER-AFFIRMING SURGERY AMONG TRANSGENDER MEN/GENDER NON-BINARY PERSONS. Austin Johnson, M.D. University of Washington, Seattle, WA.

2. Le Canada

Le Canada, pays pionnier dans la prise en charge de mineurs présentant une dysphorie de genre, a facilité les transitions de genre chez les mineurs. Nous avons auditionné des chercheurs, médecins, psychologue, anthropologue afin d'entendre un point de vue critique et prudent en matière de transition de genre chez les mineurs.

1) Pr Kenneth Zucker, anc. Directeur gender identity service, Professeur honoraire de psychologie, Université de Toronto

Le 26 septembre 2023, le Groupe de travail a reçu en visioconférence un chercheur et psychologue réputé dans le domaine de la prise en charge des mineurs transidentifiés, Kenneth Zucker. Il a été professeur de psychologie au département de psychiatrie de l'Université de Toronto. Il a été nommé rédacteur en chef des Archives of Sexual Behaviour en 2001. Il a été psychologue en chef au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto et directeur d'une clinique d'identité de genre (Gender identity Service) à Toronto jusqu'en décembre 2015

Kenneth Zucker travaille dans le domaine de la transidentité depuis 1975. Au fil des ans, il a donc vu un grand nombre d'enfants et d'adolescents qui lui ont été adressés pour ce qu'on appelle aujourd'hui la « dysphorie de genre ».

Kenneth Zucker **souhaite évoquer les différentes modalités de traitement pour aider les enfants et les adolescents.** Et il souhaite souligner les changements majeurs qui se sont produits au cours des dernières décennies.

D'un point de vue clinique, en l'état actuel des travaux dans ce domaine, il existe plusieurs points de vue très différents voire opposés sur la façon d'envisager la dysphorie de genre et de la traiter.

D'un côté du spectre, se situe le modèle dit biologique ou « essentialiste ». Les principaux arguments reposent sur le fait que les gens sont nés dans un corps dans lequel ils ne se reconnaissent pas. Le traitement psychologique n'y est pas perçu comme pertinent sauf dans le but d'accompagner ou de soutenir la personne dans son parcours de transition. Cette conception essentialiste conduit au modèle d'affirmation du genre. Dans ce modèle, la psychologie ne sert qu'à soutenir les conditions de vie. La prise en charge prépubertaire, soutient que les

enfants doivent passer par une transition sociale. Puis, à la puberté, leur sont administrés des bloqueurs de puberté, ensuite des hormones croisées, et éventuellement, une prise en charge chirurgicale.

À l'autre extrémité du spectre se situe le modèle soutenant qu'il existe de nombreux facteurs familiaux, psychosociaux, et développementaux, qui expliquent/contribuent à l'émergence de la dysphorie de genre. Dans ce modèle, on ne rejette pas l'idée qu'il pourrait y avoir des facteurs biologiques prédisposants, mais ceux-ci seraient insuffisants pour expliquer comment la dysphorie de genre se développe.

Kenneth Zucker souligne que de son point de vue, mettre l'emphase sur la phase développementale dans laquelle se situe le jeune est essentiel. On n'aide pas de la même façon un très jeune enfant, un enfant moins jeune et un adolescent.

Le facteur développemental est très important et il est également indispensable de s'en référer au développement de l'individu.

De nos jours, les parents, et les adolescents ont leurs propres idées philosophiques sur la dysphorie de genre, et les familles peuvent chercher un clinicien ou une clinique qui correspondra à ce qu'elles souhaitent.

Nous constatons une grande variabilité dans ce que les familles recherchent.

Kenneth Zucker pointe le fait que si nous réfléchissons à la période contemporaine, plusieurs changements très importants se sont produits et doivent entrer en ligne de compte pour réfléchir à la prise en charge des mineurs.

Commençons par les enfants : C'est un domaine dans lequel K. Zucker a fait beaucoup de recherches, avec comme objectif un suivi à long terme.

Les enfants qu'il a suivis cliniquement ont entre 2 et 12 ans.

Lui-même et ses équipes de recherche ont appris des suivis à long terme que la majorité de ces enfants ne continuent pas à souffrir de dysphorie de genre (autrement dit : ils se réconcilient à terme avec leur sexe de naissance).

À Toronto, ses équipes ont effectué deux études de suivi au long cours. Une des études a montré que 88 % des enfants ne souffraient plus de dysphorie de genre à la fin du suivi.

L'autre étude a mis en évidence un taux de désistance ou d'abandon de 80 % des jeunes.

Ces études ont été réalisées à une époque où les enfants étaient exposés à de nombreuses formes de thérapies : psychanalyse, thérapie comportementales, thérapie par le jeu, guidance parentale, thérapie familiale, bref, une grande diversité des approches thérapeutiques.

Un grand nombre d'enfants ayant eu accès à un de ces suivis n'a eu aucun traitement médicamenteux ou chirurgical.

Un grand changement a eu lieu à partir du milieu des années 2000 quand un nouveau type de traitement a commencé à être introduit dans la littérature. Il s'agit de la transition sociale, avant la puberté. La famille présente son enfant à d'autres personnes comme étant trans.

Il s'agit d'une approche thérapeutique complètement différente. La transition sociale n'est pas un acte anodin. Elle peut conduire à un résultat complètement différent, par rapport à ceux qui n'ont pas effectué de transition sociale.

L'année dernière, Olson a suivi un échantillon assez large d'enfants prépubères ayant effectué une transition sociale. Elle a publié un suivi à court terme à l'âge de 13 ans, soit 5 ans après le début de l'étude.

95 % des enfants qui avaient subi une transition sociale ont poursuivi le processus de transition.

La transition sociale, en référence aux constatations et écrits de David Bell, est une intervention thérapeutique, qui n'est pas anodine.

Il est pertinent de reconnaître qu'il s'agit d'une approche thérapeutique (et non d'une solution d'attente, c'est nous qui soulignons).

En ce qui concerne les adolescents : K. Zucker pointe que des changements majeurs sont intervenus ces dernières années. Le nombre d'adolescents souffrant de dysphorie de genre qui ont été adressés aux cliniques a considérablement augmenté.

Dans les années 1970 et 1980, lui et son équipe voyaient beaucoup d'enfants et très peu d'adolescents. Aujourd'hui, le nombre d'adolescents souffrant de dysphorie de genre est beaucoup plus élevé qu'auparavant.

Deuxième changement : le sex-ratio s'est inversé au milieu des années 2000, son équipe de recherche et lui ont publié en 2015 à ce sujet.

Troisième changement : la présentation clinique des adolescents est beaucoup plus hétérogène que par le passé.

En effet, dans les années 70 et 80, la plupart des adolescents rencontrés présentaient une dysphorie de genre depuis l'enfance.

Aujourd'hui, beaucoup d'adolescents présentant de la dysphorie n'en ont aucun antécédent. En 2018, Littman a publié un article sur la dysphorie de genre à apparition rapide (ROGD): Cela pose la question de savoir si nous pouvons ou non formuler des considérations

sur le traitement, compte tenu de la diversité de la présentation clinique.

À cet égard, la décision de recommander la suppression de la puberté parce que la dysphorie de genre a commencé dans la petite enfance ne tient plus.

Ce sont les Néerlandais qui ont élaboré les lignes directrices concernant les bloqueurs de puberté avec l'idée que la suppression des signes de la puberté était une aide. L'un des critères principaux d'éligibilité à la suppression de la puberté repose sur l'existence d'antécédents de dysphorie de genre de longue durée depuis l'enfance.

Aujourd'hui, nous voyons beaucoup d'adolescents de 13 ans qui n'ont déclaré une dysphorie de genre qu'au cours des six derniers mois. Un tel jeune ne remplit pas les critères de suppression de la puberté.

A présent, de nombreux cliniciens et de nombreuses cliniques ne respectent pas l'éligibilité des critères. Peu importe pour eux qu'il s'agisse d'un début précoce ou d'un début récent.

L'autre problème, très important, est de réaliser que la plupart des adolescents atteints de dysphorie de genre ont aussi des problèmes de santé mentale.

Au cours des 15 dernières années, la co-occurrence de problèmes de santé mentale - tels que l'autisme, la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité, les troubles de la sexualité ou encore de la toxicomanie ... - a très nettement augmenté.

Tout modèle clinique devrait prendre en charge ces problèmes co-occurents, au lieu de faire des traitements biomédicaux qui sont pour la plupart irréversibles.

Dans ce contexte, nous commençons à voir de plus en plus d'adolescents qui reviennent sur leur décision de transitionner lorsqu'ils sont plus âgés. Certains d'entre eux qui ont eu recours à des traitements sociaux, hormonaux et chirurgicaux le regrettent.

K. Zucker ne pense pas qu'un praticien responsable veuille aujourd'hui recommander un traitement biomédical irréversible que le patient risquerait de regretter un jour.

Concernant cette clinique avec les adolescents actuels, Kenneth Zucker insiste pour que plusieurs évolutions majeures soient prises en compte : l'augmentation du nombre de jeunes se présentant comme « trans », le changement de sex-ratio, la très grande hétérogénéité et les variations dans la présentation.

Voici le site de Kenneth Zucker (bio et bibliographie) : <https://www.kenzuckerphd.com/>
Il est possible d'y consulter ses publications.

2) Dr Lori Regenstreif, psychiatre

Le 22 juin 2023, le Groupe de travail a auditionné Lori Regenstreif, médecin canadien, ayant reçu des personnes trans. Joanne Sinaiï.

Lori Regenstreif, psychiatre et enseignante, a fait part de son expérience de praticienne en tant que médecin de famille au Canada, en Ontario.

Le docteur Regenstreif explique avoir d'abord eu des expériences avec des patients trans qui étaient majoritairement des hommes, sans domicile fixe. Désormais, les patients sont essentiellement des jeunes filles qui témoignent d'un certain manque d'esprit critique. En 2018, elle a participé à une formation sollicitée par des médecins qui souhaitaient être formés au soin des personnes transgenres. Ces médecins étaient en effet confrontés à une forte augmentation de demandes d'enfants et d'adolescents relatives à des traitements de transition. Le docteur précise qu'un enfant est mort après une chirurgie de transition.

Elle dit avoir rencontré des **détransitionneurs qui ont exprimé des regrets, disant « peut-être que je suis juste gay »**. Elle a également reçu des demandes d'aide de jeunes ayant subi des opérations chirurgicales (comme le retrait de leurs parties génitales) et qui étaient maintenant suicidaires. Les personnes opérées rencontrent souvent des problèmes de cicatrisation compliquée. En Alberta, deux personnes trans ont demandé à être euthanasiées. L'un de ces individus aurait dit « *ils ont stérilisé l'Indien en moi* ». Elle conclut par l'idée que nous faisons face à un véritable **phénomène de conversion des adultes de demain**.

3) Dr Joanne Sinaiï, psychiatre

Le 22 juin 2023, le Groupe de travail a auditionné Joanne Sinaiï, médecin canadien, ayant reçu des personnes trans.

Joanne Sinaiï a témoigné de son expérience en tant que psychiatre à Vancouver et de Professeur au département de psychiatrie à la University of British Columbia (UBC).

Selon elle, le sujet de l'augmentation des demandes de changement de genre était déjà abordé entre médecins il y a 5 ans, et la **peur d'être considéré comme transphobe a toujours été présente**. Le docteur Sinaiï reçoit une nouvelle personne par semaine en situation de transidentité. Elle explique que les jeunes patients canadiens concernés par la transidentité sont souvent déscolarisés, et ont un niveau faible d'éducation. Ils sont souvent intolérants à la frustration, ont des difficultés à d'avoir des relations amicales, sentimentales, et

un travail. Ce qui est assez significatif, c'est qu'ils ne veulent plus apprendre à conduire.

Il y a un an, une présentation a eu lieu à l'hôpital sur le changement d'échelle à l'œuvre. Il en est ressorti que les préoccupations des professionnels étaient partagées, mais qu'elles demeuraient largement tues, par peur de perdre son travail (cela se vérifiant particulièrement pour les professeurs à l'université).

Joanne Sinaï rappelle que les traitements de transition sont pris en charge par la sécurité sociale au Canada. Elle se dit très inquiète au sujet du consentement (éclairé ou non) des jeunes, et des conséquences inconnues des traitements. Selon elle, la complaisance doit cesser et il faut revenir au principe fondateur « *primum non nocere* », *incombant aux médecins, et selon lequel leur premier devoir est de ne pas nuire, ni blesser. Elle déplore que le Canada n'ait toujours pas engagé de véritable changement vis-à-vis de ce sujet, notamment en raison du positionnement politique de ses dirigeants.*

4) Samuel Veissière, docteur en anthropologie, clinicien-chercheur, Centre de santé universitaire de Montréal

Le 26 septembre 2023, le groupe de travail a entendu Samuel Veissière.

Il est docteur en anthropologie et clinicien-chercheur dans un centre de santé universitaire de Montréal au Canada, membre d'une équipe de recherche et intervention clinique sur la radicalisation menant à la violence.

De 2014 à 2023, il était professeur assistant d'anthropologie transculturelle à l'Université McGill. En juillet de cette année, son statut de professeur à McGill n'a pas été renouvelé en raison de la pression exercée par des activistes LGBTQ. Cette pression était liée à ses écrits et activités de recherche sur les facteurs psychosociaux et l'influence des réseaux sociaux dans l'augmentation significative des cas de dysphorie de genre chez les jeunes filles au cours de la dernière décennie.

Samuel Veissière nous a communiqué le texte de son audition :

Je suis très honoré d'être parmi vous aujourd'hui pour intervenir sur ce sujet de la plus grande importance pour le bien-être de nos jeunes et de notre société. Je vais parler de l'impact de l'idéologie de genre sur la détresse psychologique chez les jeunes, ainsi que sur les nouvelles dynamiques de polarisation et radicalisation qui touchent un public bien plus vaste que les jeunes en processus de transition de genre.

Mes recherches au sens large portent sur les dimensions socio-culturelles de la santé mentale ; j'ai eu le privilège de travailler dans un département de très haute renommée in-

ternationale en psychiatrie culturelle, et de contribuer à des modèles théoriques très cités dans le domaine^{(1) (2)}. J'ai été principal investigator de plusieurs études portant sur l'impact des écrans et des réseaux sociaux sur la santé mentale des jeunes et sur les relations sociales^{(3) (4) (5)}. Les résultats de nos recherches étaient très alarmants, et m'ont dirigé vers l'étude, puis l'intervention clinique autour des phénomènes de polarisations sociales et de radicalisation menant à la violence^{(7), (8), (8), (10), (11)}.

Permettez-moi de revenir en arrière sur ce que nous avons appris des études sur la santé mentale des jeunes, avant d'établir le lien avec les troubles d'identité de genre et la radicalisation.

La génération Z (jeunes nés après 1994 et socialisés sur Internet) est marquée par une très forte augmentation de la détresse psychologique et troubles de santé mentale – notamment de la dépression, de l'anxiété, des troubles de personnalités, et des troubles de l'autorégulation. Les jeunes en moyenne passent beaucoup moins de temps en face-à-face que les générations précédentes, beaucoup moins de temps sans supervision parentale, ont moins de relations amicales et amoureuses durables, et ont moins de rapports sexuels – nous reviendrons sur cette question de l'abandon de la sexualité pour « l'identité ». Plusieurs chercheurs ont noté une érosion de la résilience chez les jeunes et l'essor d'une hypersensibilité qui se manifeste dans plusieurs domaines. Au niveau social, les jeunes sont beaucoup plus polarisés et idéologiquement intransigeants. Ils sont habités d'un profond sentiment de dystopie et de perte de confiance dans leurs aînés, les institutions, et tous ceux qui ne pensent pas comme eux. Cette question de l'intransigeance idéologique et de l'augmentation des conflits identitaires a poussé certains chercheurs à s'interroger sur des déficits de mentalisation chez les jeunes – d'une difficulté à se mettre à la place de l'autre. Les causes de ces profondes transformations semblent être multiples. Bien que la causalité soit remise en question par certains chercheurs, une forte association avec l'essor des réseaux sociaux et des smartphones est établie. Des changements culturels dans les normes de parentalité et d'éducation – notamment les approches « centrées sur l'enfant » et le phénomène du parent hélicoptère – ont aussi été étudiés en lien avec la montée de la fragilité chez les jeunes¹⁰.

Alors que les jeunes semblent être moins résilients et prendre moins de risque en général⁽¹⁴⁾, la polarisation se traduit par une attraction grandissante envers la violence pour certains groupes. Plusieurs grandes enquêtes épidémiologiques auprès d'étudiants universitaires au Canada se sont penchées sur la mesure dans laquelle les jeunes soutiennent le recours à la violence pour une cause ou pour défendre leur groupe^{(15), (16), (17), (17)}. Les études ont révélé que depuis 2017 la sympathie pour la radicalisation violente avait considérablement augmenté, y compris les individus de plus en plus jeunes. Les jeunes déprimés étaient plus à risque de support pour la radicalisation. Ces mêmes études ont trouvé que les personnes transgenres et de "genre non-conforme" expriment une plus grande sympathie pour la radicalisation

violente que les autres groupes, et qu'elles rapportent également des niveaux plus élevés de détresse psychologique et de victimisation en ligne. En d'autres termes, les personnes transgenres dans ces études étaient statistiquement les plus à risque de support pour la radicalisation violente.

Prenons le temps de resituer ces problématiques de radicalisation dans un champ social plus large. Les études mentionnées plus haut ne touchent que les populations étudiantes universitaires, et ne peuvent pas être généralisées à l'échelle de la population. Si on peut dire que les trans sont les plus radicalisés dans les milieux universitaires, et dans les milieux adjacents de la culture et des médias, les profils de radicalisations dans la population générale suivent d'autres trajectoires, mais restent intimement liées à des problématiques de genre.

Le groupe le plus à risque de violence motivée par une idéologie que nous observons dans notre clinique polarisation --- qui intervient régulièrement dans les écoles secondaires (et depuis peu, dans les écoles primaires !) continue d'être les hommes. Les idéologies pour lesquelles nos patients nous sont les plus fréquemment référés demeurent l'islamisme, le néonazisme, le nationalisme blanc, le masculinisme, et les complotismes antisystème en tout genre. Un point central et commun à toutes ces idéologies, toutefois (en plus de l'antisémitisme), est un profond sentiment d'aliénation, de désarroi, et très souvent de haine envers l'idéologie du genre, qui est elle-même de plus en plus adoptée dans les politiques publiques. La perception de désintégration des liens sociaux et des repères collectifs, particulièrement autour des rôles de genre – comment être un homme ou une femme en 2023 – comment être valorisé comme un homme ou une femme ? – pousse un nombre grandissant d'individus vers une quête identitaire de rôles de genre « traditionnels ». L'adoption de pédagogies et idéologies dites « transaffirmative » dans les écoles a entraîné des clivages et conflits très virulents.

On remarque au Canada une forte augmentation de l'islamisme radical et de l'extrême droite chez des jeunes qui se mobilisent explicitement contre l'idéologie du genre, l'usage de nouveaux pronoms, vestiaires, et uniformes choisis, etc. En juin dernier pendant le mois de la fierté LGBT, un groupe d'élèves de secondaire auxquels l'école avait demandé de venir habillé en rose proteste en arrivant vêtu de noir...Ils arrachent ensuite, puis piétinent le drapeau LGBT¹⁰⁸. Ceux-ci, dans une école rurale, sont issus de milieux québécois de souche. Dans les grandes villes, se sont aussi les jeunes issus de l'immigration, ainsi que leurs parents, qui se mobilisent contre l'idéologie du genre à l'école. Certains groupes de parents demandent le droit d'exemption à l'éducation sexuelle. Les revendications principales de ces nouveaux réfractaires ne portent pas sur l'enseignement de la sexualité ni de la contracep-

108 <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1980818/lgbtq-homophobie-eleves-frontaliere-transphobie>

tion, ni même de l'orientation sexuelle : elles visent les postulats qu'être un garçon ou une fille n'est qu'une question de ressenti, et que l'école et la société se doivent d'accommoder le ressenti des jeunes en questionnement de genre.

Alors que nos institutions capitulent à grande vitesse à l'idéologie du genre, la perte de confiance dans les médias et le gouvernement qui s'ensuit entraîne un processus rapide de radicalisation de plus en plus fragmenté. Notre équipe de recherche clinique a constaté que le refus de la théorie du genre au sein de la population sert souvent de porte d'entrée vers une perte de confiance plus généralisée dans les institutions⁽¹¹⁾. Un effet de cascade se produit ensuite, au sein duquel les individus abandonnent toute confiance dans la plupart des autres dimensions de la culture institutionnelle (comme les vaccins, la science, la médecine, les politiques d'immigration, l'éducation, les médias et la démocratie participative). Ceci entraîne un isolement épistémique et une perte considérable d'accès à l'information ainsi qu'à un large éventail d'opportunités relationnelles et professionnelles. Nos observations ethnographiques et cliniques suggèrent que lorsque certains individus se trouvent démunis sur le plan épistémique et relationnel, ils sont enclins à adopter des systèmes de croyances axés sur des griefs de plus en plus paranoïdes envers des ennemis perçus comme de plus en plus maléfiques et omnipotents⁽¹¹⁾.

Rappelons que la pandémie et la numérisation de la vie de tous les jours ont considérablement exacerbé ces processus de fragmentation sociale et de perte de confiance dans les institutions publiques et les systèmes de croyances et pratiques collectives.

Me recherches anthropologiques, psychologiques et ethnographiques depuis 10 ans – je parle aussi depuis mon expérience de parent, d'enseignant, et de clinicien -- m'ont convaincu que c'est toute la jeunesse qui souffre de manque de confiance dans les formes d'autorité et responsabilité (institutionnelle, pédagogique, parentale, clinique) et de très forte détresse liée à l'identité de genre. L'idéologie du genre a opéré un coup de grâce à l'effondrement des repères collectifs entraîné par les réseaux sociaux et près d'un siècle de culture individualiste. Rappelons que l'individualisme confère un choix écrasant dans la construction de soi et l'élaboration de buts de vie ; un contexte où la seule source de vérité et les seuls modèles sont les besoins narcissiques du Self et ce que le collectif lui doit ; une culture de plus en plus transhumaniste, où l'augmentation cosmétique du Self est devenu la norme -- rappelons que la WPATH recommande une accommodation des embodiment goals (buts d'incorporation) des jeunes.

J'ai parlé de nouvelles formes de radicalisations masculinistes que nous observons chez les jeunes au Canada, qui se positionnent de manière réactionnaire en relation à la pathologisation du genre, et du sexe masculin en particulier (on pense au manque de valorisation des pères dans notre culture, par exemple, ou de l'idée que c'est la masculinité toute entière

qui serait « toxique »). Ces jeunes-là s'identifient avec une version plus virile d'eux-mêmes, et demandent aussi à prendre de la testostérone et des hormones de croissance. Ils veulent une mâchoire plus carrée, une barbe plus épaisse, et des poignets plus larges. Il y a là une dysphorie de genre, mais celle-ci est rejetée par les activistes car elle est syntonique avec le genre "assigné" (donc, pour être validé par les activistes, il faut être en dysphorie dystonique). On dégage une quête similaire chez les jeunes gens qui rêvent de rejoindre d'état islamique pour être valorisés comme de « vrais » hommes et femmes.

Notre culture de plus en plus déconnectée du réel n'accorde une accommodation au genre et corps désiré qu'à un faible (mais croissant) nombre de jeunes qui souscrivent aussi à un large éventail d'idéologies dites « woke ». Si on ne rend pas service à ces jeunes en les empêchant de s'adapter au monde et à l'autre, on pathologise et radicalise la majorité des autres jeunes qui demandent des repères plus clairs, tout en amplifiant le conflit inévitable entre les communautés trans et à peu près tout le monde.

Que faire pour remédier à cette crise est une question épineuse. Maintenant que la boîte de pandore est ouverte, interdire les approches affirmatives et les transitions sociales ne fera que jeter de l'huile sur le feu. Au Canada, les gouverneurs de plusieurs provinces ont voté une loi protégeant le droit parental, demandant aux écoles d'informer les parents des changements de genre, noms, et pronoms de leurs enfants. Cette approche bienveillante n'a fait qu'augmenter les clivages et la désirabilité d'un choix de vie perçu comme subversif et menacé.

Si une société saine laisse effectivement la place au questionnement des jeunes, elle se doit aussi d'offrir des limites et un cadre rassurant.

Laissons les jeunes se chercher et se négocier de nouvelles identités entre eux s'ils le souhaitent. Le rôle de l'école n'est pas d'interdire le questionnement de genre, mais il ne doit surtout pas le rendre obligatoire et officiel, ni accommoder toutes ses formes dans les salles de classe. Il en va de même pour l'état civil. La médecine, quant à elle, doit effectivement recevoir et accompagner la détresse des jeunes. Les approches psychothérapeutiques telles que celles décrites par mes collègues David Bell et Kenneth Zucker (présents aujourd'hui), qui demeurent validées par les données probantes, doivent rester de rigueur. Ces thérapies d'« attente bienveillante » (« watchful waiting ») offrent une écoute active et visent les troubles d'adaptation et psychopathologies connexes sans confronter le désir des jeunes, mais sans l'accommoder jusqu'à l'âge adulte. La posture d'un clinicien, comme l'a si bien dit le Dr David Bell aujourd'hui, n'est pas d'être pour ou contre ce qu'un jeune souffrant demande. C'est précisément l'impératif déontologique du soin qui demande que le clinicien reste neutre sur l'explication que le malade apporte à sa souffrance.

Il en va de même pour l'État. Il n'est pas du ressort de l'école ou de la médecine d'État d'administrer des thérapies ou pédagogies expérimentales qui causent de dommages irréversibles sur les plans physiques, psychiques et sociaux à des jeunes devenus cobayes, et qui, si on ne rebrousse pas chemin, causeront aussi des dommages irréversibles à nos sociétés. J'alerte toutefois sur l'effet rebond, très polarisant, des politiques publiques qui visent à interdire les approches transaffirmatives à l'école, tel qu'on l'a vu aux États-Unis et au Canada. Une approche bienveillante et efficace se bornerait à affirmer la neutralité en clarifiant que l'école et la médecine ne se mêleront pas de questions identitaires, et appliqueront les mêmes pédagogies et traitements pour tous, en consultation éclairée avec l'autorité parentale pour les mineurs.

Merci encore pour cette opportunité. Je reste à votre disposition pour ce projet d'importance cruciale.

Nous reportons en annexes toutes les références indiquées

- 1) Veissière, S. P., Constant, A., Ramstead, M. J., Friston, K. J., & Kirmayer, L. J. (2020). Thinking through other minds: A variational approach to cognition and culture. *Behavioral and brain sciences*, 43, e90.
- 2) Kirmayer, L. J., Gomez-Carrillo, A., & Veissière, S. (2017). Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders. *Social Science & Medicine* (1982), 183, 163-168.
- 3) Olson, J. A., Sandra, D. A., Chmoulevitch, D., Raz, A., & Veissière, S. P. (2022). A nudge-based intervention to reduce problematic smartphone use: Randomised controlled trial. *International journal of mental health and addiction*, 1-23.
- 4) Olson, J. A., Sandra, D. A., Veissière, S. P., & Langer, E. J. (2022). A global survey of smartphone addiction across the lifespan.
- 5) Olson, J. A., Sandra, D. A., Colucci, É. S., Al Bikaii, A., Chmoulevitch, D., Nahas, J., ... & Veissière, S. P. (2022). Smartphone addiction is increasing across the world: A meta-analysis of 24 countries. *Computers in Human Behavior*, 129, 107138.
- 6) Veissière, S. P., & Stendel, M. (2018). Hypernatural monitoring: A social rehearsal account of smartphone addiction. *Frontiers in psychology*, 141.
- 7) Drapeau, M., Whitley, R., & Veissière, S. (2021). Victimisation perçue et radicalisation : perspectives psychologiques, évolutives, sociales et cliniques. *Psychologie Québec*, 38(3), 28-30
- 8) Rousseau, C., Johnson-Lafleur, J., Ngov, C., Miconi, D., Mittermaier, S., Bonnel, A., ... & Veissière, S. (2023). Social and individual grievances and attraction to extremist ideologies in individuals with autism: Insights from a clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 105, 102171.
- 9) Rousseau, C., Johnson-Lafleur, J., Ngov, C., La Rochelle, X., Brouillette-Alarie, S., Gignac, M., Veissière, S., & Crocker, A. (2023). Risk assessment challenges in a specialized clinic for indi-

viduals referred for violent extremism. *Journal of Threat Assessment and Management*.

- 10) Montmagny Grenier, C., Guenat, C., Veissière, S. et Rousseau, C. (under review). « Nous ne sommes pas terroristes, nous sommes laids ! ». Laideur perçue, souffrance et marginalisation dans les identités incels. *Criminologie*
- 11) Rousseau, C., Johnson-Lafleur, J., Ngov, C., Savard, C., Veissière, S. (under review) Hybrid ideologies: Clinical implications of the changing landscape in violent extremism, *Psychology of Violence*
- 12) Twenge, J. M. (2017). *iGen: Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy--and completely unprepared for adulthood--and what that means for the rest of us*. Simon and Schuster.
- 13) Twenge, J. M. (2023). *Generations: The Real Differences Between Gen Z, Millennials, Gen X, Boomers, and Silents—and What They Mean for America's Future*. Simon and Schuster.
- 14) Rousseau, C., Miconi, D., Frounfelker, R. L., Hassan, G., & Oulhote, Y. (2020). A repeated cross-sectional study of sympathy for violent radicalization in Canadian college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(4), 406–418.
- 15) Ball, J., Gruzca, R., Livingston, M., Ter Bogt, T., Currie, C., & de Looze, M. (2022). The great decline in adolescent risk behaviours: Unitary trend, separate trends, or cascade?. *Social Science & Medicine*, 115616.
- 16) Li, Z. Y., Frounfelker, R. L., Miconi, D., Levinsson, A., & Rousseau, C. (2023). Violent radicalization, mental health, and gender identity: considerations for future research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(3), 244-247.
- 17) Miconi, D., Geenen, G., Frounfelker, R. L., Levinsson, A., & Rousseau, C. (2022). Meaning in life, future orientation and support for violent radicalization among Canadian college students during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 13, 765908.
- 18) Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885.
- 19) Kaufmann, E. (2022). 'Born This Way? The Rise of LGBT as a Social and Political Identity'. Center for the Study of Partisanship and Ideology Report No. 6 5/30/2022

3. EUROPE

On a coutume de dire que la question du genre est une importation des USA vers l'Europe ce qui n'est pas faux sur le plan de la recherche en sciences humaines. Mais force est de constater que l'approche transaffirmative et le traitement médico-chirurgical de la « dysphorie de genre » chez les mineurs adoptés dans le monde entier ne viennent pas uniquement des Etats-Unis mais aussi des Pays-Bas.

Les Pays-Bas mais aussi les pays nordiques (Finlande, Suède, Danemark, Norvège) et l'Angleterre ont ouvert très tôt des centres dédiés aux mineurs en questionnement d'identité. C'est aussi dans ces pays que les médecins ont lancé des alertes sur les dérives potentielles de ces prises en charge et ont produit de nouvelles études. Elles ont permis des modifications notables sur les conduites à adopter.

Le Groupe de travail a souhaité auditionner les principaux acteurs de ces changements.

a. Royaume-Uni

1) Michaël Biggs, maître de conférences en sociologie à l'Université d'Oxford

Le Groupe de travail a auditionné le **12 juillet 2023, Michaël BIGGS** qui est maître de conférences en sociologie à l'Université d'Oxford, Bachelor of Arts with Honours à l'Université Victoria de Wellington, Maître de conférences au département de sociologie du St Cross College de l'Université d'Oxford

Michaël Biggs a souhaité nous communiquer un texte écrit pour nos auditions et traduit par ses soins de l'anglais. Il nous paraît important d'en rendre compte intégralement.

Contexte

Titulaire d'un doctorat de l'université de Harvard, il mène des recherches sur les mouvements sociaux en compilant des données quantitatives originales et en utilisant des méthodes statistiques. Vers 2017, son intérêt s'est porté sur la croissance rapide du nombre d'enfants s'identifiant comme transgenres, dans l'ensemble du monde occidental. Trois étudiants diplômés lui ont dit de ne pas analyser ce phénomène de manière sociologique. Après avoir lu la littérature scientifique, il était préoccupé du manque de preuves solides sur les interventions endocrinologiques et chirurgicales.

J'ai mené des recherches originales sur l'utilisation de l'agoniste ou de l'analogue de l'hormone de libération de la gonadotrophine (GnRHa) pour bloquer le développement de la puberté. J'ai écrit sur l'invention du protocole néerlandais dans les années 1990 (Biggs 2023) et sur la première expérience britannique de ce protocole dans les années 2010 (Biggs 2019b). J'ai été le premier à demander au service de développement de l'identité de genre (GIDS) du Tavistock and Portman NHS Foundation Trust de publier les résultats de son expérience (Tominey et Walsh 2019) et j'ai été le premier à publier les résultats préliminaires de l'expérience (Biggs 2020a). Surpris par la piètre qualité des données et des analyses dans ce domaine de la médecine, j'ai publié sur les effets de la suppression de la puberté sur le fonctionnement psychologique (Biggs 2019a) sur la suicidalité (Biggs 2020b) et sur la densité osseuse (Biggs 2021) ainsi que sur le taux de suicide des adolescents transgenres (Biggs 2022). Ces travaux ont été publiés dans des revues de psychologie et de médecine de premier plan : *Archives of Sexual Behavior*, *Journal of Sex and Marital Therapy*, *Journal of Sexual Medicine* et *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*.

La suppression de la puberté comme traitement de la dysphorie de genre

Dans la nomenclature de la médecine transgenre, les «bloqueurs de puberté» désignent les médicaments GnRHa qui arrêtent la production d'hormones sexuelles. Le médicament de cette classe le plus utilisé dans l'Union européenne est la triptoréline (marque Decapeptyl ou Gonapeptyl). La GnRHa n'a jamais été autorisée pour traiter la dysphorie de genre où que ce soit dans le monde. La justification de cette demande se fait par analogie avec son utilisation autorisée pour traiter la puberté précoce, c'est-à-dire lorsque la puberté commence avant l'âge de 7 ans (environ) chez les filles ou de 9 ans chez les garçons. Ce traitement consiste à retarder une puberté qui arrive anormalement tôt afin que l'enfant puisse avoir une puberté à l'âge normal, alors que la suppression de la puberté pour la dysphorie de genre consiste à arrêter la puberté normale afin de préparer l'enfant à prendre des hormones du sexe opposé.

Les cliniciens néerlandais ont commencé à utiliser la GnRHa pour supprimer la puberté chez les enfants souffrant de dysphorie de genre, qu'ils ont désignés comme des «transsexuels juvéniles» (Gooren et Delemarre-van de Waal 1996)-dans les années 1990. Le protocole néerlandais comportait trois étapes (Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis 2006). La GnRHa est administrée à partir de l'âge de 12 ans, une fois que l'enfant a atteint le stade 2 de Tanner : pour les filles, par le bourgeonnement des seins, et pour les garçons, par la croissance des testicules. Les hormones transsexuelles seraient administrées à partir de 16 ans et les opérations chirurgicales commenceraient à 18 ans.

La suppression de la puberté en tant que traitement de la dysphorie de genre n'a jamais fait l'objet d'un essai clinique randomisé. Il n'y a pas eu non plus d'expériences préliminaires sur des animaux non humains. Ce n'est que vingt ans après que ce traitement a été utilisé

pour la première fois sur des enfants que des expériences ont été menées sur des moutons et des souris (Hough, Bellingham, Haraldsen, McLaughlin, Rennie, et al. 2017 ; Hough, Bellingham, Haraldsen, McLaughlin, Robinson, et al. 2017 ; Anacker et al. 2021). Les cliniciens néerlandais ont publié les résultats d'une étude longitudinale de la première cohorte de 70 enfants dont la puberté a été supprimée (de Vries et al. 2011 ; 2014) psychological functioning and gender dysphoria were assessed twice: at T0, when attending the gender identity clinic, before the start of GnRHa; and at T1, shortly before the start of cross-sex hormone treatment. Main Outcome Measures. Behavioral and emotional problems (Child Behavior Checklist and the Youth-Self Report. Environ la moitié des mesures psychologiques ont montré une amélioration. L'amélioration signalée pour la dysphorie de genre est erronée car les chercheurs ont changé les questionnaires utilisés pour construire la mesure. Un homme souhaitant devenir une femme a reçu la version masculine au départ, puis la version féminine au moment du suivi, y compris des questions non pertinentes telles que la menstruation (Levine, Abbruzzese et Mason 2022). Notamment, une adolescente est décédée d'une fasciite nécrosante au cours d'une vaginoplastie. Ce décès était une conséquence de la suppression de la puberté : le pénis du patient, empêché de se développer normalement, était trop petit pour la vaginoplastie régulière et la chirurgie a donc été tentée avec une partie de l'intestin, qui s'est infectée (Negenborn et al. 2017) who underwent laparoscopic intestinal vaginoplasty as vaginal reconstruction, and subsequently developed septic shock and multiple organ failure on the basis of an extended-spectrum b-lactamase-producing Escherichia coli. A severe progression of the necrotizing fasciitis was lethal, despite repeated surgical debridement, intravenous antibiotic use, and supportive care at the intensive care unit." "container-title": "Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology", "DOI": "10.1016/j.jpag.2016.09.005", "ISSN": "10833188", "journalAbbreviation": "Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology", "language": "en", "page": "e19-e21", "source": "DOI.org (Crossref. Dans une cohorte d'adolescents en bonne santé, un taux de mortalité supérieur à 1% est alarmant.

Cette cohorte néerlandaise n'a pas été suivie depuis le début de la vingtaine, juste après l'opération. Un seul patient - le tout premier à avoir reçu une suppression de la puberté pour une dysphorie de genre - a fait l'objet d'un suivi à long terme. À l'âge de 35 ans, il était déprimé. En raison de la «honte de son apparence génitale et de son sentiment d'inadéquation en matière de sexualité», il ne pouvait pas entretenir de relation romantique avec une petite amie (Cohen-Kettenis et al. 2011, 845). Les cliniciens ont conclu avec optimisme que «les effets secondaires négatifs sont limités» (Cohen-Kettenis et al. 2011, 843).

Bien que les cliniques du genre de nombreux autres pays aient adopté le protocole néerlandais à partir de la fin des années 2000, elles n'ont pas recueilli de données sur les résultats ou ont décidé de ne pas les publier. Le GIDS a commencé à supprimer la puberté à titre expérimental en 2011, avec 44 enfants âgés de 12 à 15 ans (Viner et al. 2010). Avant que le dernier sujet n'ait été recruté, le directeur du GIDS a déclaré que l'expérience était un succès

et l'a utilisée pour justifier une nouvelle politique d'abaissement de l'âge de la suppression de la puberté : « Maintenant que nous avons fait l'étude et que les résultats sont positifs, nous avons décidé de la poursuivre » (Manning et Adams 2014). L'absence de publication des résultats a donné lieu à une campagne prolongée de ma part auprès des médias d'information (par exemple, Tominey et Walsh 2019), des plaintes auprès du comité d'éthique du NHS (Health Research Authority 2019) et des questions au Parlement (Blackwood of North Oxford 2019). Le GIDS a retardé la publication jusqu'au lendemain du verdict rendu dans le cadre de la révision judiciaire lancée par Keira Bell (Carmichael et al. 2020 ; 2021). Les chercheurs reconnaissent que la suppression de la puberté, après deux ans, n'a produit aucun effet positif. Ces résultats sont nettement inférieurs aux résultats obtenus aux Pays-Bas après la suppression de la puberté (Biggs 2020a). Les sujets de cette expérience n'ont pas été suivis après les hormones intersexes ; le GIDS admet qu'il perd la trace de ses patients après l'âge de 18 ans (Butler et al. 2018). L'un des sujets de l'expérience est apparu sur Twitter (sous le nom de @mediocredruid) : elle est profondément bouleversée par son traitement - le GnRHa à 15 ans a conduit à la testostérone, à la double mastectomie, à l'hystérectomie, à la vaginectomie et à la métoïdioplastie (chirurgie de réassignation sexuelle alternative à la phalloplastie) - et est maintenant coincée, car les changements physiques ont été si extrêmes qu'il est peu probable qu'elle puisse se faire passer pour une femme.

Aux États-Unis, la suppression de la puberté a été largement adoptée à partir de 2008 (Biggs 2020b). Des dizaines de cliniques spécialisées dans l'étude du sexe des enfants ont été créées pour exploiter ce nouveau marché lucratif. Les National Institutes of Health ont accordé 5,7 millions de dollars pour une étude longitudinale prospective des effets de la GnRHa et des hormones transsexuelles sur les enfants (Hôpital pour enfants de Los Angeles 2015). Les sujets ont été recrutés entre 2016 et 2018 (Olson-Kennedy et al. 2019). Les résultats après deux ans sous GnRHa ont donc été recueillis en 2020, mais les chercheurs n'ont publié que sur les caractéristiques de la cohorte avant traitement (Chen et al. 2021 ; Lee et al. 2020) et sur les mérites respectifs de deux marques de GnRHa (Olson-Kennedy et al. 2021). Comme en Grande-Bretagne, les praticiens de la médecine du genre sont curieusement réticents à publier les résultats de la suppression de la puberté sur le plan du fonctionnement psychologique et de la dysphorie de genre, même si ces résultats constituaient la principale justification du traitement.

L'association de la dysphorie de genre avec l'attirance pour le même sexe et les troubles du spectre autistique

La suppression de la puberté repose sur l'hypothèse qu'un enfant souffrant de dysphorie de genre à l'âge de 12 ans - ou même plus jeune, si le stade 2 de Tanner est atteint plus tôt - est un «transsexuel juvénile» dont le destin est fixé. Les cliniciens qui ont inventé le protocole néerlandais savaient que cette hypothèse était fautive, car ils ont d'abord reconnu que

«la plupart des enfants de moins de 12 ans souffrant d'un trouble de l'identité de genre (le précurseur de la dysphorie de genre) ne deviendront pas des transsexuels en grandissant» (Cohen-Kettenis et van Goozen 1997, 246). «Des études prospectives sur les garçons souffrant de TIS montrent que ce phénomène est plus étroitement lié à l'homosexualité ultérieure qu'au transsexualisme ultérieur» (Cohen-Kettenis et Gooren 1999, 319) among other things, a pursuit of sex reassignment surgery (SRS. L'une des quatre études citées est une étude célèbre portant sur des «garçons choqués» qui avaient été sélectionnés parce qu'on pensait qu'ils étaient «prétranssexuels» ; après quinze ans, cependant, les deux tiers des 44 garçons étaient devenus bisexuels ou homosexuels et un seul envisageait la transsexualité (Green 1987). Une étude longitudinale représentative portant sur 14 000 enfants nés en 1991-92 montre que ceux qui, lorsqu'ils étaient bébés, gravitaient autour de jouets et d'activités typiques du sexe opposé étaient beaucoup plus susceptibles, à l'âge de 15 ans, de devenir gays ou lesbiennes (Li, Kung et Hines 2017). Toutes ces données sont antérieures à la promotion du transgendérisme dans les soins de santé, les écoles et les médias sociaux. Le manifeste du protocole néerlandais ne mentionne pas l'homosexualité et ne cite aucune des études sur les garçons féminins (Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis 2006). Sur les 70 premiers adolescents référés à la clinique d'Amsterdam entre 2000 et 2008 et ayant reçu de la GnRH α , 62 étaient homosexuels tandis qu'un seul était hétérosexuel (de Vries et al., 2011) psychological functioning and gender dysphoria were assessed twice: at T0, when attending the gender identity clinic, before the start of GnRH α ; and at T1, shortly before the start of cross-sex hormone treatment. Main Outcome Measures. Behavioral and emotional problems (Child Behavior Checklist and the Youth-Self Report. On peut soupçonner qu'au moins certains de ces enfants auraient pu devenir des gays et des lesbiennes typiques, sans avoir besoin d'un traitement médical à vie et sans perte de fertilité et de fonction sexuelle.

Le chevauchement entre la dysphorie de genre et les troubles du spectre autistique (TSA) est bien documenté (Socialstyrelsen 2020 ; Warrier et al. 2020). «On a constaté que la dysphorie de genre et les TSA [troubles du spectre autistique, un autre terme pour les ASC] coexistaient fréquemment - parfois caractérisés par une présentation atypique de la dysphorie de genre, ce qui rend difficile un diagnostic correct et la détermination des options de traitement pour la dysphorie de genre» (van der Miesen, Hurley, et de Vries 2016, 70) Web of Science, PsycINFO and Scopus; utilizing different combinations of the following search terms: autism, autism spectrum disorder (ASD. Les enfants sur le spectre autistique sont plus susceptibles de rencontrer des difficultés à s'intégrer à leurs pairs du même sexe, ce qui rend l'identité transgenre manifestement attrayante à la fois comme explication et comme solution. Sur un échantillon de plus de 700 cas référés au GIDS en 2012 et 2015, 14 à 15 % ont été diagnostiqués comme souffrant d'un SSC (Morandini et al. 2021). Ce taux est plus de dix fois supérieur à celui des étudiants en Angleterre, qui est de 0,8 % à 1,1 % (Department of Education 2012 ; 2015). La proportion parmi les sujets soumis à la GnRH α pourrait être encore plus élevée. Sur les 30 premiers sujets enrôlés dans l'expérience GIDS sur la suppression de la puberté, près

de la moitié présentaient des traits autistiques : moyens à modérés chez 9 enfants, et sévères chez 5 d'entre eux. (Service de développement de l'identité de genre 2015).

Le risque de suicide chez les enfants souffrant de dysphorie de genre

Les enquêtes montrent que les adolescents qui s'identifient comme transgenres sont vulnérables aux pensées suicidaires et aux comportements d'automutilation (Dickey et Budge 2020 ; Hatchel, Polanin et Espelage 2021 ; Mann et al. 2019) further, to examine relevant prevalence rates of SITBs reported both in academic and grey literature. In total, seven studies were included in the review and indicated an increased prevalence of SITBs among gender-diverse CYP compared to the general population. However, methodological limitations and significant heterogeneity in the rates of SITBs reported require that the available literature be interpreted with some caution. Important factors to consider when interpreting SITB rates, as well as recommendations for future research, are discussed.»»container-title»»Clinical Child Psychology and Psychiatry»»DOI»»10.1177/1359104518812724»»ISSN»»1359-1045, 1461-7021»»journalAbbreviation»»Clin Child Psychol Psychiatry»»language»»en»»page»»304-321»»source»»DOI.org (Crossref. Aux États-Unis, 15 % des élèves transgenres ont signalé une tentative de suicide nécessitant un traitement médical au cours des 12 derniers mois, contre 3 % de l'ensemble des élèves (Centers for Disease Control and Prevention 2018 ; Jackman et al. 2021; Johns et al. 2019). Dans une autre enquête américaine, 41 % des étudiants transgenres ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, contre 14 % pour l'ensemble des étudiants (Toomey, Syvertsen et Shramko 2018).

Les personnes interrogées qui déclarent avoir tenté de se suicider n'indiquent pas nécessairement qu'elles ont l'intention de mourir. Une enquête menée auprès de la population américaine a révélé que près de la moitié des personnes interrogées qui ont déclaré avoir tenté de se suicider ont ensuite affirmé que leur geste était un appel à l'aide et qu'il n'avait pas pour but d'être fatal (Nock et Kessler 2006). Dans deux petits échantillons de jeunes non hétérosexuels, la moitié des personnes interrogées qui avaient initialement déclaré avoir tenté de se suicider ont par la suite précisé qu'elles n'étaient pas allées plus loin que l'imaginer ou le planifier ; pour les autres qui ont effectivement tenté de se suicider, leurs actes n'ont généralement pas mis leur vie en danger. Dans une certaine mesure, donc, "les rapports étaient des tentatives de communiquer les difficultés de la vie ou de s'identifier à une communauté gay" (Savin-Williams 2001). Des méthodes d'enquête aussi élaborées n'ont pas été utilisées pour étudier les populations transgenres, mais il existe des preuves anecdotiques d'une disjonction entre l'automutilation et les idées suicidaires, d'une part, et les suicides mortels, d'autre part. L'endocrinologue pédiatrique qui a créé la première clinique pour enfants transgenres aux États-Unis a déclaré que "la majorité des actes d'automutilation que je vois dans ma clinique ne sont pas de véritables tentatives de suicide et ne mettent généralement pas la vie en danger" (Spack 2009, 312).

Deux études publiées ont fait état de suicides mortels chez des adolescents transgenres.

La clinique pédiatrique belge spécialisée dans les questions de genre a fourni des conseils à 172 jeunes âgés de 12 à 18 ans, qui lui avaient été adressés entre 2007 et 2016 : 5 d'entre eux (2,9 %) se sont suicidés (Van Cauwenberg, Dhondt et Motmans 2021). L'âge moyen de référence était de 15 ans, ce qui implique une durée moyenne de 3 ans avant la transition vers une clinique pour adultes, ce qui se traduit par un taux de suicide annuel de 969 pour 100 000. Ce taux est extraordinairement élevé.

Au GIDS de la Tavistock, qui accueille des jeunes de moins de 18 ans d'Angleterre, du Pays de Galles et d'Irlande du Nord, 4 patients étaient connus ou suspectés d'être décédés par suicide entre 2010 et 2020. La clinique a reçu environ 15 000 patients au cours de cette période. Pour calculer le taux de suicide annuel, le nombre total d'années passées par les patients pris en charge est estimé à environ 30 000. Cela donne un taux de suicide annuel de 13 pour 100 000 (intervalle de confiance à 95 % : 4-34). Par rapport à la population du Royaume-Uni de même âge et de même composition sexuelle, le taux de suicide des patients du GIDS est 5,5 fois plus élevé (Biggs 2022). L'explication de l'énorme disparité des taux de suicide dans ces deux cliniques n'est pas claire ; le taux belge est 70 fois plus élevé. Le taux de suicide au GIDS est beaucoup plus proche des taux pour les adultes. Parmi les 4 600 adultes ayant reçu des hormones transsexuelles à la clinique d'Amsterdam entre 1972 et 2018, le taux de suicide (standardisé pour l'âge et le sexe) était trois fois plus élevé que celui de la population néerlandaise (de Blok et al. 2021). Chez 3 000 adultes ayant reçu un diagnostic de dysphorie de genre en Angleterre, le taux de suicide (non standardisé) était 3 à 6 fois supérieur à celui de la population (Jackson et al. 2023).

Le taux de suicide élevé des enfants qui s'identifient comme transgenres pourrait s'expliquer par une combinaison de la dysphorie de genre, des troubles psychologiques qui l'accompagnent et des désavantages sociaux qui en découlent, tels que les brimades. L'association entre la SCA et la dysphorie de genre a été soulignée plus haut. On sait que l'autisme augmente le risque de mortalité par suicide, en particulier chez les femmes (Socialstyrelsen 2020 ; Kirby et al. 2019 ; Hirvikoski et al. 2016). Dans une certaine mesure, le taux de suicide élevé chez les jeunes transgenres par rapport à leurs pairs reflète donc l'incidence plus élevée de la SCA. Il en va de même pour les autres troubles psychiatriques associés à la dysphorie de genre (Dhejne et al. 2016).

L'affirmation selon laquelle la suppression de la puberté réduit la suicidalité chez les enfants souffrant de dysphorie de genre n'est pas invraisemblable. Étant donné que le risque de suicide augmente considérablement entre la prépuberté et la fin de l'adolescence, l'arrêt du développement cognitif et émotionnel normal par la GnRHa pourrait réduire le risque de suicide en empêchant l'enfant de mûrir. Cependant, il n'existe pas encore de preuves que les interventions endocrinologiques réduisent le risque de suicide. Au GIDS de 2010 à 2020, il n'y a pas de différence détectable entre le taux de suicide des patients sur la liste d'attente et celui des patients en cours de traitement. (Biggs 2022). Dans la clinique belge qui a connu un taux de suicide exceptionnellement élevé, la correspondance ultérieure révèle que "le suicide était lié à beaucoup plus de problèmes (psychologiques) que leur GD [dysphorie de genre], et s'est

produit principalement quelques années après le début du traitement hormonal” (courriel de Gaia Van Cauwenberg à Avi Ring, 27 mai 2022).

Une étude affirme que la suppression de la puberté réduit la suicidalité ultérieure chez les adultes (Turban et al. 2020). Cette conclusion découle d’une enquête non représentative menée auprès d’adultes transgenres aux États-Unis, qui comprenait 89 répondants ayant déclaré prendre des bloqueurs de puberté. Six mesures de la suicidalité et trois autres mesures de la santé mentale et de l’abus de substances ont été examinées, mais une seule a donné lieu à une association statistiquement significative après contrôle d’autres facteurs : les répondants qui ont déclaré prendre des bloqueurs de puberté étaient moins susceptibles d’avoir pensé à se suicider que les répondants qui ont déclaré vouloir des bloqueurs mais ne pas les obtenir. Cette étude présente de nombreuses lacunes graves (Biggs 2020b). Tout d’abord, sans information sur la santé mentale des personnes interrogées pendant l’adolescence, il est impossible de déterminer la causalité. L’association pourrait bien s’expliquer par le fait que les cliniciens refusent de prescrire la GnRHa aux adolescents présentant des problèmes psychologiques importants, comme le recommandait alors l’Endocrine Society (Hembree et al. 2009). Assessment, Development, and Evaluation (GRADE). L’étude n’a pas révélé le fait que l’un de ses auteurs avait été payé par Endo Pharmaceuticals, qui fabrique un médicament à base de GnRHa (acétate d’histréline sous la marque Supprelin). Sur mon insistance, la revue a publié une correction pour admettre ce conflit d’intérêts (Pediatrics 2021).

Des rapports anecdotiques font état d’enfants qui éprouvent des sentiments suicidaires accrus après le traitement par la GnRHa. À la clinique de Leiden, un adolescent “a arrêté le traitement en raison d’une augmentation des problèmes d’humeur, des pensées suicidaires et de la confusion attribuée au traitement par la GnRHa” (Brik et al. 2020, 2614) providing time to follow gender identity development and consider further treatment wishes without distress caused by unwanted pubertal changes. This has been described as an extended diagnostic phase. However, there are also concerns about the physical, neurocognitive, and psychosocial effects of this treatment. In this retrospective study, we document trajectories after the initiation of GnRHa and explore reasons for extended use and discontinuation of GnRHa. Treatment was considered appropriate in 143 (67%). Un adolescent anglais s’est souvenu que la GnRHa l’avait conduit à des sentiments suicidaires (Klotz 2022). Les médicaments utilisés en Grande-Bretagne - Gonapeptyl® Depot et Decapeptyl® SR - comportent des avertissements indiquant que la dépression est un effet secondaire courant, affectant entre 1 % et 10 % des patients (Ferring Pharmaceuticals Ltd 2016) et qu’elle “peut être grave” (Ipsen Ltd 2017).

L’effet de la suppression de la puberté sur la santé mentale

La première cohorte néerlandaise de 70 enfants ayant reçu de la GnRHa a fait état de résultats généralement positifs à l’âge de 16 ans, lorsqu’ils sont passés aux hormones transsexuelles. (de Vries et al. 2011) psychological functioning and gender dysphoria were assessed twice: at T0, when attending the gender identity clinic, before the start of GnRHa; and at T1,

shortly before the start of cross-sex hormone treatment. Main Outcome Measures. Behavioral and emotional problems (Child Behavior Checklist and the Youth-Self Report. (Le nombre réel d'observations varie de 41 à 57, selon la mesure). Le fonctionnement psychologique s'est amélioré, les symptômes dépressifs ont diminué et les problèmes comportementaux et émotionnels ont diminué. La dysphorie de genre s'est toutefois aggravée chez les femmes. En utilisant les mêmes mesures que les Néerlandais, la première cohorte GIDS de 44 enfants n'a signalé aucune amélioration du fonctionnement psychologique ou de la dysphorie de genre après deux ans (Carmichael et al. 2021). Pour presque toutes les mesures, les résultats de la cohorte GIDS étaient pires que ceux de la cohorte néerlandaise (Biggs 2023). Un article antérieur trompeur de l'étude GIDS affirmait que la suppression de la puberté améliorerait le fonctionnement psychologique (Costa et al. 2015). (Costa et al. 2015). Le taux d'attrition de cet article était extraordinairement élevé - près de la moitié des sujets ont disparu en 12 mois, sans explication - et l'effet revendiqué n'était en fait pas statistiquement significatif (Biggs 2019a). Elle continue néanmoins d'être citée comme une preuve crédible des effets bénéfiques de la suppression de la puberté.

Selon une étude récente de la Seattle Children's Gender Clinic, 69 jeunes âgés de 13 à 16 ans ont vu leur taux de dépression, d'automutilation ou de pensées suicidaires considérablement réduit après 12 mois de traitement par GnRHa ou par hormones transsexuelles. (Tordoff et al. 2022). (Les auteurs ne font malheureusement pas la différence entre ces deux interventions.) En fait, les données relatives à ces jeunes n'ont montré aucun changement au fil du temps (Singal 2022). Cette affirmation erronée provient d'une comparaison statistique avec des jeunes de la clinique qui n'ont pas bénéficié de ces interventions endocrinologiques et dont la santé mentale s'est détériorée au fil du temps. Mais ce groupe de comparaison ne comptait que 6 patients après 12 mois. Une explication évidente est que les cliniciens suivaient les recommandations de l'Association professionnelle mondiale de la santé transgenre (World Professional Association of Transgender Health) qui déconseillent d'entreprendre une intervention médicale lorsqu'un adolescent traverse une crise aiguë de santé mentale. (Il s'agit de la même erreur d'inférence causale qui a entaché l'étude de Turban et al. (2020) sur la suicidalité).

Un essai de contrôle randomisé sur l'effet de la suppression de la puberté chez les souris à l'aide de la GnRHa a démontré qu'elle provoquait des niveaux de stress significativement plus élevés chez les mâles et qu'elle augmentait l'anxiété et le comportement de désespoir chez les femelles. (Anacker et al. 2021). Un essai randomisé sur des singes a montré que «les effets du retard expérimental de la puberté sur le développement du cerveau étaient vastes et profonds» (Godfrey et al. 2023, 12) as an ethologically valid model of chronic social stressor exposure, on brain structural and behavioral development through the pubertal transition. Adolescence is a developmental period of extensive brain remodeling and increased emotional and stress reactivity. Puberty-induced increases in gonadal hormones, particularly estradiol (E2).

L'effet de la suppression de la puberté sur la densité osseuse

Les pionniers néerlandais ont averti dès le départ que les patients pourraient «finir avec une densité osseuse réduite, ce qui est associé à un risque élevé d'ostéoporose» (Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis 2006, S134). Le fait que la GnRHa empêche la constitution d'une masse osseuse normale est bien documenté par des études néerlandaises et britanniques (Klink et al. 2015 ; Schagen et al. 2020 ; Stoffers, de Vries, et Hannema 2019 ; Vlot et al. 2017 ; Joseph, Ting, et Butler 2019) subsequently combined with gender-affirming hormones. Design: Observational prospective study. Subjects: 51 transgirls and 70 transboys receiving GnRHa and 36 transgirls and 42 transboys receiving GnRHa and gender-affirming hormones, subdivided into early- and late-pubertal groups. Main Outcome Measures: Bone mineral apparent density (BMAD). En outre, les enfants auxquels on a administré la GnRHa ont déjà une densité osseuse anormalement faible, peut-être en raison de la forte prévalence des troubles de l'alimentation. L'effet combiné peut être apprécié en examinant la proportion d'adolescents qui se retrouvent après le traitement avec une densité osseuse très faible, deux écarts-types en dessous de la moyenne - ce qui les expose à un risque d'ostéoporose. Ma nouvelle analyse de 31 patients du GIDS montre qu'après deux ans de traitement à la GnRHa, jusqu'à un tiers d'entre eux avaient atteint ce niveau très bas, selon la mesure (hanche ou colonne vertébrale) ; seuls 2,3 % de la population présenteraient une densité osseuse aussi faible. En outre, quatre patients (13 %) avaient une densité osseuse au niveau de la colonne vertébrale supérieure à trois écarts types par rapport à la moyenne ; seulement 0,13 % de la population aurait une densité osseuse aussi faible (Biggs 2021).

On ne sait pas si cette densité osseuse anormalement basse a augmenté le risque de fractures, car les cliniques ne recueillent apparemment pas de données sur les fractures. A titre anecdotique, une patiente britannique qui a commencé à prendre de la GnRHa à l'âge de 12 ans a présenté quatre fractures à l'âge de 16 ans (Bannerman 2019). Un documentaire suédois a mis en lumière le cas d'une femme à qui l'on a administré la GnRHa de 11 à 15 ans et qui souffre aujourd'hui d'ostéoporose sévère, y compris de douleurs squelettiques continues (SVT 2021).

L'effet de la suppression de la puberté sur la fonction sexuelle

Lorsque la GnRHa est utilisée pour traiter le cancer de la prostate, l'un des effets secondaires est que «le désir sexuel, l'intérêt sexuel et les rapports sexuels ont été totalement annulés» (Marumo, Baba et Murai 1999, 19). C'est pourquoi la GnRHa est autorisée pour castrer chimiquement les hommes qui sont des délinquants sexuels (Ho et al. 2012 ; Turner et Briken 2018)»DOI»:»10.1097/JCP.0b013e318266c6f5»,»ISSN»:»0271-0749»,»journalAbbreviation»:»Journal of Clinical Psychopharmacology»,»language»:»en»,»page»:»739-740»,»source»:»DOI.org (Crossref. Les cliniciens qui utilisent la GnRHa hors étiquette pour traiter la dysphorie de genre ont ignoré ses effets sur la sexualité. Les études néerlandaises, par exemple, ne com-

portaient aucune mesure de la libido ou de la capacité à atteindre l'orgasme (de Vries et al. 2011 ; 2014) psychological functioning and gender dysphoria were assessed twice: at T0, when attending the gender identity clinic, before the start of GnRHa; and at T1, shortly before the start of cross-sex hormone treatment. Main Outcome Measures. Behavioral and emotional problems (Child Behavior Checklist and the Youth-Self Report. L'auteur principal a récemment décrit l'orgasme comme «une question très intéressante qui n'a pas été étudiée jusqu'à présent» (Klotz 2022). Un chirurgien californien qui a pratiqué plus de 2 000 vaginoplasties (et qui est également transgenre) a récemment reconnu que «chaque enfant, ou adolescent, qui était vraiment bloqué au stade 2 de Tanner, n'a jamais connu l'orgasme. Je veux dire, c'est vraiment à peu près zéro» (Bowers 2022). Cette remarque concerne les hommes. Les effets de la suppression de la puberté à un stade aussi précoce sur les femmes sont inconnus.

L'effet de la suppression de la puberté sur la transition médicale ultérieure

Les cliniciens néerlandais ont d'abord promu la suppression de la puberté comme un espace pour l'exploration thérapeutique de l'identité de genre, sans la pression des changements physiques qui accompagnent la puberté (Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis 2006). C'était peut-être plausible, mais il était également plausible que l'arrêt du développement sexuel et cognitif normal entrave cette exploration. Comme l'ont admis les cliniciens néerlandais à l'époque, «aucun des [54] patients sélectionnés pour la suppression de la puberté n'a décidé d'arrêter de prendre la GnRHa» (Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis 2006, S136). On aurait pu dire que cela était dû à la sélection minutieuse d'un petit nombre d'adolescents pour ce traitement expérimental.

Bien que le nombre d'enfants soumis à la suppression de la puberté ait considérablement augmenté, ils continuent presque invariablement à prendre des hormones transsexuelles. Sur 333 enfants ayant reçu de la GnRHa dans la clinique d'Amsterdam jusqu'à la fin de 2015, 326 (98%) ont continué à prendre des hormones transsexuelles. (Wiepjes et al. 2018) the number of people referred to gender identity clinics has rapidly increased. This raises several questions, especially concerning the frequency of performing gender-affirming treatments with irreversible effects and regret from such interventions. Aim: To study the current prevalence of gender dysphoria, how frequently gender-affirming treatments are performed, and the number of people experiencing regret of this treatment. \nMethods: The medical files of all people who attended our gender identity clinic from 1972 to 2015 were reviewed retrospectively. Outcomes: The number of (and change in. Sur les 133 enfants ayant reçu la GnRHa à la clinique de Leiden aux Pays-Bas et ayant atteint l'âge d'éligibilité pour les hormones transsexuelles, 128 (96%) ont poursuivi leur traitement. (Brik et al. 2020) providing time to follow gender identity development and consider further treatment wishes without distress caused by unwanted pubertal changes. This has been described as an extended diagnostic phase. However, there are also concerns about the physical, neurocognitive, and psychosocial effects of this treatment. In this retrospective study, we document trajectories after the

initiation of GnRHa and explore reasons for extended use and discontinuation of GnRHa. Treatment was considered appropriate in 143 (67%). Sur les 44 enfants enrôlés dans l'expérience GIDS avec la GnRHa, 43 (98 %) ont continué à prendre des hormones transsexuelles (Carmichael et al. 2021). Sur 54 enfants ayant reçu de la GnRHa par le Royal Children's Hospital Gender Service en Australie, 53 (98 %) ont continué à prendre des hormones du sexe opposé (Tollit et al. 2021). On soupçonne que la suppression de la puberté renforce la dysphorie de genre.

Étant donné qu'il n'y a pratiquement pas de cas d'enfants qui cessent d'utiliser la GnRHa, l'argument de la réversibilité est discutable. L'article qui a proposé pour la première fois la suppression de la puberté l'a jugée «entièrement réversible ; en d'autres termes, aucun effet indésirable durable n'est à attendre» (Gooren et Delemarre-van de Waal 1996, 72). Cette formulation reconnaît l'absence de preuves réelles. La suppression de la puberté pendant un mois seulement aurait un effet négligeable sur le développement de l'enfant, bien sûr, mais le protocole néerlandais prévoit une suppression pendant quatre ans (de l'âge de 12 à 16 ans). Il est tout simplement incroyable de prétendre que la suppression de la puberté pendant plusieurs années n'aurait aucun effet durable si l'enfant arrête la GnRHa et reprend ses hormones sexuelles natales. C'est ce qu'admet le manifeste du protocole néerlandais : «Il n'est pas encore clair de savoir comment la suppression de la puberté influencera le développement du cerveau» (Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis 2006, S137). Des expériences randomisées menées sur des moutons apportent désormais des preuves irréfutables sur ce point : la GnRHa altère la mémoire spatiale, et cette altération persiste après l'arrêt du traitement et la reprise de la puberté (Hough et al. 2017a ; Hough et al. 2017b).

Évaluations récentes de la suppression de la puberté par les systèmes de santé anglais et suédois

Le NHS England a commandé une évaluation systématique de toutes les études sur la suppression de la puberté publiées jusqu'en juillet 2020. À partir d'une analyse détaillée s'étendant sur 131 pages, il a conclu : «Les études incluses dans cette revue des preuves sont toutes de petites études d'observation non contrôlées, qui sont sujettes à des biais et à des confusions, et tous les résultats sont d'une très faible certitude en utilisant le GRADE modifié [Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations, un cadre de travail pour résumer les preuves médicales]. Ils ont tous très mal rendu compte des comorbidités physiques et mentales et des traitements concomitants» (National Institute for Clinical Excellence 2020, 23). La dernière publication officielle de juin 2023, reconnaît qu'«il n'y a pas assez de preuves pour soutenir la sécurité ou l'efficacité clinique des PSH [hormones supprimant la puberté, c'est-à-dire GnRHa] pour rendre le traitement systématiquement disponible à l'heure actuelle.» Par conséquent, «NHS England recommande que l'accès aux HSP pour les enfants et les jeunes gens souffrant d'incongruence de genre/dysphorie ne soit disponible que dans le cadre de la recherche» (NHS England 2023, 3).

Le Conseil national suédois de la santé et du bien-être a mis à jour ses recommandations en février 2022, sur la base d'un examen systématique des preuves scientifiques réalisé par l'Agence pour l'évaluation des technologies de la santé et des services sociaux (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2022). (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2022). Elle indique que «les risques du traitement de suppression de la puberté avec des analogues de la GnRH et du traitement hormonal d'affirmation du genre [transsexuel] l'emportent actuellement sur les avantages possibles, et que ces traitements ne devraient être proposés que dans des cas exceptionnels», en partie en raison du «manque persistant de preuves scientifiques fiables concernant l'efficacité et l'innocuité des deux traitements» (Socialstyrelsen 2022, 3).

On peut également consulter cet article de M. Biggs, paru en 2023 :

Biggs M., *The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence.*, *J Sex Marital Ther.* 2023; 49(4):348-368. doi: 10.1080/0092623X.2022.2121238. Epub 2022 Sep 19. PMID: 36120756.

Pour lire cet article :

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2121238>

Nous reportons en annexes toutes les références indiquées par M. Biggs, 85 références

Voir annexe n°10

Compte tenu de ses analyses, Michael Biggs préconise un accès aux traitements uniquement dans un cadre expérimental par essai clinique randomisé dans le cadre de la recherche, avec un suivi à l'âge adulte et la publication des données.

2) Dr David Bell, psychiatre, ancien gouverneur du Tavistock & Portman NHS Foundation Trust

Le Groupe de travail a auditionné le 26 septembre 2023, le Dr David Bell, psychiatre, psychanalyste, ancien gouverneur du Tavistock & Portman NHS Foundation Trust, auteur d'un rapport de 2018 très critique à l'égard du centre médical pour mineurs présentant une dysphorie de genre, le Gender Identity Development Service (GIDS) de la Tavistock Clinic.

Nous reportons sa communication traduite en français

Je suis honoré de pouvoir m'adresser au Sénat pour aborder une question si cruciale au regard de notre devoir de protéger les enfants et les jeunes en ces temps troublés où la possi-

bilité de penser et de réfléchir sereinement est si précaire. Je me suis fortement investi dans ce domaine depuis plus de cinq ans et j'ai cru comprendre qu'il vous serait utile de connaître l'histoire de mon implication, ainsi que la situation actuelle en Angleterre.

Je souhaiterais commencer par une déclaration générale pour évoquer ce que sont les troubles psychologiques. Ces troubles se situent à la frontière entre la vie interne d'un individu et le monde socioculturel externe dans lequel il se trouve. Autrement dit, l'évolution des conditions sociales et culturelles produit différentes expressions de troubles psychologiques. Cela est particulièrement vrai sur ce sujet, dans un contexte où les changements culturels jouent un rôle majeur dans l'augmentation exponentielle du nombre d'enfants en situation de détresse vis-à-vis de leur corps sexué.

Durant près de dix ans, le nombre d'enfants adressés au Gender Identity Development Service (GIDS) de la clinique Tavistock du fait d'une détresse liée au genre (souvent appelée dysphorie de genre) est passé d'environ 80 ou 90 par an, à environ 3000. En outre, alors que la majorité des sujets concernés était des garçons, ce sont aujourd'hui à plus de 80 % des filles.

Mon implication dans cette affaire a débuté quand j'ai été approché par plusieurs membres du personnel du GIDS se disant très préoccupés par la manière dont le service traitait les enfants et des jeunes patients. Il m'est rapidement apparu que l'une des causes principales des défaillances de ce service était liée au surgissement d'une certaine idéologie transaffirmative qui avait créé une atmosphère très toxique. Les personnels ne pouvaient pas poser de questions de peur d'être perçus comme hostile ou transphobe. Ils se sont adressés à moi, semble-t-il, en raison de mon ancienneté clinique, mais également parce que je connais bien l'histoire et les traditions de la clinique Tavistock, notamment sur le plan de la compréhension psychanalytique. Le personnel m'a fait part de sa forte inquiétude et de nombreux problèmes graves, que le temps imparti m'empêche de tout détailler.

J'ai d'abord été sollicité par un membre du personnel, puis deux, et les mois suivants, par un peu plus d'un tiers de l'ensemble du personnel travaillant au GIDS. L'une des choses qui m'a immédiatement frappé (et j'ai pu le constater dans de nombreux autres pays), c'est le niveau de peur et de pression ressenti par les soignants. Tous, à l'exception d'un membre du personnel venu me parler, ont refusé de me voir à la clinique Tavistock, par crainte d'être vus et interrogés par leurs supérieurs. Nous avons donc dû nous rencontrer dans mon cabinet de consultation privé.

Les personnels se sont plaints à moi du grand nombre de patients dont ils avaient la charge. Certains d'entre eux suivaient chacun 140 patients, voire plus.

Cette charge a alors créé une forte pression dans le service, qui est devenu une porte d'entrée à la prescription de bloqueurs de puberté. Au sein de la clinique, l'attitude première en-

vers les patients consistait à accréditer immédiatement les propos de l'enfant se disant « dans le mauvais corps ». Il s'agit du positionnement classique des organisations transactivistes, pourtant dépourvues de connaissances cliniques et ayant manifestement peu d'intérêt pour les données scientifiques probantes.

Ce genre de positionnement, il faut le dire, n'est pas approprié à ce que la plupart des cliniciens de mon domaine peuvent qualifier d'attitude professionnelle. Il est, en effet, du devoir du clinicien de rester neutre, d'essayer de comprendre le point de vue du patient, sans exprimer ni accord, ni désaccord. La prégnance de cette nouvelle approche est donc allée à l'encontre des normes cliniques ordinaires et, comme les professionnels se sont empressés de me le faire remarquer, s'est révélée particulièrement préjudiciable pour les patients. Se posaient également de sérieuses questions s'agissant du consentement :

- L'une relative à l'état psychique des jeunes patients, souvent très perturbés (je décrirai quelques-uns de ces troubles ci-après).
- L'autre liée à la pression considérable mise sur l'enfant, et parfois aussi sur sa famille, pour qu'il s'engage au plus vite dans un parcours médical.

Ces enfants manifestaient dans l'ensemble d'importantes difficultés d'ordre psychologique et, à la clinique, on leur expliquait que celles-ci provenaient essentiellement d'un trouble lié à une incongruence de genre. L'objectif principal n'était donc pas de traiter le malaise psychologique de ces jeunes, mais de les « sortir de leur corps ». Par ailleurs, il est clair qu'un consentement ne peut valablement être exprimé que s'il se fonde sur des données exactes et adéquates. Or, ces données ne sont pas disponibles, tout simplement parce qu'elles n'existent pas.

Ces enfants présentaient donc des problèmes complexes, et peu d'intérêt était accordé à ces maux. Un grand nombre d'entre eux étaient déprimés, avaient subis des traumatismes et de la maltraitance. 35 % d'entre eux relevaient du spectre autistique. Certains jeunes avaient été confrontés à des violences intrafamiliales, et des mères ayant des antécédents d'abus sexuels (ce point est important, car ces mères ont souvent une relation très difficile – consciemment ou inconsciemment – avec le changement du corps de leurs filles). De nombreux enfants étaient perdus, seuls, isolés, mais finissaient par trouver l'explication sur Internet : ils étaient dans le mauvais sexe.

L'une des causes de la dysphorie de genre relève selon moi d'une confusion entre l'incongruence de genre et l'homosexualité (cela a été relevé dans de nombreuses études). Beaucoup de ces jeunes ont ressenti un intérêt sexuel pour les personnes du même sexe, ressenti devenu source de souffrance, de conflits et de confusion. Au lieu d'interpréter cela comme tradui-

sant peut-être l'apparition de leur homosexualité, ils l'ont analysé comme le fait qu'ils étaient nés dans le mauvais sexe. Certaines filles imaginaient même qu'en devenant « garçon », il serait plus facile pour elles d'avoir des relations sexuelles avec des filles. Il est très surprenant de constater que le service manquait cruellement d'intérêt au sujet de la sexualité, sujet complètement éclipsé par les questions d'identité de genre. Or, il n'est pas nécessaire d'être un excellent clinicien pour savoir que l'identité de genre et la sexualité ne peuvent être séparées, tant elles sont étroitement liées.

Nous savons que beaucoup de ces jeunes, s'ils sont suivis autrement (c'est-à-dire sans médicalisation), et s'ils bénéficient d'un espace neutre pour explorer leurs questionnements au fil du temps, renonceront à changer de genre.

Au sein de la clinique, les mêmes problèmes revenaient sans cesse et les besoins de ces jeunes étaient gravement négligés¹⁰⁹. J'ai acquis la conviction que le GIDS, et donc la clinique Tavistock, avait renoncé à son devoir de protection de ces jeunes enfants.

J'ai alors tenté d'exprimer mes préoccupations, mais elles ne furent pas entendues, jusqu'à la publication de mon rapport dans la presse. A compter de ce moment, l'inquiétude s'est accrue et il est devenu clair que les traitements dispensés dans cette clinique étaient inappropriés et motivés par des raisons idéologiques plutôt que cliniques, conduisant à des dégâts psychologiques et physiques majeurs sur les jeunes.

L'Institut national d'excellence clinique (NICE) a fini par reconnaître qu'il n'y avait aucune preuve du bénéfice rendu par les bloqueurs de puberté et qu'existaient, à l'inverse, des incertitudes majeures s'agissant des risques qu'ils pourraient représenter.

Il a également été considéré que les enfants ne pouvaient pas valablement donner un consentement éclairé et que leur suivi était défaillant (absence de chiffres en matière de prescriptions d'hormones, d'opérations chirurgicales, et absence de données liées aux comorbidités psychiatriques).

Sur le plan juridique, la décision rendue par la Cour suprême sur cette question a été mal comprise. Si elle a jugé que la Cour divisionnaire ne pouvait pas se prononcer sur la question de la capacité de l'enfant à donner un consentement éclairé, cela ne signifie pas qu'elle juge qu'un enfant est néanmoins apte à consentir.

Au-delà de cette problématique, la décision juridique ne portait pas (et ne pouvait pas

109 Il est paradoxal que l'idéologie transaffirmative prône la fluidité de l'expression de genre tout en se fondant sur des représentations totalement stéréotypées du genre. Par exemple, si une fille montre plus d'intérêt pour ce qui est considéré comme « masculin » sur le plan culturel, c'est qu'elle n'est « pas vraiment une femme », ce qui va à rebours des conceptions défendues pendant des décennies par les féministes.

porter) sur le sujet de la gouvernance en tant que telle de la clinique.

On me demande parfois si cette situation dramatique est le résultat d'une défaillance de gestion de la clinique, ou si elle est liée à la contagion idéologique du service. Je réponds : les deux. L'idéologie a constitué un alibi pour négliger les soins apportés aux patients et les précipiter vers la transition de genre.

Par la suite, la Care Quality Commission (CQC) – l'organisme externe chargé de superviser les soins apportés dans les établissements médicaux du système de santé publique britannique (NHS) – a constaté que le service médical rendu était médiocre et a souligné les pressions subies par le personnel.

Un autre évènement alarmant est survenu quelques temps après. La responsable en charge de la protection des enfants de la clinique, Sonia Appleby, a témoigné de sa préoccupation croissante quant à la prise en charge des jeunes. Mise à l'écart, elle a intenté une action en justice devant les prud'hommes. Le tribunal lui a donné raison, et a jugé que la manière dont elle avait été traitée avait porté atteinte à sa réputation professionnelle.

Le NHS a alors chargé Hilary Cass (l'ancienne présidente du Royal College of Paediatrics and Child Health) de conduire une inspection sur la prise en charge de la dysphorie de genre chez les jeunes. Il s'agit à ce jour de l'analyse la plus complète et la plus approfondie jamais entreprise dans le monde sur le sujet. Un rapport intermédiaire a été remis en février 2022, confirmant mes inquiétudes et celles de beaucoup d'autres, concluant que l'approche affirmative ne constituait pas un bon traitement. Hilary Cass a employé l'expression d'« éclipse de diagnostic » pour décrire ce phénomène en vertu duquel le trouble lié au genre éclipse tous les autres potentiels problèmes des patients.

En d'autres termes, ces jeunes ont été maltraités et les troubles psychologiques majeurs dont ils souffraient n'ont pas été correctement traités parce qu'ils ont été analysés comme résultant de la seule détresse liée au genre.

Hilary Cass a également confirmé qu'il n'y avait pas de données médicales probantes sur les inhibiteurs ou bloqueurs de puberté et a exprimé de vives inquiétudes quant à leurs effets secondaires potentiels. Il est intéressant de noter que certains journaux libéraux que j'ai lus ont relaté de fausses informations. Le Guardian a laissé entendre que, selon Hilary Cass, le principal problème était lié à la longueur de la liste d'attente, au lieu de dire que cette liste d'attente était longue pour, en plus, recevoir un traitement néfaste.

Hilary Cass a également souligné que la transition sociale, largement encouragée au sein des écoles, n'était pas inoffensive, car elle conduit l'enfant à emprunter un chemin dont il est

difficile de revenir. Il est plutôt aisé pour une fille de « passer » pour un garçon lorsqu'elle est prépubère. Or, les premiers signes de la puberté, dans de telles circonstances, sont vécus comme une sorte de catastrophe qui doit être interrompue – d'où la demande urgente de bloqueurs de puberté.

Le NHS a approuvé le rapport de Madame Cass et les bloqueurs de puberté ne peuvent désormais plus être prescrits, sauf dans des cas très restreints, comme dans le cadre d'un essai clinique encadré¹¹⁰. Personnellement, je ne pense pas qu'un essai clinique soit viable et j'ai rédigé un court article à ce sujet, que je serai heureux de vous fournir. Selon moi, compte tenu du fait que nous savons qu'un grand nombre d'enfants renonceront s'ils sont traités différemment, et que ce traitement est nocif tant sur le plan psychologique que somatique, il est difficile d'y trouver une quelconque justification éthique impliquant des enfants.

Le Danemark, la Suède et la Finlande ont pris des mesures similaires. La Norvège envisage également de changer ses directives en la matière.

J'ai par ailleurs écrit au sujet des facteurs socioculturels qui ont conduit à cette explosion des troubles du genre, je peux vous transmettre cet article. Selon moi, l'un des facteurs explicatifs réside dans la montée de la misogynie dans le monde. De plus, les jeunes filles sont exposées dès leur plus jeune âge à la pornographie extrême. Je pense que cela crée chez beaucoup d'entre elles de fortes tensions par rapport à leur corps. Conjugué à d'autres pressions de nature socioculturelle, cela conduit les jeunes filles à interioriser ce que nous pouvons appeler une « misogynie interne », c'est-à-dire la détestation de leur propre corps sexué, qui se traduit alors par une dysphorie de genre. Bien entendu, cela crée un préjudice considérable si la nature des problèmes sous-jacents n'est pas correctement traitée.

Je voudrais conclure en disant à quel point il est essentiel de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une question de justice sociale, mais bien d'une question de protection de l'enfance.

110 Il est parfois dit que les effets des bloqueurs de puberté sont réversibles. Ce n'est pas exact. Si la puberté peut être interrompue, une fois le traitement arrêté, elle repartira certes plus tard. Mais il y a là un profond malentendu : à un certain âge, les enfants sont physiquement, psychologiquement, socialement et surtout neuropsychologiquement prêts pour la puberté. Si la puberté n'arrive pas, cela entraîne de graves conséquences. Le corps n'est pas comme une machine que l'on peut mettre sur pause puis redémarrer. Nous savons maintenant que 98 % des enfants qui commencent à prendre des bloqueurs de puberté prennent ensuite des hormones et leur décision de débiter les traitements est alors conditionnée par le fait qu'on les oriente vers la médicalisation.

b. La Finlande

1) Pr Riittakerttu Kaltiala, médecin chef du département de psychiatrie de l'adolescence, Université de Tampere

Le Groupe de travail a auditionné le 28 novembre 2023, Riittakerttu Kaltiala, Professeur de psychiatrie de l'adolescent, médecin chef du département de psychiatrie de l'adolescence, Université de Tampere.

Son audition porte sur les soins médicaux fondés sur l'identité de genre des mineurs en Finlande.

Cette présentation s'appuie sur le power point du Pr Riittakerttu Kaltiala tel qu'il a été présenté au GT. Il a été traduit de l'anglais par nos soins.

Etat des lieux des services de santé en Finlande

- Les services de santé publique sont répartis entre les niveaux primaire, secondaire (spécialisé) et tertiaire (hautement spécialisé) ; les patients paient une petite part symbolique pour y avoir recours. Ils sont complétés par des services privés ; le patient paie ou dispose d'une assurance privée.
- Les services de niveau secondaire, fournis par 21 comtés de protection sociale, sont accessibles sur recommandation d'un médecin.
- Les services de niveau tertiaire sont fournis par cinq hôpitaux universitaires centralisés au niveau national par un ou deux de ces cinq hôpitaux universitaires.

Services d'identité sexuelle centralisés au niveau national

- À partir d'avril 2023, les personnes majeures pourront modifier leur sexe sur leurs documents d'identité par une procédure administrative simple.
- En Finlande, l'évaluation diagnostique susceptible d'aboutir à un changement de sexe est centralisée dans deux des cinq hôpitaux universitaires (service de niveau tertiaire).
- Des services pour adultes ont été mis en place dans les années 1990 et des équipes pour mineurs ont été ouvertes en 2011, sous la pression de groupes activistes.
- L'évaluation diagnostique est réalisée par des équipes pluridisciplinaires de santé mentale
- Les éventuelles interventions hormonales sont initiées et équilibrées par l'équipe

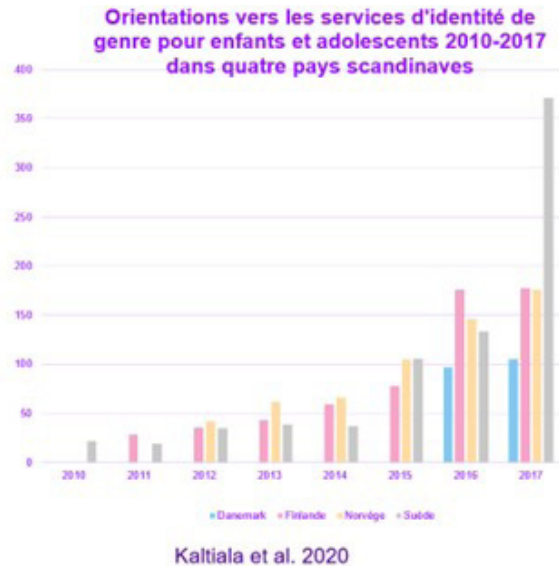
d'endocrinologie pédiatrique et/ou la polyclinique hormonale (les soins hormonaux à long terme étant transférés aux services locaux).

- Les interventions chirurgicales avec indication de dysphorie de genre ne sont disponibles que pour les adultes légaux, sur recommandation des équipes d'évaluation susmentionnées.
- Les chirurgies génitales sur la base de l'identité de genre sont centralisées au niveau national dans un seul centre.

Lors de l'ouverture du service d'identité sexuelle pour les mineurs en 2011, les professionnels s'attendaient à voir quelques mineurs seulement avec une dysphorie de genre apparue principalement dans l'enfance et qui se serait intensifiée à la puberté, principalement de sexe masculin et ne présentant qu'une psychopathologie légère et secondaire. Ils s'attendaient également à rencontrer des parents inquiets, voire contrariés.

En réalité, **les jeunes qui ont contacté les services présentaient les caractéristiques suivantes :**

- 85% de filles biologiques
- Âge moyen à l'admission 16,2 ans
- Moins de la moitié vivent avec leurs deux parents (plus des trois quarts de la population totale)
- Deux tiers d'entre eux ont des antécédents de suivi psychiatrique spécialisé.
- Distribution des diagnostics psychiatriques et prévalence des symptômes égale à celle des adolescents psychiatriques ambulatoires en général
- Forte surreprésentation de l'autisme, de la dépression, des troubles anxieux, des idées suicidaires
- Cette grande hétérogénéité suggère la nécessité de mettre en place différentes voies de traitement.



Développement et fonctionnement de l'adolescent au cours de la première année de prise d'hormones croisées

- Les adolescents qui n'ont pas eu besoin de services psychiatriques spécialisés et dont les résultats scolaires, les relations avec les pairs, le développement sexuel, les relations avec les parents et le fonctionnement quotidien progressaient normalement en fonction de l'âge avant de commencer à prendre des hormones croisées, ont généralement continué à progresser pendant le traitement aux hormones croisées.
- Les personnes qui ont eu besoin d'un traitement psychiatrique de niveau spécialisé ou qui ont présenté une baisse de fonctionnement dans l'un des domaines susmentionnés ont généralement présenté les mêmes difficultés au cours du traitement hormonal croisé.
- La nécessité d'un traitement psychiatrique a diminué pour certains problèmes, mais chez un quart des personnes traitées avec des hormones croisées, de nouveaux besoins psychiatriques sont apparus.
- Les traitements hormonaux n'ont pas résolu les troubles psychiatriques.

Les défis

- Les jeunes contactés ne correspondent pas à l'image donnée par la littérature et le discours public sur l'identité de genre et la dysphorie de genre.
- La majorité d'entre eux présente une comorbidité psychiatrique sévère et une profonde confusion identitaire

- Nouvelles identités et nouveaux désirs liés à la diversité croissante des modifications corporelles
- Nous n'avons pas pu être convaincus qu'il était généralement dans leur intérêt d'encourager le changement de sexe à des fins médicales
- Les équipes chargées de l'identité de genre ont été sollicitées pour écrire les lignes directrices nationales

Lignes directrices nationales pour le traitement en 2020

- Avant la puberté : pas d'intervention médicale, soutien psychosocial le cas échéant
- Le traitement de première ligne de la dysphorie de genre chez les mineurs est une intervention psychothérapeutique exploratoire dans les services locaux (responsabilité de tout service travaillant avec des adolescents).
- Un traitement approprié des éventuelles comorbidités psychiatriques et la prise en charge des besoins associés (par exemple pédagogique, protection de l'enfance) sont nécessaires avant d'envisager une orientation vers les unités d'identité de genre.
- Si un réassignement médical du sexe semble approprié et opportun après les interventions de première ligne, une orientation vers les services d'identité de genre centralisés au niveau national peut être effectuée.
- Le traitement de toute difficulté associée reste de la responsabilité des services locaux.

Évaluation dans les services centralisés au niveau national

- Une évaluation pluridisciplinaire (psychiatre pour enfants et adolescents, psychologue, travailleur social, infirmier psychiatrique) est mise en place avec le jeune et ses tuteurs.
- Plusieurs réunions sur une période de 6 à 12 mois au cours desquelles sont évaluées :
 - Exclusion des contre-indications
 - Identité de genre dans le contexte du développement de l'identité au sens large, tâches développementales de l'adolescence
 - Préparation
 - Orientation et suivi appropriés
- Transfert vers des interventions les plus appropriées/les plus opportunes possible dans le temps, à n'importe quel stade de l'évaluation.

Interventions médicales possibles

La dysphorie de genre apparaît dans l'enfance, s'intensifie à la puberté, sans comorbidité psychiatrique sévère et avec un soutien approprié du développement :

- Les bloqueurs de puberté pour stopper le développement pubertaire peuvent être envisagés après les premiers stades de la puberté (en pratique, à partir de 13 ans environ) ; les hormones croisées à partir de 16 ans, si on le souhaite.
-
- La dysphorie de genre apparaît à l'adolescence avec identification transgenre très probablement stable et persistante, pas de comorbidités psychiatriques sévères et un soutien développemental approprié :
- Hormones croisées à partir de l'âge de 16 ans, avec ou sans «wash-out» avec des bloqueurs de puberté.
- Toute intervention chirurgicale sur cette indication n'est possible qu'après l'âge de 18 ans.

Adolescents référés « identité de genre » vs adolescents référés par les services de santé mentale

- Les patients référés identité de genre ont moins souvent reçu un diagnostic psychiatrique pour adolescents chez un spécialiste que ceux qui ont été référés pour des soins psychiatriques ambulatoires pour adolescents (41 % contre 7 %).
- Si des diagnostics avaient été posés, ils étaient similaires à ceux des patients référés par les services de santé mentale (le plus souvent dépression, troubles anxieux).
- Cependant, sur les 21 symptômes psychiatriques, 18 étaient aussi fréquents chez les adolescents orientés vers les services de santé mentale que chez ceux orientés vers les services de santé sexuelle
- Les personnes référées pour des raisons de sexe présentaient plus de symptômes d'intériorisation (émotionnels) et moins de symptômes d'extériorisation (comportementaux) que les personnes référées pour des raisons de santé mentale.
- Les adolescents référés identité de genre présentent le même degré de psychopathologie que ceux qui sont orientés vers un traitement psychiatrique spécialisé pour adolescents.

Les adolescents qui cherchent à changer de sexe présentent une morbidité psychiatrique considérable : Diagnostics établis dans les soins de santé

Échantillons provenant de cliniques spécialisées dans l'identité de genre

- Tous les troubles confondus 45-90%
- Troubles dépressifs 30 à 78
- Troubles anxieux 21-63
- Idéations suicidaires et NSSI 35 à 74
- Trouble du spectre autistique 15-20 %
- Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives < 5
- Trouble des conduites 10 à 20
- TDAH 8-15%
- ED ~2%
- Psychose/ psychose à haut risque 1-10%

Autres échantillons de soins de santé. Prévalence sur 6 mois / prévalence sur la vie entière

- Tous troubles confondus ~50% / 64-90%
- Troubles dépressifs ~34% / 45-65%
- Troubles anxieux ~20% / 34-50%
- Idéations suicidaires et NSSI ~5% / 6-18%
- Trouble du spectre autistique ~5% / 5%
- Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ~4% / 6-7%
- Trouble des conduites ~4% / 8-14%
- TDAH~10% / 20- 30%
- ED ~3% / 3-4%
- Psychose / psychose à haut risque 1% / 2-10%

Les adolescents qui présentent une dysphorie de genre sont-ils plus exposés au risque de suicide ?

- Les idées suicidaires et les comportements non désirés sont fréquents (40-60%) chez les adolescents en phase clinique de dysphorie de genre et chez les adolescents transgenres dans la population.
- Les études n'ont pas pris en compte les comorbidités psychiatriques.
- L'intervention médicale affirmative a été déclarée à plusieurs reprises «salvatrice», en supposant que sans elle, le risque de suicide serait de 40 à 60 %
- En fait, la mortalité par suicide a été très peu étudiée
- Parmi les 15 000 mineurs adressés au service national d'identité de genre pour les mineurs au Royaume-Uni, la mortalité par suicide au cours de l'adolescence était de 0,03 % / 0,13/1000 personnes (Biggs 2022).

Que faut-il faire maintenant ?

- Les interventions de transition médicale doivent être soumises aux mêmes exigences en matière de preuves que toute intervention en médecine.
- Une évaluation appropriée doit servir de base à la prise de décision au cas par cas concernant les traitements fournis.
- Les interventions hormonales qui modifient les caractéristiques sexuelles secondaires doivent être utilisées avec prudence chez les mineurs, de préférence dans le cadre d'un programme de recherche formel, jusqu'à ce que des preuves répondant aux exigences actuelles de la médecine fondée sur des preuves aient été obtenues.

La bibliographie communiquée par le Pr Riittakerttu Kaltiala se trouve en annexe n°11

Les deux derniers articles de l'équipe finlandaise en octobre et novembre 2023 :

R. Kaltiala a fait parvenir l'article suivant qui venait de paraître au moment de son audition.

Ruuska SM, Tuisku K, Kaltiala R. Sukupuoliahdistuksen hormonaalinen ja kirurginen hoito nuoruusiässä – hyötyä vai ei? Suomen Lääkärilehti 2023;78:37837 (published 26.10.2023). Parallel English version: “Hormonal and surgical treatment of gender dysphoria in young people – beneficial or not?”

On peut lire cet article en ligne ici :

https://www.laakarilehti.fi/site/assets/files/654775/article_pdf_73878.pdf

On lira en ligne celui-ci :

<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/have-the-psychiatric-needs-of-people-seeking-gender-reassignment-changed-as-their-numbers-increase-a-register-study-in-finland/D09F9414F798E0462AF911152E7BF576>

On peut lire également ici l'alerte de R. Kaltiala : « Gender-affirming care is dangerous. I know because I helped pioneer it. »

<https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor>

c. Les Pays-Bas

1) Dr Annelou de Vries, pédopsychiatre, médecin chef du département de pédopsychiatrie du Centre d'expertise sur la dysphorie de genre à l'UMC d'Amsterdam

Le Groupe de travail devait auditionner **Annelou de Vries, le 28 novembre 2023** mais en raison d'un problème technique, *cette dernière n'a pu être auditionnée.*

Annelou de Vries est psychiatre pour enfants et adolescents à la clinique UMC d'Amsterdam Academic Center of Child and Adolescent psychiatry. Elle s'occupe des adolescents transgenres et publie des études sur la santé mentale et l'évaluation des traitements. Annelou de Vries dirige le département de pédopsychiatrie du Centre d'expertise sur la dysphorie de genre à l'UMC d'Amsterdam. Elle est présidente (2023-2025) de l'Association professionnelle

européenne pour la santé transgenre (EPATH, une branche de la WPATH).

Annelou de Vries nous a communiqué sept articles que nous résumons. *Elle signe six articles sur les 7 (l'article 3 provient d'une autre équipe). Cette analyse se contente de reporter les résultats des chercheurs. Ces articles ont été l'objet de critiques de la part d'autres chercheurs mais nous ne les reportons pas dans le cadre de cet espace consacré à cette clinique du genre pour mineurs des Pays-Bas.*

A la lecture des articles, nous relevons que le paradigme de recherche repose sur le modèle d'affirmation du genre dans chacun des articles envoyés. En effet, le traitement de la dysphorie de genre chez des adolescents dits transgenres ou non-binaires repose sur la prise d'hormones d'affirmation du genre (HAG), avec préalablement, en fonction de l'âge de la présentation des symptômes et de l'accès aux soins, un blocage de la puberté.

Les protocoles de recherches partent donc de ce principe : le traitement de la dysphorie de genre repose sur un traitement hormonal d'affirmation du genre (HAG), après une évaluation diagnostique minutieuse par une équipe pluridisciplinaire. Cette évaluation diagnostique de la dysphorie confirme le caractère « transgenre » du jeune, qui prend donc la dénomination d'« adolescent transgenre » dans les études. Le soin préconisé pour diminuer la dysphorie repose sur le blocage de la puberté, puis l'administration d'hormones d'affirmation de genre (HAG). Le traitement psychothérapeutique y est associé comme un soutien dans l'affirmation du genre.

L'objectif principal des différentes études réalisées est de montrer le bien-fondé d'un traitement par suppression de la puberté, et/ou d'un traitement hormonal d'affirmation du genre, sur la santé mentale des jeunes dits transgenres ou non-binaires. L'objectif est également de pouvoir déterminer les outils les plus aptes à appréhender les capacités de l'adolescent à fournir un consentement éclairé pour un cheminement médicalisé irréversible : l'évaluation clinique approfondie, l'interview semi-structurée, et l'outil d'évaluation des compétences de MacArthur pour le traitement (MacCAT-T) ressortent comme étant les outils les plus adaptés à ce jour, selon ces études.

Les études pointent également certaines de leurs limites et biais, même si de nombreux sont encore à évoquer, et feront l'objet, de manière non-exhaustive de la conclusion de ce présent rapport.

Nous reproduisons ici les titres, références et résumés de ces 7 articles, nous en faisons ensuite une synthèse dans un tableau.

Article 1 :

<p>Arnoldussen M, Hooijman EC, Kreukels BP, de Vries AL. Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. <i>Clin Child Psychol Psychiatry</i>. 2022 Oct;27(4):1069-1076. doi: 10.1177/13591045221091652. Epub 2022 May 31. PMID: 35638479; PMCID: PMC9574895.</p>	
Thème traité	Effets du traitement médical d'affirmation du genre sur le QI et les résultats scolaires.
Méthodologie	Le QI a été mesuré chez 72 adolescents (45 garçons transgenres, 27 filles transgenres) à l'entrée en clinique (âge moyen de 12,78 ans), et les résultats scolaires ont été évalués après le traitement d'affirmation du genre (âge moyen de 20,40 ans).
Résultats	Le QI avant traitement et les résultats scolaires après traitement étaient positivement associés (indicateur de Nagelkerke $R = 0,71$).
Conclusions	Le traitement médical d'affirmation du genre incluant la suppression de la puberté n'affecte pas négativement l'association entre le QI et les résultats scolaires.

Article 2 :

<p>Arnoldussen M, van der Miesen AIR, Elzinga WS, Alberse AE, Popma A, Steensma TD, de Vries ALC. Self-Perception of Transgender Adolescents After Gender-Affirming Treatment: A Follow-Up Study into Young Adulthood. <i>LGBT Health</i>. 2022 May-Jun;9(4):238-246. doi: 10.1089/lgbt.2020.0494. Epub 2022 Apr 26. PMID: 35475663.</p>	
Thème traité	Effets du traitement médical d’affirmation du genre sur l’estime de soi, la perception de soi, la santé mentale
Méthodologie	<p>L’échantillon total de l’étude était composé de 70 adolescents (49 hommes transgenres et 21 femmes transgenres). La perception de soi a été évaluée à l’aide du profil de perception de soi pour les adolescents (SPPA) avant le début du traitement hormonal d’affirmation du genre (âge moyen = 14,65, écart-type (ET) = 2,08) et au moins six mois après la chirurgie d’affirmation du genre (âge moyen = 20,70, ET = 1,49). La SPPA est une mesure d’auto-évaluation qui examine la perception de soi dans sept domaines différents : Compétence académique, acceptation sociale, compétence athlétique, apparence physique, conduite, amitié proche et estime de soi globale.</p> <p>Une modélisation multiniveau a été réalisée pour déterminer l’effet du temps sur tous les domaines de la perception de soi.</p>
Résultats	<p>Les domaines de l’apparence physique et de l’estime de soi globale se sont améliorés de manière significative au cours du traitement. Aucun des domaines ne s’est détérioré de manière significative au cours du traitement. Les domaines de la compétence académique, de l’acceptation sociale, de la compétence sportive et de l’amitié proche sont restés stables au fil du temps.</p>

Article 3 :

Chen, D., Berona, J., Chan, Y. M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. *New England Journal of Medicine*, 388(3), 240-250. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297>

Thème traité	Administration d'hormones d'affirmation du genre (HAG)
Méthodologie	L'étude a caractérisé l'évolution longitudinale du fonctionnement psychosocial au cours des deux années suivant le début de la HAG dans une cohorte prospective de jeunes transgenres et non binaires aux États-Unis. Les participants ont été enrôlés dans une étude observationnelle prospective à quatre échelles de résultats physiques et psychosociaux. Les participants ont rempli l'échelle de congruence transgenre, l'inventaire de dépression de Beck-II, l'échelle d'anxiété manifeste révisée pour enfants (deuxième édition) et les mesures d'affect positif et de satisfaction de la vie de la batterie d'émotions de la boîte à outils des NIH (National Institutes of Health). Les évaluations ont été faites au départ et après 6, 12, 18 et 24 mois après l'initiation à la HGA. L'étude a utilisé un modèle de courbe de croissance latente pour examiner les trajectoires individuelles de congruence d'apparence, de dépression, d'anxiété, d'affect positif et de satisfaction de la vie sur une période de deux ans. L'étude a également examiné la corrélation entre les niveaux initiaux et les taux de changement de la congruence de l'apparence et ceux de chaque résultat psychosocial.

<p>Résultats</p>	<p>Au total, 315 participants transgenres et non binaires âgés de 12 à 20 ans (moyenne [\pm écart-type], $16 \pm 1,9$) ont participé à l'étude. 190 participants (60,3 %) étaient transmasculins (c'est-à-dire des personnes désignées comme étant de sexe féminin à la naissance qui s'identifient au spectre masculin), 185 (58,7 %) n'étaient pas latins ou blancs non latins, et 25 (7,9 %) avaient déjà reçu un traitement de suppression de la puberté. Au cours de la période d'étude, la congruence de l'apparence, l'affect positif et la satisfaction de la vie ont augmenté, tandis que les symptômes de dépression et d'anxiété ont diminué. L'augmentation de la congruence de l'apparence ont été associées à des augmentations simultanées de l'affect positif et de la satisfaction à l'égard de la vie et à une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété. L'événement indésirable le plus fréquent l'événement indésirable le plus fréquent était les idées suicidaires (chez 11 participants [3,5 %]) ; deux participants sont décédés par suicide chez 2 participants.</p>
<p>Conclusions</p>	<p>Dans cette étude de 2 ans impliquant des jeunes transgenres et non binaires, le traitement par hormones d'affirmation de genre (HAG) a amélioré la congruence de l'apparence et le fonctionnement psychosocial.</p>

Article 4 :

De Vries ALC, Hannema SE. Growing Evidence and Remaining Questions in Adolescent Transgender Care. <i>N Engl J Med.</i> 2023 Jan 19;388(3):275-277. doi: 10.1056/NEJMe2216191. PMID: 36652360.	
Thème traité	Administration d'hormones d'affirmation du genre (HAG)
Méthodologie	Commentaire sur l'article : « Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. <i>New England Journal of Medicine</i> , 388(3), 240-250. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297 ." de Chen et al.
Conclusions	<p>Les informations actuelles montrent que la santé mentale s'améliore avec la HGA, tandis que le refus de traitement peut entraîner une augmentation de la dysphorie de genre et avoir un effet négatif sur le fonctionnement psychologique. Cependant, l'étude laisse des questions en suspens, relevées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien que le fonctionnement psychologique global des participants se soit amélioré, il existe de grandes variations entre les participants, qui souffraient encore de dépression et d'anxiété au terme des 24 mois d'étude. 2 participants sont morts par suicide. • D'autres facteurs psychosociaux comme les troubles du spectre de l'autisme, et les enjeux familiaux sont à étudier. • Les avantages d'une intervention médicale précoce, y compris la suppression de la puberté, doivent être mis en balance avec les effets négatifs possibles, par exemple en ce qui concerne le développement des os et du cerveau et la fertilité.

Article 5 :

<p>Van der Loos MATC, Hannema SE, Klink DT, den Heijer M, Wiepjes CM. Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands. <i>Lancet Child Adolesc Health</i>. 2022 Dec;6(12):869-875. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00254-1. Epub 2022 Oct 21. PMID: 36273487.</p>	
<p>Thème traité</p>	<p>Après un premier traitement de la dysphorie de genre par bloqueurs de puberté, l'étude vise à déterminer la proportion de personnes qui ont poursuivi un traitement hormonal d'affirmation du genre (HAG) à l'adolescence lorsque la dysphorie de genre a persisté après le traitement par bloqueurs de puberté.</p>
<p>Méthodologie</p>	<p>Données de la clinique de l'identité sexuelle de l'Amsterdam UMC. 720 personnes ont été incluses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui ont bénéficié de minimum 3 mois de traitement par bloqueurs de puberté (agoniste de la GnRH), avant l'ajout d'hormones d'affirmation de genre. • Dans ces 720 personnes : 220 sont hommes de naissance (âge médian 14ans au début de l'étude, et 20 ans à la fin), et 500 sont femmes de naissance (âge médian 16 ans au début de l'étude, et 19 ans à la fin). • Les données ont été analysées à l'aide de la régression de Cox afin d'identifier les déterminants possibles associés à un risque plus élevé d'arrêter le traitement hormonal d'affirmation du genre.
<p>Résultats</p>	<p>704 (98%) personnes ayant commencé un traitement médical d'affirmation du genre à l'adolescence ont continué à utiliser des hormones d'affirmation du genre lors du suivi. L'âge à la première visite, l'année de la première visite, l'âge et le stade pubertaire au début du traitement par la GnRHα, l'âge au début du traitement par les hormones d'affirmation du genre, l'année du début du traitement par les hormones d'affirmation du genre et la gonadectomie n'ont pas été associés à l'arrêt de l'utilisation des hormones d'affirmation du genre.</p>
<p>Conclusions</p>	<p>La poursuite du traitement est rassurante, compte tenu des craintes que les personnes qui ont commencé le traitement à l'adolescence ne l'abandonnent.</p>

Article 6 :

Anna van der Miesen, MD, Marijn Arnoldussen, MD, and Annelou de Vries, MD, PhD Special Issues in Treating Adolescents With Gender Dysphoria, 2019, Psychiatric times journal, Sex and Sexuality.	
Thème traité	Santé mentale des adolescent transgenres : Les adolescents transgenres et de sexe différent présentent des taux plus élevés de dépression, d'anxiété, de suicidalité et de traits autistiques que les adolescents cisgenres. Les adolescents transgenres qui grandissent dans un environnement favorable et tolérant, et qui ont confiance dans le fait que des soins médicaux leur seront prodigués en cas de besoin, ont moins de problèmes de santé mentale. La qualité multiforme du traitement d'affirmation médicale nécessite l'implication d'une équipe de soins multidisciplinaire dans laquelle les professionnels de la santé mentale travaillent avec des endocrinologues, des chirurgiens et des spécialistes de la fertilité.
Conclusion	Certains cliniciens peuvent être hésitants dans leur travail avec les adolescents transgenres. Les adolescents transgenres et leurs familles rencontrent des obstacles aux soins et les prestataires spécialisés ne sont pas toujours disponibles. Cependant, le travail avec les adolescents transgenres peut être gratifiant. Les jeunes transgenres peuvent tirer un grand profit du soutien psychologique, émotionnel et social que les professionnels de la santé mentale peuvent leur apporter en faisant preuve de compassion et de compréhension.

Article 7 :

<p>Vrouenraets LJ.J.J, de Vries AL.C, de Vries MC, et al. Assessing Medical Decision-Making Competence in Transgender Youth. <i>Pediatrics</i>. 2021;148(6) DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643</p>	
Thème traité	Suppression de la puberté, consentement éclairé
Méthodologie	Etude transversale par entretiens semi-structurés, menée auprès de 74 adolescents transgenres (âgés de 10 à 18 ans ; 16 garçons à la naissance, 58 filles à la naissance) dans deux cliniques néerlandaises spécialisées dans l'identité de genre. Pour évaluer la capacité de prise de décision médicale, des jugements fondés sur la norme de référence (évaluation clinique) et l'outil d'évaluation des compétences de MacArthur pour le traitement (MacCAT-T), un entretien semi-structuré validé, ont été utilisés.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi les adolescents transgenres, 93,2 % (jugements de la norme de référence ; 69 sur 74) et 89,2 % (jugements du MacCAT-T ; 66 sur 74) ont été jugés aptes à donner leur consentement. • 89,2% (jugements MacCAT-T ; 66 sur 74) ont été jugés aptes au consentement éclairé. L'accord interméthode était de 87,8 % (65 sur 74). La concordance entre la norme de référence et les jugements fondés sur le MacCAT-T était de 89,2 % (65 sur 74) étaient respectivement de 89,2 % (198 sur 222) et 86,5 % (192 sur 222). • Le QI et le sexe étaient tous deux significativement liés au score total du MacCAT-T, alors que l'âge, le niveau de difficultés émotionnelles et comportementales et la durée des trajectoires diagnostiques ne l'étaient pas.
Conclusions	En utilisant le MacCAT-T et les évaluations des cliniciens, 93,2 % et 89,2 % des adolescents transgenres de cette étude ont été jugés compétents pour consentir à l'initiation d'un traitement par bloqueur de puberté.

d. Espagne

1) Jose Manuel Errasti Perez, maître de conférences en psychologie, Université d'Oviedo

Le 26 septembre 2023 le groupe de travail a auditionné José Manuel ERRASTI PEREZ qui est maître de conférences au département de psychologie de l'université d'Oviedo, Espagne, co-auteur d'un livre paru en Espagne en 2022, *Personne ne naît dans un mauvais corps : le succès et la misère de l'identité de genre*

Selon Jose Errasti, l'élaboration d'une loi visant à réglementer les questions liées à la transidentité est problématique dans de nombreux pays et se caractérise par **l'absence d'un véritable débat académique et rationnel**. Une approche morale prédomine, et qui exige d'être imposée sans pouvoir être contestée.

En Espagne, **le fait d'interroger la question de la transidentité est perçu comme immoral par certains bords politiques**, au motif que les arguments présentés par un médecin, un chercheur ou un professionnel ne sont pas motivés par le raisonnement, ou des données, mais par la haine.

Il explique ainsi ne pas avoir été autorisé à intervenir devant la commission chargée de rédiger la loi espagnole sur les transsexuels et avoir été traité, par un député de la coalition gouvernementale, « *d'ordure transphobe* ».

Les traitements médicaux d'affirmation du genre sont examinés sur des cohortes d'adolescents en construction psychologique.

Les effets des traitements médicaux d'affirmation chez ces adolescents semblent montrer un effet positif sur leur bien-être et sur leur résultat scolaire. Idem pour les traitements hormonaux.

Cependant, aucun suivi des adolescents devenus adultes ne permet pas de conclure sur les bienfaits des traitements médicaux d'affirmation de genre.

En conséquence, autoriser les traitements médicaux d'affirmation de genre expose le législateur de poursuite pour mise en danger de la personne (Articles 223-1 à 223-21 du code pénal)

Jose Errasti se demande s'il est possible que dans le débat politique, la raison ait été remplacée par la morale, où **ce qui résout la controverse n'est plus la solidité des arguments présentés, mais le curriculum de victimisation**. Au total, l'on croit davantage celui qui

souffre que celui qui est le plus rationnel.

Il fait état du **soutien académique aux positions postmodernes** qui, partant d'une saine méfiance à l'égard de la rationalité et de la logique classique, ont fini par donner lieu à une dévaluation presque complète d'idées telles que la science, la vérité ou l'objectivité. Le remède a fini par être pire que le problème initial.

Il raconte qu'en classe, l'une de ses étudiantes a levé la main pour dire : « *Moi, en tant que lesbienne, je pense que...* », comme si la base de son affirmation était son orientation sexuelle, devenant alors son identité. Il explique que la logique qui sous-tend cela est l'obligation d'accepter le fond de son propos car elle appartient à un groupe opprimé.

Pour un militant *queer* ou *woke*, la véracité d'une déclaration provient de la personne qui l'énonce, puisque les langues ne sont que des constructions idéologiques qui perpétuent les relations de pouvoir et de domination de toutes sortes.

Selon lui, un exemple de cette dégénérescence se trouve dans les mots « *mâle* » et « *fé-melle* ». Si deux personnes absolument identiques en tout peuvent être un homme et une femme, et si deux personnes absolument différentes en tout peuvent être deux femmes, alors « *homme* » et « *femme* » ne signifient plus rien. Si les hommes et les femmes peuvent avoir les mêmes menstruations, éjaculer de la même manière, avorter de la même manière, donner naissance de la même manière, alors ces mots n'ont aucun rapport avec la réalité. « *Masculin* » et « *féminin* » sont des contenants sans contenu.

Une nouvelle façon de parler s'impose, faite d'affirmations déformées (« *le sexe est assigné à la naissance* », « *le sexe est un continuum* », « *on peut être ni homme ni femme* », « *on peut changer de sexe* ») ; de détournements de termes existants (« *intersexualité*, *binarisme*, *genre*, *diversité*, *inclusion*, *pathologisation* ») et de tics vides de sens (utiliser « *corps* » au lieu de « *personnes* », des pluriels pour des mots comme « *réalité* », « *vérité* », « *enfance* », inventer un nouvel usage de nouveaux pronoms qui n'ont rien à voir avec la fonction que le genre grammatical a dans les langues romanes...).

Un élément fondamental de ces représentations erronées est lié à l'utilisation du mot « *phobie* » dans les polémiques politiques et médiatiques. Les phobies sont des troubles psychiques conduisant une personne à éprouver une réaction de peur insurmontable face à certains stimuli en principe inoffensifs. Cependant, depuis quelques années, **le terme « *phobie* » (peur) a pris un nouveau sens, en devenant synonyme de « *haine* ».** La phobie devient une prophétie auto-réalisatrice, un acte performatif. Les arguments en « *-phobie* » transforment tout débat en une dispute personnelle. Ils cherchent à gagner en rhétorique ce qu'ils perdent en argumentation. Ce n'est pas une façon d'argumenter, c'est une façon de dire « *tais-toi, tu n'es pas qualifié pour donner une opinion sur ce sujet, sors du débat* ».

Selon la loi espagnole, des idées telles que celles-ci sont soumises à l'évaluation d'un organe administratif qui décidera s'il s'agit d'un « *crime de haine* », ou d'un « *crime transphobe* », passible d'amendes sévères et de déchéances professionnelles.

La transphobie est la néophobie par excellence, et les affirmations suivantes sont désormais perçues comme transphobes :

- Croire que les personnes qui donnent naissance aux bébés sont leurs mères ;
- Croire que les bébés naissent déjà avec un sexe ;
- Défendre l'idée qu'une femme lesbienne ne devrait pas avoir à faire une fellation à une personne ayant un pénis, quelle que soit son identité de genre ;
- Refuser que les enseignants de maternelle surveillent le comportement de leurs élèves selon qu'il est conforme ou non au genre ;
- S'opposer à ce que les violeurs de femmes purgent leur peine dans des prisons pour femmes si l'on découvre qu'ils sont des hommes.

La transphobie est le nouveau péché originel, dont on pourra peut-être se racheter grâce à la religion woke. Certains pays commencent à revenir sur des législations imprudentes, imposées davantage pour des raisons de naïveté idéologique que de solidité conceptuelle et sociale. D'autres pays s'obstinent à vouloir conformer la réalité à leurs clichés moraux ignorants. **La France a l'occasion de reprendre la tête d'une Europe rationnelle et progressiste.**

Il est essentiel de comprendre que **cette question n'est pas un nouveau chapitre de la bataille entre la droite et la gauche.** Il s'agit d'une **question plus générale, où sont en jeu des considérations et des idées fondamentales pour la construction de notre société.**

Le texte complet de José Errasti se trouve en annexe n°12.

2) Silvia Carrasco, maître de conférences en anthropologie à l'Université de Barcelone

Le 26 septembre 2023 le groupe de travail a auditionné Silvia CARRASCO, maître de conférences en anthropologie à l'Université de Barcelone, autrice d'un rapport sur la transidentité des mineurs en Catalogne.

Pour Silvia Carrasco, les enfants trans n'existent pas, mais ils sont fabriqués à grande échelle dans les salles de classe et par les services de santé.

Malgré de vives protestations du mouvement féministe, une loi étatique sur les trans a été adoptée en Espagne le 28 février 2023. Les trois axes de cette loi sont clairs :

- L'autodétermination, c'est-à-dire le choix du sexe légal, dans le recensement et dans le document d'identité, la catégorie objective du sexe est éliminée et remplacée par la catégorie subjective de l'identité de genre.
- La « dépathologisation » de la dysphorie de genre.
- La criminalisation des divergences d'opinion.

Comme toutes les législations basées sur l'idéologie transgenre, la loi trans catalane adoptée en octobre 2014 préconise le modèle affirmatif de traitement de la dysphorie de genre, qui repose sur l'autodiagnostic de la personne, quel que soit son âge, et un traitement pour adapter son corps à son identité de genre ressentie.

Les données fournies par le Département de Santé de Catalogne à propos des cas traités par un service spécial appelé « Trànsit », entre 2012 (l'année où il a commencé à fonctionner) et 2021, montrent que le volume total de cas est de plus de 5500 personnes, avec une augmentation exponentielle de plus de 7000 % en dix ans. Les nouveaux cas annuels ont quadruplé entre 2016 et 2021 et seuls ceux de l'année 2021 représentent déjà 25% des cas des dix 10 années analysées. L'âge moyen a diminué de 12 ans entre 2012 et 2021, passant de 34 à 22 ans en moyenne.

Le service Trànsit s'occupe de plus en plus de femmes et de mineurs, avec un schéma d'âge clairement différencié entre les femmes et les hommes qui révèle des cas très différents :

- Parmi les mineurs âgés de 0 à 9 ans, les garçons prédominent.
- Dans les groupes d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 25 ans, ce sont les filles qui prédominent.
- Dans le groupe des plus de 30 ans, les hommes prédominent, représentant plus de 70 % du total.

L'augmentation est alarmante chez les préadolescentes et les adolescentes : 70 % des cas dans les groupes d'âge 10-14 ans et 15-18 ans sont des filles. Bien que l'augmentation soit également alarmante chez les garçons, rien qu'entre 2015 et 2021, il y a eu une augmentation de 5700 % des filles âgées de 10 à 14 ans parmi les cas traités par le service Trànsit.

Le pourcentage de cas où le sexe des personnes traitées n'est pas enregistré est tout aussi alarmant, atteignant plus de 10 % dans ces mêmes groupes d'âge. D'après les tendances observées et la triangulation avec les données d'autres sources (qui parlent de non-binaires), on peut en déduire qu'il s'agit de filles. La plupart des personnes traitées reçoivent un traitement hormonal. Dans un rapport de 2016, le service Trànsit lui-même reconnaît que dans 87 % des cas, des hormones sont prescrites lors de la première visite.

Ces résultats alarmants soulèvent de nombreuses questions :

- Pourquoi y a-t-il de plus en plus de cas où le sexe n'est pas enregistré ? Est-ce le ministère de la santé qui fixe les critères de collecte des données, ou est-ce à la discrétion de chaque unité ? Comment est-il possible que le sexe de la personne traitée ne soit pas enregistré dans un acte médical qui, de surcroît, est centré sur les caractéristiques sexuelles ?
- Le ministère de la santé dispose-t-il de données sur la portée du modèle affirmatif en pédiatrie, sans passer par *Transit* ? *Et dans les soins de santé privés ? Combien d'enfants et d'adolescents reçoivent des traitements hormonaux dans les services de pédiatrie ?*
- Combien de filles adolescentes subissent des mastectomies ?
- Quelles sont les preuves scientifiques à l'appui de ces traitements et les effets secondaires ? Sont-ils étudiés chez les enfants traités par *Transit* ?
- Combien de temps s'écoule-t-il entre la première visite et le début d'un traitement hormonal chez les mineurs ?
- Comment se fait l'orientation, c'est-à-dire comment les enfants traités finissent-ils par arriver au service *Transit* ? *Quel est le rôle des centres éducatifs et des organisations transactivistes ?*
- Quelles sont les trajectoires de traitement ? Quel est le suivi effectué après la prescription d'un traitement hormonal et jusqu'à quand est-il suivi ?
- Y a-t-il des personnes qui, après avoir commencé le traitement, ont voulu l'abandonner ? Quel est le protocole d'action dans ce cas ?
- Mais surtout, à quoi le ministère de la santé attribue-t-il le changement marqué de la composition démographique des personnes suivies par *Transit*, *et cette augmentation exponentielle du volume global, ainsi que du nombre de mineurs et, surtout, d'adolescentes ?*

Trois sphères sont particulièrement touchées par l'idéologie trans :

- **Les lois et les protocoles qui sont adoptés discrètement et mêlés aux droits, tels que les protocoles éducatifs trans en vigueur dans 14 des 17 régions espagnoles (nouvelles lois sur la protection des enfants contre la violence, sur l'éducation, sur le sport, qui introduisent le concept d'identité de genre).**
- **Les médias et l'industrie culturelle (dessins animés, influenceurs trans, etc.)**
- **L'école, par le biais de changements dans le contenu des programmes (manuels scolaires, ateliers de sensibilisation).**

Les enfants et les adolescents, à travers les contenus auxquels ils sont exposés, sont influencés par:

- La dissociation corps/identité comme réalité ;
- Le sexe comme spectre pour « dépasser le corset répressif du binarisme » ;

- La découverte de sa propre identité ;
- La transgression en dehors du binarisme ;
- La prise de conscience d'appartenir à un collectif opprimé qui affronte le système par le fait d'être trans.

Des associations de familles trans-affirmatives, financées par des fonds publics et privés, exercent une pression et un chantage sur les familles confrontées au choix entre « *l'affirmation de la nouvelle identité de leurs enfants* » et « *le risque élevé de suicide* ». Elles mènent des initiatives pour créer une « *communauté trans* », en organisant des conférences et des sorties, voire des camps pour enfants trans. **Dans la seule ville de Malaga, il y aurait eu 4 « camps trans » durant l'été 2022.**

En janvier 2023, le Conseil qui réunit toutes les associations professionnelles de médecins de Catalogne a présenté un document avec leur prise de position mettant en garde contre la prescription de médicaments non indiqués à des mineurs en bonne santé physique.

Le texte complet de Silvia Carrasco se trouve en annexe n°13 ainsi que la synthèse de son rapport

C. DES INSTITUTIONS PUBLIQUES RELATIVES À LA SANTE ET À LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Il est bien connu que la santé et la protection de l'enfance sont traitées et encadrées par des institutions publiques. Celles-ci ayant été à ce jour peu présentes dans le débat public, le groupe de travail a souhaité les auditionner. Y-a-t-il une prise en compte de la transidentité des mineurs par ces instances ?

Il s'agit au premier chef de connaître la position du ministère de la Santé et des Solidarités. La Haute Autorité de Santé (HAS), est une particularité française puisqu'elle est indépendante du ministère de la Santé et n'est sous aucune tutelle. Elle émet des recommandations de bonnes pratiques et examine les droits de prise en charge par l'Assurance maladie.

Concernant les médecins, l'Ordre des médecins réactualise, s'il le juge nécessaire, son code de déontologie.

Quant à la protection de l'enfance, le groupe a jugé opportun de recevoir le Haut conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge, compte tenu de ses récents travaux sur la médicalisation des enfants (ne concernant pas directement le sujet) et de ses possibilités d'émettre des avis s'il se saisissait de la transidentification des mineurs.

1. HAS, Haute Autorité de Santé

Le Groupe de travail a auditionné le **29 novembre 2023** le **docteur Pierre Gabach, Chef du Service des Bonnes Pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS)**.

Pierre Gabach a été nommé chef du service Bonnes pratiques professionnelles (SBPP) au sein de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) à compter du 1^{er} avril dernier. Il succède à ce poste au Docteur Michel Laurence qui a quitté la HAS à l'été 2018. Médecin spécialiste de santé publique, Pierre Gabach a débuté sa carrière en 1983, en tant qu'interne des hôpitaux de région sanitaire Midi-Pyrénées, et a rejoint l'Assurance maladie en 1989. Il y exerce successivement les fonctions de médecin-conseil auprès d'une Caisse primaire d'assurance maladie et de médecin-conseil chef du contrôle médical hospitalier de la région Centre. Puis au niveau national, il rejoint en 2006 le département hospitalisation, devient ensuite responsable adjoint du département des actes avant de prendre les fonctions de responsable du département des prestations et des maladies chroniques.

Il explique que la HAS est la seule autorité scientifique indépendante, elle ne dépend pas de l'État et n'a aucune tutelle ministérielle. Cette indépendance est assurée par un collège de 8 personnes. L'un des rôles de la HAS est d'ouvrir le droit de prise en charge par l'Assurance maladie.

Le docteur Gabach souligne que la HAS a été saisie par le ministère de la Santé et par la CNAM de la question de la prise en charge des personnes transgenres, afin qu'elle établisse des recommandations de bonnes pratiques, aujourd'hui inexistantes en France.

De manière générale, la HAS écoute et rencontre les parties prenantes, elle établit une note de cadrage qui permet de déterminer les questions précises auxquelles elle entend répondre.

Elle constitue ensuite un groupe de travail, composé de différents profils de professionnels.

Concernant la prise en charge des personnes transgenres, ce travail de cadrage a été fait en 2022. Le groupe de travail a été constitué sous la responsabilité de la HAS. Il s'est à ce jour réuni à quatre reprises. Les membres du groupe de travail ont été, au préalable, présentés à un déontologue dans le but d'éviter la survenance de tout conflit d'intérêt.

Il rappelle que le socle de travail de la HAS est la médecine par les preuves. La 1^{ère} étape du travail consiste à faire une étude approfondie de la littérature scientifique mondiale existant sur le sujet, puis de procéder à une analyse critique de celle-ci, pour sélectionner les études fondées sur des preuves scientifiques les plus élevées.

La HAS, en dépit de la faiblesse potentielle des données, s'efforce toujours d'apporter des réponses – les plus consensuelles possibles – afin d'aider les professionnels de santé dans leur mission.

Une première version d'étude est soumise au groupe de lecture qui la commente, question par question. Puis les commentaires sont repris par le groupe de travail. Les 8 membres du collège votent ensuite une délibération. Le docteur Gabach estime qu'en moyenne, entre 60 et 100 personnes travaillent en amont dans l'élaboration des bonnes pratiques, d'où la longueur des délais préalables à l'élaboration de ses recommandations.

Le sujet de la prise en charge des personnes transgenres étant particulièrement complexe, la HAS a décidé de procéder en deux étapes :

- Elle a engagé un travail sur la question des personnes transgenres âgées de 16 ans et plus. Elle devrait publier sa recommandation en mai/juin 2024. Il précise que celle-ci ne distinguera pas entre les personnes de 16 à 18 ans, et celles de plus de 18 ans.
- Dans un second temps, la HAS se penchera sur le sujet des jeunes de moins de 16 ans (mais pas avant 2025) dans le cadre d'un groupe de travail dédié qui sera composé différemment car le sujet pose des questions, notamment juridiques, différentes.

Le docteur Gabach explique que l'âge de 16 ans a été choisi en référence à une notion de prise en charge pédiatrique, et non par rapport au seuil de la majorité légale.

La question de « *l'autodétermination* » est un sujet important. Elle se distingue, selon lui, de celle du « *consentement éclairé* ».

Il explique que des personnes transgenres sont associées au groupe de travail de la HAS, au titre de leur qualité « *d'usager* ». La composition du groupe de travail est, selon lui, équilibrée et comprend des membres des sociétés savantes, comme des représentants des usagers. L'équilibre vise à éviter *in fine* la contestation de la recommandation par le Conseil d'État.

La mise en place de ce groupe de travail se justifie, selon lui, car les parcours de traitements ne respectent pas totalement les règles. Par exemple, l'hormonothérapie est prescrite hors AMM.

La HAS a également prévu de répondre à la question de savoir quelle peut être la prise en charge des personnes transgenres qui souhaitent détransitionner.

Selon Monsieur Gabach, les réseaux sociaux jouent un rôle notable, et l'on voit des groupes d'entraide se créer, mais il considère qu'*in fine*, l'on ne peut pas laisser aujourd'hui des jeunes qui s'interrogent sans aucun accompagnement, alors que l'automédication sur internet est largement accessible.

Il estime que si l'on introduit trop de contraintes en la matière, le risque est de perdre des jeunes dans le dispositif.

En 2020, l'Assurance Maladie recensait 8142 personnes prises en charge en ALD transgenre, dont 294 personnes de 17 ans et moins (chiffres CNAM). Il confirme que ces chiffres augmentent depuis 10 ans. Par rapport à la question de l'ALD, il estime que si l'on crée une catégorie à part d'exonération du ticket modérateur, l'on va stigmatiser une certaine catégorie de personnes.

Il ajoute qu'un certain nombre de jeunes sont hors ALD et se procurent des médicaments sur internet (il s'agit là d'un chiffre non mesurable).

Pour conclure, le docteur précise que la HAS émet des recommandations, mais qu'elle n'a pas le pouvoir d'interdire des pratiques.

2. Ministère de la Santé

Nous reproduisons le document transmis par le ministère après l'audition, **le 6 décembre 2023, du Dr Olivier Scemama**, Chef de bureau des infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose (SP2), Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques.



DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Date : 05/12/2023

Rédacteur : Dr Olivier SCEMAMA

Questions posées

« En auditionnant le représentant de la HAS, nous avons compris que le ministère de la Santé l'avait interpellé pour établir des recommandations. Concernant les mineurs, celles-ci ne verront pas le jour avant 2025 les travaux devant débuter après juin 2024 au mieux. Le GT de la HAS s'occupe actuellement des plus de 16 ans (dont les mineurs de 16 à 18 ans)

- Avez-vous eu connaissance du rapport Cass, enquête demandée par le National Health Service du Royaume Uni, concernant le GIDS (un des plus importants centres pédiatriques au monde accueillant les mineurs transgenres) de la Tavistock clinic ?
- Avez-vous envisagé à l'instar du NHS (équivalent Sécurité sociale et ministère de la Santé) une enquête indépendante sur les pratiques en France concernant les mineurs ? nombre de signaux indiquent que des problèmes existent aussi en France bien que l'augmentation des mineurs mis sous bloqueurs de puberté est sûrement moins importante qu'au R-U.
- Au regard de la situation de la pédopsychiatrie, quelles sont les réformes attendues et dans quel délai ?
- Quelle serait la position du ministère de la Santé si les prescriptions médicamenteuses pour les mineurs étaient mieux encadrées par un texte législatif ? »

Question 1 :

- Rapport Cass demandé par le NHS concernant le GIDS de la Tavistock clinic sur la prise en charge des personnes trans et les parcours de transition : « Les patients mineurs qui souffrent de dysphorie de genre ont été orientés pendant plus de 30 ans vers le service spécialisé GIDS¹¹¹ au sein du trust hospitalier Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. Le GIDS dispose de deux centres de soins à Londres et à Leeds. La clinique Tavistock a depuis fait l'objet d'une action en justice de la part de jeunes qui affirment avoir été poussés à prendre des inhibiteurs de la puberté¹¹². En 2022, Le NHS a décidé de fermer le GIDS. »
- Mais pas accès au rapport donc pas possibilité d'en dire plus ni de porter un jugement ou d'en tirer des enseignements.

Question 2 :

- Nous n'avons pas prévu d'enquête spécifique concernant les pratiques en France concernant les mineurs. Nous avons en revanche programmé une enquête sur l'offre de soins à destination des personnes transgenres incluant les parcours de transition pour les mineurs, dont le périmètre précis sera adapté à l'issue de la réception des recommandations de la HAS.

Question 3 :

En 2018, l'OMS a sorti la transidentité du champ de la psychiatrie. La place d'une prise en charge psychiatrique dans le parcours de soins des personnes transgenres devra être définie précisément dans le cadre des recommandations attendues de la HAS.

- La **Cour des Comptes** a publié un **rapport relatif à la pédopsychiatrie**, réalisé à la demande de la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Pour ce faire, la Cour a auditionné près de 280 personnes dont l'ensemble des ARS (un questionnaire leur a également été adressé). La Cour des comptes a aussi réalisé une comparaison avec la Suède et la Belgique et situé la France par rapport aux pays de l'OCDE.
 - En France, on peut estimer qu'environ 1,6 million d'enfants et adolescents souffrent d'un trouble psychique et que l'épidémie de covid 19 a eu pour effet une augmentation importante des troubles psychiques chez les enfants à partir de 10 ans et chez les adolescents (notamment augmentation des idées suicidaires, troubles anxieux et dépressifs).
 - Le rapport pointe une **diversité des troubles et une multiplicité des facteurs de risque complexifiant la réponse à apporter** et une difficulté à estimer la sévérité des troubles. En effet, Les troubles mentaux rencontrés chez les enfants

111 <https://gids.nhs.uk/>

112 <https://www.theguardian.com/society/2023/jan/19/a-contentious-place-the-inside-story-of-tavistock-nhs-gender-identity-clinic>

et les adolescents sont divers, ils se distinguent par leur caractère non stabilisé, développemental et évolutif, par l'importance des facteurs de risques sociaux, économiques et familiaux et par la fréquence élevée des comorbidités.

- Avec un budget total de près de 2 Md€ supplémentaires entre 2022 et 2026, les **Assises de la santé mentale et de la psychiatrie**, qui se sont tenues fin septembre 2021, permettent la délégation de crédits pérennes à un niveau historique, visant notamment :
 - **Le renforcement des maisons des adolescents (MDA)** : ces lieux ressources sur la santé et le bien être des jeunes, dont le rôle a été mis en exergue par la crise sanitaire, bénéficient de crédits supplémentaires à hauteur de 10,5 M€ sur 2022-2023 ;
 - **Le renforcement des centres médico-psychologiques (CMP) adultes et des CMP de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA)** : principal acteur de la psychiatrie de secteur et de la prise en charge de proximité, ces structures font face depuis plusieurs années à une demande de soins croissante et à des délais d'attente qui s'allongent ; elles bénéficient d'un renfort de moyens à hauteur de 8 M€ par an pour les adultes et 8 M€ pour les enfants et les adolescents pendant 3 ans (2022 à 2024) afin de faciliter les premiers rendez-vous par un personnel non médical et ainsi réduire les délais d'attente.
 - **Le renforcement des moyens dédiés à la prise en charge du psychotraumatisme**, particulièrement pour la prise en charge des mineurs victimes de violences qui constitue une priorité gouvernementale (+ 3,5 M€ sur 2022-2023).
- Depuis 2019, un **appel à projets national annuel portant spécifiquement sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour le renforcement de l'offre dans les territoires les plus sous dotés au regard des besoins** a également été mis en place : +20 M€ en 2019, +20 M€ en 2020, +30 M€ en 2021, +20 M€ en 2022, ces crédits étant également pérennes. Devant le succès renouvelé chaque année de cet appel à projets et l'ampleur des besoins remontés, une enveloppe de 25 M€ de crédits pérennes a été identifiée pour 2023 (+5M€ par rapport à 22). Après quatre années de pilotage national du dispositif, il est pertinent de donner la main aux ARS pour la répartition de ces crédits, l'appréciation des besoins et des réponses proposées dans un contexte territorial. Les ARS pourront ainsi accompagner directement les projets pertinents et l'allocation de ressources financières gagnera en réactivité. Les crédits seront délégués dans le cadre de la première circulaire budgétaire des établissements de santé.
- Depuis 2019 également, un appel à projets relatif au fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie a été mis en œuvre dans le cadre de Ma santé 2022. Au total, 236 projets ont été financés, pour un montant total de 190M€ (les projets étant financés sur 3 ans, avec une exception faite dans le cadre de la crise sanitaire pour les projets sélectionnés en 2019, qui ont ainsi pu bénéficier d'une quatrième année de financements). Cet appel à projets a permis le financement de projets garantissant

un meilleur **parcours thérapeutique médicamenteux**, renforçant la prise en charge psychiatrique de **publics spécifiques** tels que les personnes placées sous-main de justice, les personnes en situation de handicap ou encore les femmes victimes de violence, renforçant l'accès aux **soins somatiques** ou encore la prévention et la gestion de la **crise**.

- Sur le volet des **ressources humaines**, le ministre de la santé et de la prévention est bien conscient des **difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain**. En 2021, l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDP S) comptabilisait 15 500 psychiatres, 59 000 infirmiers exerçant en psychiatrie et estimait la fin de la décrue pour l'année 2023. Par ailleurs, le pourcentage des postes non choisis par les étudiants en psychiatrie est passé de 17,5 % en 2019 (531 postes ouverts aux épreuves classantes nationales (ECN) pour 438 postes pourvus) à 6 % en 2022 (539 postes ouverts aux ECN pour 505 postes pourvus), en lien avec la réforme de la maquette de formation. Quant à l'option pédopsychiatrie du DES de psychiatrie, pour l'année 2019-2020, 103 étudiants étaient inscrits pour 144 postes ouverts. Pour l'année 2022-2023, ce sont 157 postes ouverts et 127 étudiants inscrits. En 2023, deux postes de professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PH) ont été créés (dont un dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie) et sept postes de maîtres de conférences des universités - PH (dont deux dans le cadre des Assises).
- Enfin, dans le cadre du Comité interministériel à l'enfance ainsi que des futures Assises de la santé de l'enfant et de la pédiatrie, la santé mentale des enfants et des adolescents a été clairement énoncée comme une **priorité gouvernementale** et figure dans les axes de travail actuels de ces instances, dont les conclusions devraient pouvoir être partagées dans les prochains mois.

Question 4 :

- A priori pas de besoin de légiférer identifié par le MSP mais besoin d'un encadrement et de la sécurisation des pratiques relevant des **recommandations de bonne pratique de la HAS en attente**.

3. Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du département 75

Le 9 novembre 2023, le groupe de travail a entendu le Dr Christine Louis-Vahdat, Vice-Présidente du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du département 75.

Elle souligne que la HAS va débiter un groupe de travail dédié à la prise en charge des mineurs trans. Le groupe de travail de la HAS, déjà mis en place, sur les majeurs va quant à lui rendre publiques ses recommandations de bonnes pratiques en avril 2024. Celles-ci devraient concerner toutes les personnes en situation de transidentité âgées de 16 ans et plus.

L'Ordre a demandé à avoir un représentant au sein du groupe de travail de la HAS sur les mineurs, car plusieurs plaintes lui sont remontées (de parents, de médecins mis en cause, etc.). L'ONM a identifié des problèmes sur le sujet, et estime qu'il va falloir modifier l'article du code de la santé sur les mutilations.

Selon les chiffres de l'ONM, reprenant ceux de l'étude du professeur Nathalie Chabbert-Buffet, en 2020, ce sont 8952 patients en transition qui ont été pris en charge en ALD, dont 294 patients de moins de 17 ans (3,3 %). Seuls des services hospitaliers traitent les mineurs. Cela représente une augmentation + 4 % entre 2012 et 2020. D'après les remontées des médecins faites à l'Ordre, il n'y a pas d'augmentation significative des cas, mais plutôt une augmentation de demandes de jeunes adultes. Ceux qui sont « véritablement » prêts à transitionner sont estimés à 1%. Selon un sondage récent, 10 % des plus de 16 ans disent être mal « dans le genre assigné à la naissance ».

Un mineur ne peut pas être pris en charge sans l'accord de ses deux parents, à défaut de quoi il s'agirait d'une faute déontologique de la part des médecins.

Madame Louis-Vahdat explique que les plaintes de parents reçues par l'Ordre portent sur des cas qui concernent des enfants majeurs, c'est pourquoi elles sont irrecevables.

Elle poursuit en disant que la prise en charge des mineurs est toujours pluridisciplinaire. Selon les chiffres d'Agnès Condat, le délai entre la demande de transition et la prescription d'un traitement hormonal est de 11 mois et demi en moyenne.

La représentante de l'ONM estime qu'un cadre existe, qu'il correspond à des règles de bonnes pratiques, bien que les recommandations officielles de la HAS n'aient pas encore été émises.

Elle souligne que les bloqueurs de puberté sont prescrits dans des cas exceptionnels de dysphorie de genre associée à une souffrance intense des enfants. L'Ordre n'a pas détecté en France de comportements dangereux sur les mineurs, ou de pratiques qui ne respecteraient pas la déontologie qui incombe aux médecins.

Madame Louis-Vahdat précise qu'il existe une pression des associations transactivistes qui tentent de faire supprimer l'examen psychologique obligatoire lors de la première consultation par des mineurs.

Elle juge que la prescription de médicaments hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) n'est pas un argument pour dire que ça ne peut pas se faire, car elle explique que cela

est fréquent dans certaines disciplines médicales, notamment en gynécologie.

Au sujet des opérations de torsoplastie, elle indique que la moyenne d'âge d'intervention en France est de **17 ans et 3 mois**. **La torsoplastie est à distinguer de l'opération de mastectomie, car dans le second cas la totalité du sein (la glande mammaire, l'aréole, le mamelon et une partie de la peau du sein) est retiré. Dans le premier cas, seule la glande mammaire est retirée de chaque côté, afin d'enlever le volume mammaire et de masculiniser le thorax.**

En conclusion, la représentante de l'Ordre juge qu'un cadre est nécessaire, avec une clause de conscience, pour protéger les médecins, les patients, et pour répondre aux souffrances des jeunes. Elle estime que les évolutions sur ce sujet sont intrinsèquement liées à la dépsychiatriation de la dysphorie de genre, par l'OMS, en 2019. Elle termine en estimant que le médecin qui ne maîtriserait pas ce sujet particulier est tenu de respecter la déontologie et qu'il ne peut pas, au prétexte d'une supposée incompétence, commettre de discrimination.

4. Le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge

Le 13 juillet 2023, le Groupe de travail a auditionné sa présidente, Sylviane GIAMPINO

Sylviane GIAMPINO, Présidente du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge, est intervenue devant le groupe de travail, avec Frédérique CHAVE, Secrétaire générale adjointe du HCFEA.

En tant que Présidente, Mme Giampino porte les travaux des membres.

Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence n'a pas encore instruit de rapport sur la thématique de la transidentité des mineurs et n'a pas été saisi non plus de demande de la part des pouvoirs publics.

Elle va donc partir des travaux déjà établis par le Conseil de l'enfance et de l'adolescence dont le comité compte douze enfants et qui est né de convergences d'exigences des acteurs de la protection de l'enfance.

Ce Conseil pense l'enfant dans sa globalité dans les politiques publiques et vise à modifier les dispositifs et services afin de les rendre plus favorables à l'enfant et à l'adolescent dans le respect de ses droits.

La Convention internationale des Droits de l'Enfant ne suffit pas.

En effet, il y a aussi des droits de protection des enfants en veillant à bien mettre en tension le recueil de l'avis de l'enfant et l'exigence de ne pas le priver d'une écoute protectrice.

L'enfant est pris dans une idéologie idéaliste : tout le monde aime les enfants et souhaite leur bien-être et leur bien.

Il est pris également parfois dans des contradictions idéologiques liées à des appartenances politiques.

Les connaissances doivent faire l'objet d'un débat au sein du Conseil.

Les données actuelles ne suffisent pas car il y a des problèmes nouveaux pour les enfants.

Sylviane Giampino appuie son intervention sur trois rapports du Conseil de l'enfance et de l'adolescence. Ces trois rapports peuvent être consultés sur le site du HCFEA (nous donnons les liens)

1. **Rapport « les enfants, les écrans et le numérique » adopté le 6 mars 2020**¹¹³
2. **Rapport « la traversée adolescente des années collège » adopté le 28 mai 2021**¹¹⁴
3. **Rapport « quand les enfants vont mal : comment les aider ? » adopté le 7 mars 2023**¹¹⁵

Les membres ont été sensibles à deux sujets : l'entrisme des prédatons sexuelles sur les enfants à travers les images et les embrigadements.

Les enfants et les adolescents font corps avec le numérique.

Le rapport pointe un risque d'embrigadement et de manipulation idéologique à l'adolescence, en particulier si l'état psychologique est fragile.

Internet est utilisé au détriment des politiques publiques d'enseignement.

L'éducation doit être émancipatrice et les adolescents doivent apprendre à pouvoir dire OUI ou NON et à agir.

Sur Internet, les adolescents sont confrontés à des « tuteurs périphériques et occasionnels ».

Sur notre thématique, ils arrivent à faire vaciller toute forme de repère en s'appuyant sur des ressorts affectifs ou idéologiques => on évite de penser car cela est trop dérangeant et douloureux.

Lorsque les familles font ce qu'elles peuvent, que les écoles font ce qu'elles doivent, les personnes tierces constituent le troisième éducateur des enfants, leur troisième chance : c'est un TOUT à harmoniser.

Dans le cas des enfants qui s'identifient trans, la parole de l'enfant prime sur celle de l'adulte ce qui ne devrait pas être le cas. Ce d'autant plus que d'autres adultes que les parents s'emparent de la parole de l'enfant et sont considérés comme meilleurs détenteurs que les parents.

Cela contrevient à l'objectif de prôner une parole protectrice de l'enfant.

113 https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/dossier_enfantsecransnumerique.pdf

114 https://hcfea-portail-preprod.cegedim.cloud/IMG/pdf/hcfea_rapportanneescollège.pdf

115 https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_rapport_13032023.pdf

La primadolescence est une tranche d'âge charnière du développement de l'enfant durant laquelle il subit des changements psychologiques et physiques. C'est un temps contradictoire entre l'affirmation de soi, l'attente de reconnaissance, le besoin de repères, le besoin de transgression et la bifurcation identitaire.

Les conditions de cette traversée sont importantes.

Il y a des enjeux de santé, de protection, d'aménagements des espaces dans lesquels les enfants se trouvent.

La santé des adolescents est menacée car ils sont suivis par des généralistes alors qu'ils devraient être traités par un pédiatre. Leur puberté n'est pas suivie. Dans cette période, la relation parents/enfants est troublée, les enfants grandissent à toute vitesse mais ils sont en réalité encore des « nourrissons ».

Le collège unique est compliqué pour les adolescents car le vécu des garçons et des filles est très différent. Les transformations/pubertaires ne sont pas assez prises en considération quand les enfants sont tous ensemble.

On constate un besoin de s'émanciper, de se construire une identité qui se distingue de leur environnement et un recentrage sur le corps.

Le rapport sur le numérique débute par la question du « dehors » des enfants qui ne sortent plus. Leur consommation des écrans leur fait considérer le monde extérieur comme dangereux. Ils mènent leur vie sociale en restant chez eux. Dans le même temps, les familles sont rassurées qu'ils ne prennent pas de risque.

Le rapport conclut que les enfants doivent sortir, se cultiver, prendre l'air. En effet, il y a autant de mauvaises rencontres sur Internet qu'en sortant.

Il y a un impact sur la découverte de la sexualité. On constate que des tabous persistent concernant la santé sexuelle et le corps, notamment les menstruations. L'intimité des enfants n'est pas respectée dans les institutions et services qui leur sont destinés. Les adolescents lancent des appels à l'aide à leur manière : par des scarifications, des tatouages ou de l'anorexie.

Cela rejoint notre sujet.

POINTS-CLÉS 1 : LA CONTROVERSE MÉDICALE

▸ La plupart des pays occidentaux ont observé une augmentation très importante des jeunes transidentifiés, ces dix dernières années. Le profil des jeunes se disant transgenre a changé. Les filles sont davantage concernées que les garçons. Le déclenchement de la dysphorie de genre à l'adolescence semble particulièrement rapide.

▸ Les pays ayant l'expérience la plus ancienne (Finlande, Suède, Norvège, Royaume-Uni, certains États des USA) édictent de nouvelles directives de soins pour les mineurs dans le but de limiter l'usage des inhibiteurs de la puberté, des hormones croisées et les interventions chirurgicales, au profit d'une prise en charge psychologique en première intention.

▸ En France, les équipes des consultations dédiées aux enfants et aux adolescents en questionnement de genre peuvent être qualifiées de « *trans affirmatives* », dans la mesure où elles accompagnent les jeunes vers la transition médicale, et ce dès la puberté. Ces équipes se réfèrent, pour la plupart, aux recommandations de l'Endocrine Society, qui repose sur la « Dutch approach », mise en place aux Pays-Bas à la fin des années 1990, ainsi qu'aux aussi directives internationales de la WPATH (Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres).

▸ Les professionnels de santé français qui s'opposent à un accompagnement de type transaffirmatif prônent une approche plus globale de la souffrance de l'adolescent. Certains d'entre eux estiment que la demande de changement de genre de l'adolescent est à entendre et à questionner, par une approche psychothérapeutique, sans y apporter de réponse par un traitement médical immédiat.

▸ A l'heure actuelle, le manque de consensus et de débat sur le diagnostic de « dysphorie de genre » des mineurs est criant, ce qui obère la qualité des réponses cliniques appropriées à un jeune public. Les services spécialisés ont augmenté en France (au nombre de 18), traduisant la focalisation des services de santé sur le traitement médicalisé de la dysphorie de genre, plutôt que sur les comorbidités.

▸ La Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie par le ministère de la Santé et par la Caisse Nationale de l'Assurance maladie (CNAM) du sujet de la prise en charge des personnes transgenres, en vue d'établir des recommandations de bonnes pratiques, qui n'existent aujourd'hui pas en France. La HAS a décidé de procéder en deux étapes :

- Elle a engagé un premier travail sur la prise en charge des personnes transgenres âgées de 16 ans et plus, qui devrait aboutir à la publication de recommandations à la fin du premier semestre 2024.

- Courant 2025, elle examinera le cas des jeunes de moins de 16 ans, dans le cadre d'un groupe de travail dédié, différemment composé.

CULTURE, EDUCATION ET DROIT

En guise d'introduction à cette partie, nous proposons d'entendre un philosophe qui pense plus largement la transidentification des mineurs et l'inscrit dans une problématique de société.

A. UN POINT DE VUE DE PHILOSOPHE SUR L'ADOLESCENCE ET LA SOCIÉTÉ

1) Pr Jean-François Braunstein, philosophe, Université Panthéon-Sorbonne

Le 12 juillet 2023, le Groupe de travail a souhaité entendre Jean-François Braunstein, professeur émérite de philosophie et d'histoire des sciences à l'Université Paris 1-Panthéon-Sorbonne. Il est l'auteur notamment de *La philosophie devenue folle – le genre, l'animal, la mort*, paru chez Grasset en 2018 ainsi que de *La religion woke*, paru également chez Grasset en 2022.

Selon lui, la transidentification des mineurs est un **problème de santé publique** qui aura des répercussions dans les prochaines années.

Il explique s'être intéressé au sujet car il lui a semblé qu'un certain nombre de doctrines philosophiques, apparues à l'étranger, commençaient à se répandre en France. Ces doctrines se fondent sur la volonté d'aller toujours plus loin, de **repousser sans cesse les limites, en particulier dans trois domaines :**

- Les limites entre les hommes et les femmes ;
- Les limites entre l'homme et l'animal ;
- Les limites intrinsèques liées à la mort.

Selon lui, **un certain nombre de spéculations anglosaxonnes trouvent une traduction dans des propositions absurdes. Il donne l'exemple du planning familial qui explique que les hommes peuvent être « enceints ».**

Le professeur Braunstein évoque ensuite la théorie wokiste qui repose, selon lui, sur **4 thèses principales :**

- **La théorie du genre** : théorie qui date des années 1950 et de l'affaire « Reimer », impliquant le professeur de psychologie John Money à Hopkins. Elle s'élève contre la « fausse dichotomie entre le féminin et le masculin ». Pour Money, le genre est plus important que le sexe (car il est behavioriste), et la culture est plus importante que la nature. En 1990, le livre de Judith Butler, *Trouble dans le genre*, va encore plus loin : le genre produit le corps et le sexe, à travers la notion de performativité. Il faut montrer que ce genre est toujours fluide et discutable, et que l'on peut remettre en cause les normes, avec la notion de queer. Il n'y a pas deux sexes dans l'espèce humaine, mais une infinité. Or, le professeur Braunstein rappelle qu'en biologie, ce n'est pas le cas.
- **La théorie critique de la race** : cette théorie, qui se présente comme antiraciste, est pourtant obsédée par la race. Aux Etats-Unis, on note un recul de la discrimination positive. Celle-ci suppose que le racisme soit systémique. Or, en France, la République ignore la question de la race.
- **La théorie intersectionnelle** : ce serait la « vraie découverte du wokisme », c'est-à-dire la convergence des luttes (qui peut s'étendre à pleins d'autres sujets, comme le colonialisme, la grossophobie, etc.). Inventée par une juriste, elle repose sur une idée qui n'est pas absurde, selon laquelle l'on peut se trouver à l'intersection de plusieurs discriminations. Toutefois, elle aboutit à la création d'une communauté victimaire. En essayant de devenir une victime, on culpabilise les autres par effet de symétrie (couple sadomasochiste).
- **La théorie de la connaissance** : selon laquelle il n'existe plus de vérité et la science est dépassée. Toutes les sciences sont virilistes, racistes, dominantes car initialement produites par des hommes blancs, hétérosexuels et occidentaux. Il évoque « l'épistémologie du point de vue » : selon cette théorie, il n'existe pas d'observateur impartial, ni d'objectivité dans la connaissance.

Pour le professeur Braunstein, ces idées présentées comme progressistes et « de gauche » sont en réalité particulièrement critiques des valeurs universalistes républicaines. L'homme n'existe pas, il n'y a que des hommes « situés ». La logique qui les sous-tend est de critiquer l'individualisme pour revenir à une pensée communautaire. Il prend l'exemple des contempteurs de l'œuvre d'écrivains tels que Philip Roth ou Bret Easton Ellis.

Pour lui, la « religion woke », qui consisterait à être « éveillé face aux injustices sociales et raciales » est une vision du monde qui trouve son exaltation dans le refus du débat : les critiques représentent le mal. Cette religion se traduit par l'annulation (la « cancel culture »), la réécriture, le prosélytisme. En cela, elle est une « religion post protestante qui

rappelle les réveils religieux précédents ». Ce qui la distingue des autres religions cependant, c'est qu'elle proclame un péché sans pardon et qu'il s'agit de la première religion née dans les universités, qui ne sont plus les lieux du libre échange d'idées.

Pour le professeur, **le genre et la transidentité sont au cœur de la pensée woke**. Cela n'a cependant « rien à voir avec la dysphorie de genre classique ». Il s'agit là de refuser la différence des sexes, plutôt que de devenir véritablement un garçon (dans le cas des jeunes filles). Force est de constater que les adultes changeraient de genre en masse s'il s'agissait d'une simple libération de la parole.

Ce phénomène touche davantage de jeunes filles blanches, favorisées, qui se disent victimes.

Selon lui, le changement de genre permet alors d'exister dans ce monde victimaire.

Le philosophe canadien Ian Hacking expliquait que quand des nouvelles catégories apparaissent en sciences humaines, elles façonnent les gens. Cette ontologie historique des troubles de la personnalité multiple repose sur l'idée que les gens sont affectés par la description qui est faite d'eux et provoque des « effets retour » (looping effect). Pour M. Braunstein, aujourd'hui, si vous êtes un adolescent mal dans son corps, vous pouvez être tenté de changer de genre. Il convoque l'exemple de l'amputomanie, maladie qui consiste à se faire amputer d'un membre sain, car il ne reflète pas l'image que l'on se fait de soi.

Dans les écoles, émergent des campagnes consistant à dire aux jeunes « ici, on peut être soi ».

Mais c'est une injonction paradoxale : il en résulte « une incitation à la construction d'identités communautaires ». L'idéal d'émancipation est poussé à son terme : on se libère du corps lui-même. Ainsi, le transgenre fait table rase de ce qui pèse sur lui, le corps est le mal.

Le changement de genre est une « héroïsation », à la fois dans un sens archaïque, dans un sens religieux, mais encore dans le sens d'une doctrine contemporaine du transhumanisme.

L'être transgenre comme rampe d'accès au transhumanisme ?

Aujourd'hui, cette idéologie dépasse l'université et nous est vendue par les GAFAM (exemple du metavers). **On fait la guerre à la réalité**. Ce phénomène a explosé pendant le Covid, les jeunes ont passés beaucoup de temps dans le monde virtuel. Or le monde existe encore. Il existe une possibilité de résistance de ceux qui sont encore dans le monde réel.

En conclusion, le professeur Braunstein considère qu'il y a urgence à agir et formule les pistes suivantes :

- Si l'on pense qu'il y a une dissonance entre esprit et corps, pourquoi ne pas tenter de modifier la conscience, avant de changer le corps ? (En allant voir un psy par exemple).
- Il faut se conformer au principe « d'abord ne pas nuire » d'Hippocrate.
- On doit se souvenir d'une grande mode tragique dans les années 1930-1940 : les lobotomies. D'importants risques de poursuites judiciaires sont à craindre dans les années à venir.

- Le caractère de sanctuaire de l'école doit être rétabli.

B. L'IMPACT DES RÉSEAUX SOCIAUX SUR LES ADOLESCENTS

La révolution numérique modifie nos modes de vie, nos économies et pour chaque individu ses modes d'interaction au sein de la société.

Les réseaux sociaux numériques (RSN) sont au cœur du système de fonctionnement du web 2.0 ou web social. Ils sont très fréquentés par les jeunes pour s'informer et communiquer entre pairs. Les enfants et surtout les adolescents sont confrontés à une masse d'informations disponibles en ligne et à des points de vue très différents dont la logique n'est pas toujours intelligible. Ce jeune public est surtout très perméable aux fausses informations susceptibles d'influencer ses choix, ses comportements mais surtout sa représentation du monde.

Certains estiment que la « libération de la parole », la visibilité de la transidentité dans les médias et sur les réseaux sociaux auraient favorisé l'augmentation du nombre de jeunes qui soutiennent ne pas appartenir au sexe « assigné » à la naissance. D'autres, au contraire, considèrent que les réseaux sociaux auraient influencé les adolescents en raison de groupes d'influenceurs qui donnent des conseils et répondent positivement aux questionnements de ces jeunes qui sont mal dans leur corps. Sur les réseaux sociaux, les jeunes pensent trouver des « solutions » à leur malaise et parfois le mode d'emploi pour imposer ces solutions à leur entourage. Ils peuvent aussi trouver une communauté et se sentir soutenus et même héroïsés.

1) Angélique Gozlan, chercheur et psychologue clinicienne

Le Groupe de travail a auditionné Angélique Gozlan le 14 juin 2023, spécialiste des réseaux sociaux à l'adolescence.

Angélique Gozlan est docteur en psychopathologie et psychanalyse, psychologue clinicienne, chercheuse associée à l'Université Paris 7 et Lyon 2, ancienne formatrice à l'Institut régional du travail social (IRTS) de Paris. Elle est l'auteure de *L'adolescent face à Facebook : enjeux de la virtualescence* (In Press, 2016) ; *Le harcèlement virtuel* (Yapaka, 2018). Elle a également écrit plusieurs articles sur l'impact psychique du virtuel et des images chez l'adolescent dont : « Les groupes virtuels au sein des réseaux sociaux » (*Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2018) ; « *L'adolescent face à la propagande visuelle 2.0 de Daesh* » (*Cahiers de psychologie clinique*, 2017).

Cette spécialiste des réseaux sociaux a successivement évoqué les enjeux psychiques des usages des réseaux sociaux, le rôle des hashtags ainsi que celui des algorithmes.

Selon elle, les réseaux constituent aujourd'hui un véritable objet culturel pour les adoles-

cents, une activité à part entière du quotidien, comme pratiquer le judo ou aller au cinéma.

Les nombreux réseaux qui existent (*Facebook, Snapchat, Instagram, TikTok, Youtube, Reddit, etc.*) se prêtent à plusieurs usages. Parmi eux, l'on retrouve le divertissement, l'appartenance à une communauté, et le partage de questions / centres d'intérêts propres à chaque âge. Elle compare ainsi les réseaux sociaux au *pharmakon grec, à la fois poison et remède.*

L'ado utilisateur multi réseaux

Aujourd'hui, le réseau social est un objet culturel pour l'adolescent. Il appartient pleinement au quotidien des ados et donc des familles. Il doit être considéré comme une activité à part entière et les usages des RSN (Réseaux Sociaux Numériques) doivent mobiliser l'intérêt des adultes qui accompagnent enfants et adolescents.

Depuis la création de Facebook en 2004, la présence des adolescents sur les RSN s'est intensifiée et diversifiée : Instagram, Snapchat, YouTube, Tik Tok, Discord, Twitch, etc.

Utilisation des réseaux sociaux chez les jeunes

	Instagram	Snapchat	Facebook	Twitter	TikTok	Pinterest	LinkedIn
Total fin 2017	64%	82%	93%	53%	-	32%	44%
Total fin 2018	73%	73%	67%	33%	4%	18%	22%
Total fin 2019	81%	74%	61%	33%	10%	17%	23%
Total fin 2020	82%	74%	54%	39%	38%	23%	22%
Total cette année	84%	76%	48%	40%	52%	26%	26%

Les réseaux sociaux préférés de la génération Z en 2022. © Diplomeo

Les usages se diversifient en fonction des plateformes. Par exemple, Snapchat est un RSN privilégié pour les échanges par messagerie, TikTok pour le divertissement, Instagram pour suivre des influenceurs et se mettre en image.

Selon la « dose », ils peuvent **répondre bénéfiquement aux besoins des adolescents (socialisation, appartenance à un groupe de pairs, expériences en dehors du regard des parents, partage de centres d'intérêt)**. Ils peuvent alors influencer sur la quête identitaire par la mise en image de soi, l'identification et la réflexivité. À l'inverse, les usages négatifs des réseaux apparaissent. Ils dépendent alors d'une concordance entre la vulnérabilité de l'adolescent, la qualité de la communauté et le paramétrage des comptes. Une forme de radicalisation de la pensée et un embrigadement communautaire peuvent affecter des jeunes déjà en proie à des souffrances préalables. Les réseaux en sont alors le reflet.

L'usage des RSN relève du *Pharmakon*, possiblement toxique : le poison peut devenir remède et réciproquement : l'enjeu du numérique comme *Pharmakon* est flagrant, puisque l'ob-

jet numérique, réseau social ou jeu vidéo, peut répondre aux attentes du sujet mais aussi en créer de nouvelles. C'est bien sûr, le dosage et la quantité qui peuvent transformer le remède en poison.

- Un point essentiel à souligner est qu'il existe des effets positifs et des effets négatifs à l'usage des RSN.
- Ceci est fonction de la corrélation de la vulnérabilité propre à l'adolescence et à l'adolescent, de l'environnement de ce dernier, de son usage singulier des RSN et de la qualité de sa communauté numérique.

Les RSN, un remède à l'adolescence

Si autant d'ados sont présents sur divers RSN, c'est bien que ceux-ci répondent à un besoin adolescent.

Le premier besoin, fondamental à cette période, est la socialisation : les ados retrouvent leurs amis de la vraie vie sur ces plateformes et s'en créent d'autres au sein de communautés. Cela leur permet d'expérimenter le sentiment d'appartenance à un groupe de pairs. A l'adolescence, il est indispensable de faire des expériences en dehors du regard des parents : les réseaux sociaux sont des terrains numériques d'expériences, non investis par les parents (ou de façon différente). Les adolescents se retrouvent entre eux et partagent des activités, des langages, des centres d'intérêts.

C'est le processus de séparation nécessaire d'avec les parents qui est en jeu ici et qui va permettre aux ados de se construire en dehors du regard parental, d'expérimenter la relation à l'autre, de manière amicale et amoureuse.

Qui plus est, utiliser un même réseau social, intégrer une communauté virtuelle, c'est véritablement se sentir intégré à une sphère sociale partageant les mêmes codes, la même culture, le même langage (verbal ou en images).

Le second besoin est la quête identitaire. Les RSN par la mise en image de soi, l'appel du regard de l'autre, les identifications les uns aux autres, la réflexivité inhérente aux retours sur soi participent à cette quête, à trouver des réponses à ces questions existentielles, à expérimenter son image, à apprivoiser son image du corps, à trouver un regard sur soi qui valide ou invalide le "je suis". Ce sont ces validations qui permettent à l'adolescent de construire son identité, tout comme il se teste face aux autres, dans son environnement quotidien, scolaire par exemple. Les jeux d'images réalisés avec les filtres sur les photographies rendent par exemple possibles des essais d'identité, en se transformant, se grimant, pour tester différentes apparences. Ces expériences sont donc parties prenantes du développement adolescent. De même aujourd'hui, un adolescent se posant une question sur ce qui le traverse, va d'abord se tourner vers Internet, Google, et les communautés virtuelles de ses RSN. Il y

trouvera des modèles ou des pseudos-modèles d'identification.

Risques des usages des RSN

C'est la concordance de la vulnérabilité propre à l'adolescence, l'environnement de l'adolescent, de leur paramétrage de comptes, de la qualité de leur communauté et de leurs usages qui peut ou pas créer des effets dit "négatifs" sur l'adolescent.

Ces risques sont :

- Le cyberharcèlement
- La radicalisation de sa pensée,
- Allant de pair avec l'embrigadement communautaire
- Les conduites à risques, notamment avec les challenges comme les neknomination ou le challenge du labello poussant au suicide
- Le choc des images visualisées pouvant induire des troubles du sommeil, une anxiété modérée, des complexes physiques
- Des mouvements dépressifs, pouvant s'associer à des troubles du comportement alimentaire, du rythme nyctéméral, des troubles de l'image de soi (dysmorphophobie, dysphorie de genre), mais aussi des consommations de produits illicites, etc.

Mais on ne peut pas dire à ce jour qu'il y a une causalité directe et univoque des RS sur l'adolescent et sa vie psychique.

En effet, la souffrance peut être préalable à l'usage des RSN, et ce dernier ne sera que le reflet de cette souffrance préexistante, de ce mal-être. Par exemple, les RSN peuvent combler un vide existentiel et amener le jeune à une quête frénétique de son identité en naviguant de comptes en comptes, d'influenceurs en influenceurs, d'infos en intox. Pour d'autres, l'usage excessif lui permettra d'être en connexion avec d'autres, d'occuper son temps et son esprit à un moment de profond mal-être. Il s'agira là d'un **usage « refuge »** des RSN.

De ce fait, on peut ici percevoir que la manière dont un adolescent utilise les RSN, peut être un indicateur de souffrance psychique. L'usage des RSN peut être un moyen de repérage de cette souffrance. Mais ceci doit absolument être recontextualisé en prenant en considération l'environnement familial, scolaire, amical, amoureux et bien entendu la santé mentale du jeune.

Au sujet des *hashtags* et des *algorithmes*, Angélique Gozlan explique que tous les centres d'intérêts sont représentés sur les réseaux, au sein desquels émergent des **influenceurs transgenres**. Ces personnalités se présentent comme des figures rassurantes, aptes à apporter des réponses et des solutions aux questions du moment que se posent des jeunes en souffrance. En outre, les algorithmes proposent des contenus similaires et alimentent ainsi un repartage de contenus déjà « likés », qui aboutit à créer de véritables bulles informationnelles dans lesquelles les

adolescents se retrouvent enfermés.

La question de l'influence sur les RSN

Après avoir très rapidement décrit les enjeux globaux de la présence des adolescents sur les RSN, se pose la question des influences sur ces RSN.

Les modèles de ces plateformes ouvrent sur de nouveaux modèles identificatoires, nommés « influenceurs ». Il en existe pour tous les domaines, pour tous les centres d'intérêts : le body positive, la cuisine, la télé-réalité, le gain d'argent, la mode, etc.

En quête d'idéaux mais aussi d'identifications, les adolescents suivent nombre d'influenceurs qui peuvent prendre une fonction de meneurs et répondre à leurs questions existentielles. Qui dit influenceurs, dit également communauté de pairs.

La question transgenre ne déroge pas à ce phénomène sur les RSN.

Le #transgenre compte 73900 publications sur Instagram, 417,7 Millions de vues sur Tik Tok, #transgenres compte 869 000 vues, ce # se décline de multiples manières : en ajoutant son pays, des smileys, la transition ftm ou mtf, etc. Ce # touche donc des milliers de personnes.

Des figures d'influenceurs transgenres émergent également avec des milliers de followers. La question transgenre trouve sur les RSN une voie d'expression indéniable qui permet pour certains jeunes adultes de trouver au sein de ces communautés, un lieu de partage et de soutien et pour les plus jeunes, des réponses à leurs questions...

Le rôle des algorithmes dans l'enfermement de la pensée

Mais, à ceci s'ajoute un cloisonnement des discours du fait des # qui créent des communautés autocentrées mais aussi des algorithmes qui proposent des contenus similaires. Les algorithmes, sur le principe de « repartager du contenu aimé », enferment l'utilisateur sur un modèle de pensée unique.

Se créent donc, certes des groupes de soutien, de partage, mais aussi des espaces clos excluant toute autre forme de pensée, dans lesquels, par l'absence d'un autre discours, par l'émergence de multiples phénomènes de groupe (illusion groupale, indifférenciation de la pensée, contagion des sentiments), se façonne une position idéologique. Au sein de la position idéologique transgenre sur les RSN (je ne parle absolument pas des milieux associatifs), s'adressant souvent à des adolescents vulnérables, en pleine construction identitaire, l'influenceur peut prendre la place de l'Idole, admiré, réconfortant au regard des posts publiés qui partagent le chemin parcouru pour se réaliser. Le mal-être adolescent peut trouver alors dans ces espaces une voie à sa résolution, dans une immédiateté propre à la temporalité des RSN, et non propre à celle de la construction identitaire, qui prend du temps, de l'énergie pour se connaître et se reconnaître. Ici et maintenant, je peux obtenir LA réponse, celle cor-

roborée par des milliers de personnes puisque je n'ai pas d'autres perspectives proposées par l'algorithme. Se surajoute à ces enjeux algorithmes, l'abrutissement du scroll qui peut avoir un effet hypnotique, édulcorant la dynamique d'une pensée vivante et critique.

Conclusion

En conclusion, il apparaît nécessaire d'ouvrir ces espaces à l'intérieur même des RSN, puisque ceux-ci font partie aujourd'hui des usages quotidiens incontournables. Pour cela, il semble important de modifier l'algorithme pour proposer des contenus qui ne sont pas seulement centrés sur les likes et les intérêts manifestes, afin de proposer des contre-vérités, des contre-discours.

Tout aussi essentiel, pour une prévention en amont des usages des RSN : éveiller l'esprit critique des jeunes depuis l'âge de la maternelle, avec une inclusion dans les programmes scolaires d'une éducation aux médias et au numérique afin d'aiguiser les esprits critiques de nos enfants, et leur apprendre à croiser les sources des informations visualisées sur les RSN pour apprendre à s'en défaire, à les critiquer et à prendre de la distance. Ceci implique d'intégrer au programme scolaire, avec une progression adaptée de la maternelle au secondaire, des modules d'éducation aux médias et au numérique, décryptant d'abord, pour les plus petits, les images des livres, les images de l'environnement de l'enfant puisqu'un enfant est plongé dès son plus jeune âge dans un environnement numérique, de par ses parents (sur leurs smartphones, sur leurs ordinateurs pour le télétravail) ou par leur fratrie (avec les jeux vidéo, la télé). Puis, amener les enfants à analyser la fabrique d'une image et le discours y attaché, avec une attention particulière à la mise en lumière des émotions éprouvées face à celle-ci. Ceci permettrait de sensibiliser les enfants à l'impact émotionnel des images qu'elles soient sur écran ou pas. L'éducation aux médias et au numérique n'implique pas de mettre l'enfant ou l'adolescent « sous écran », mais de créer des espaces de discussion autour des images côtoyées et de leurs pratiques numériques individuelles ou collectives ; espaces essentiels pour prévenir, communiquer autour des pratiques, informer, mais aussi soutenir les enfants et adolescents dans les méandres d'une navigation internet souvent faite sans aucune discussion permettant de prendre de la distance sur les contenus visualisés.

Pour approfondir on peut lire un article publié le 30 novembre 2023

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795362300744X#sec7>

Social media influencers and adolescents' health : A scoping review of the research field
par Elena Engelab, Sascha Gellab, Raffael Heiss, Kathrin Karsaya

Résumé (trad. deepL)

Les influenceurs des médias sociaux (IMS) sont devenus une source importante d'informations sur la santé pour les adolescents. Cependant, le manque d'expertise et les intérêts commerciaux des IMS posent des défis pour la santé des adolescents. Afin de mieux comprendre ces défis, cette étude exploratoire visait à synthétiser les recherches existantes sur le

rôle des IMS dans la santé des adolescents.

En utilisant l'approche PRISMA-ScR, nous avons effectué une recherche exhaustive dans huit bases de données et sélectionné les articles en fonction de critères prédéfinis. L'échantillon final comprenait 51 articles publiés entre 2012 et 2022. Les résultats ont révélé des définitions et des classifications incohérentes des IMS. Les sujets les plus courants sont l'apparence, la nutrition et la consommation de substances, tandis que les sujets liés à la santé mentale et sexuelle sont sous-représentés. La capacité des IMS à établir des relations de confiance avec leurs adeptes a été soulignée dans les études examinées, mettant en lumière les avantages et les défis potentiels pour la santé des adolescents.

Cependant, la plupart des études se sont concentrées sur les rôles négatifs des IMS, tels que la promotion d'images corporelles irréalistes, de régimes alimentaires malsains, de la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que de diagnostics et de conseils de traitement erronés. En outre, la publicité inappropriée pour des produits malsains (par exemple, la malbouffe, les produits du tabac et l'alcool) a été identifiée comme un défi majeur. Les études examinées ont identifié une réglementation plus stricte et l'amélioration des médias sociaux et des connaissances en matière de santé comme des pistes importantes pour l'action politique. Une attention moindre a été accordée à l'impact positif potentiel des IMS et à la manière de les inclure efficacement dans les campagnes de promotion de la santé.

En outre, la majorité des études ont été menées dans les pays du Nord et se sont appuyées sur des approches quantitatives, ce qui a entraîné un manque de représentation des populations minoritaires et des adolescents de sexe masculin.

C. LA TRANSIDENTITÉ À L'ÉCOLE

À côté des réponses médicales à la transidentification des mineurs, l'Éducation Nationale intervient à deux niveaux, sur le contenu des cours obligatoires sur l'éducation à la sexualité (obligation légale inscrite au sein du code de l'Éducation du CP à la terminale), et sur les directives permettant de lutter contre les discriminations et de favoriser l'inclusion des élèves (en particulierité la circulaire Blanquer du 29/09/2021)

Le ministère de l'Éducation nationale a été auditionné ainsi que l'association SOS éducation.

1. Le Ministère de l'Éducation nationale

Le 20 décembre 2023, le groupe de travail a entendu **Judith Klein**, Cheffe du bureau de l'égalité et de la lutte contre les discriminations à la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.

Judith Klein explique bien connaître la **circulaire Blanquer du 29 septembre 2021**, « *Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire* », car c'est le bureau dont elle a la charge qui l'a rédigée. Le bureau de l'égalité et de la lutte contre les discriminations travaille en particulier sur la transmission des valeurs et des principes de la République et sur les questions de laïcité au sein de l'Éducation nationale. Actuellement, il est chargé de mettre en œuvre le passeport « *EducDroit* », issu des États généraux de la justice.

Les missions du bureau ne se limitent pas à la question de l'égalité filles-garçons et au sujet de l'identité de genre. Elles concernent également la lutte contre le racisme et l'antisémitisme.

Judith Klein explique que la circulaire a abouti après un an de travaux et de nombreuses auditions. Elle a été prise après que la DGESCO a été destinataire, au fil des ans, de demandes croissantes relatives à la problématique des élèves transgenres émanant de correspondants académiques. Elle liste les questions récurrentes qui remontaient des académies, avant la prise de la circulaire :

- Que doit faire l'institution lorsqu'un élève ouvertement transgenre, reconnu comme tel par ses pairs et sa famille, a une identité sociale et un prénom d'usage qui ne correspondent pas à son état civil ?
- Que doit faire un professeur de sport confronté à un élève transgenre au sujet des vestiaires ?
- Dans quel dortoir un chef d'établissement doit-il affecter un élève transgenre ?

Selon elle, la DGESCO n'a pas connaissance du nombre de jeunes concernés. Elle a revanche sollicité les académies afin de **connaître le nombre de situations problématiques identifiées dans les établissements nécessitant un accompagnement, que Madame Klein évalue à une centaine de demandes issues principalement d'établissements du second degré.**

Afin de ne pas avoir à répondre aux correspondants académiques au coup par coup, le ministère a eu la volonté d'apporter **une réponse juridique qui s'intègre dans le cadre du droit positif**. Avec la circulaire Blanquer, le but était donc d'apporter un **cadre sécurisant d'action pour les personnels**, pour qu'ils sachent répondre à des demandes, et surtout, qu'ils les comprennent. Selon le ministère, les personnels de l'institution doivent avoir connais-

sance du débat et des enjeux autour de la transsexualité des mineurs. L'idée était de sortir d'une logique d'analyse de comportements individuels, car la prise en compte de la situation d'un élève ne peut pas être laissée à l'appréciation d'un seul enseignant. L'objectif était ainsi d'atteindre **une unité d'action et la cohérence de l'ensemble des membres du personnel de la communauté éducative.**

Les questions soulevées par l'identité de genre des élèves constituent des **données très sensibles.** Judith Klein les compare aux données relatives aux élèves qui quitteraient l'Éducation nationale pour rejoindre un enseignement privé cultuel. La DGESCO est donc prudente quant aux statistiques. Elle souhaiterait cependant savoir quel est **le nombre d'élèves soumis à du harcèlement ou à des discriminations.** Elle souligne le fait que dès qu'un élève se distingue, s'écarte d'une quelconque façon de la norme, il est davantage susceptible d'être victime de ces agissements. Elle prend l'exemple des toilettes, des vestiaires, des douches ou encore des chambres d'internat qui constituent autant de points de fixation de la violence. **Dans ces configurations-là, le ministère appelle à faire « au cas par cas », et la réponse apportée par l'institution ne peut alors pas être homogène ou univoque.**

Elle déplore **les lacunes qui subsistent quant aux motifs qui poussent des élèves à en harceler d'autres.** Elle rappelle le cas d'un suicide d'élève homosexuel l'année dernière.

L'une des questions qui s'est posée à la DGESCO est celle de **l'usage d'un prénom différent choisi par l'élève, hors changement de prénom à l'état civil.** Certains médecins ont expliqué au ministère que le fait de laisser cette liberté de choix à l'enfant permettait parfois de retarder un parcours médical. Judith Klein rappelle cependant que le principe, au sein de l'institution, demeure celui de la neutralité. L'Éducation nationale n'est donc pas là pour conduire des élèves vers un parcours de soins. Le fait de **veiller à l'inclusion de tous les élèves est une boussole pour le ministère,** d'ailleurs rappelée par le Conseil d'État qui a validé cette circulaire.

Dans le cadre de la circulaire Blanquer, Judith Klein juge que **la DGESCO a été assez audacieuse en décidant d'autoriser l'inscription d'un prénom d'usage (hors état civil), avec l'accord des deux parents, sur un certain nombre de documents administratifs** (il s'agit de documents de la vie courante, à usage interne, et non de documents juridiquement opposables sur le plan administratif).

Elle ne s'applique qu'aux élèves à partir de la 4^{ème}.

Au regard du principe de l'indisponibilité de l'état des personnes, principe juridique applicable en vertu du droit civil français, la DGESCO a néanmoins considéré que l'objectif du ministère était avant tout de **sécuriser les parcours scolaires des élèves.** De ce fait là, sa volonté a été de partir d'un existant, à savoir le fait que des élèves changent parfois de prénom d'usage sans être transgenre, que des enfants transgenres sont reconnus comme tels dans des parcours de soins, justifiant l'idée que l'institution doit s'y adapter. Dans l'hypothèse

d'un élève en transition sociale, elle précise que **la mention du sexe n'est pas concernée par une quelconque modification de ce type** dans les documents scolaires et administratifs.

La circulaire a prévu de mettre l'accent sur le chef d'établissement qui est responsable de la cohérence de l'action des membres du personnel.

Si la circulaire a été publiée en 2021, **les demandes qui sont remontées au ministère au sujet d'élèves transgenres ont largement augmenté durant les cinq années qui ont précédé.**

Le phénomène date d'avant 2015 et avait été inscrit comme mesure ministérielle en 2018.

Depuis l'adoption de la circulaire, ils n'ont plus de demande d'accompagnement des établissements.

Aujourd'hui, le ministère ne dispose pas de chiffres sur les enfants en transition mais cherche à **savoir comment se confronte la circulaire à la pratique.** Est-elle bien comprise, accompagnée, a-t-elle fait l'objet de formations ?

S'agissant des associations qui interviennent dans les établissements scolaires, **leur participation est systématiquement soumise, dans le second degré, à l'accord du chef d'établissement et, dans le premier degré, au Chef de l'Inspection de l'Éducation nationale.** Si un enseignant ne respecte pas une décision de refus, le ministère lui retire son soutien.

En France, il existe un **système d'agrément national par le MEN.** Ainsi, pour obtenir un agrément, l'association doit avoir une **capacité d'intervention dans au moins un tiers des académies, proposer une action complémentaire de l'enseignement et compatible avec les missions de l'école, sa neutralité, et le respect de la laïcité.**

Au sujet du contenu des manuels scolaires où l'on retrouve parfois du vocabulaire transactiviste, il existe un **principe de liberté de la ligne éditoriale.** Le choix des manuels dépend des équipes pédagogiques et ceux-ci sont financés par les collectivités. Il n'est en aucun cas dicté par le ministère de l'Éducation nationale.

Sur l'influence éventuelle d'associations transactivistes (nommées associations de soutien aux personnes concernées) au Ministère, Judith Klein répond que le Ministère les a auditionnées pour cette circulaire dont elles ne sont pas satisfaites.

Judith Klein conclut en disant que l'objectif derrière la circulaire Blanquer était de veiller à l'enfance en danger en parvenant à un **équilibre entre les droits de l'enfant et l'autorité parentale.**

1) La « circulaire Blanquer »

Des lignes directrices relatives à l'identité de genre en milieu scolaire ont fait l'objet d'une

circulaire dite « circulaire Blanquer » du nom de l'ancien ministre de l'Éducation Nationale Jean-Michel Blanquer qui l'a adressée le 29 septembre 2021 à l'ensemble des personnels de l'éducation nationale

Nous reproduisons ici l'intégralité de cette circulaire¹¹⁶ :

Le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports s'est engagé depuis plusieurs années dans la lutte contre l'homophobie et la transphobie en sensibilisant l'ensemble de la communauté éducative aux effets des violences fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, ainsi qu'en prévenant celles-ci. Cet engagement s'inscrit dans une dynamique interministérielle, coordonnée par la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT (Dilcrah) et dont le Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023 [1] constitue la feuille de route. Son chapitre intitulé « Promouvoir une éducation inclusive et faire reculer les préjugés » invite notamment à porter une attention particulière aux élèves transgenres ou qui s'interrogent sur leur identité de genre [2] , dont la situation et celle de leur famille doivent être bien prises en compte.

L'École, en tant que service public fondé sur les principes de neutralité et d'égalité, se doit d'accueillir tous les élèves dans leur diversité et de veiller à l'intégration de chacun d'eux avec pour ambition de leur permettre de réussir leur parcours scolaire. Elle promeut le respect d'autrui. Elle se fonde sur les valeurs de la République et donc d'un universalisme qui définit chacun non par son identité mais par sa dignité d'être humain. L'École ne saurait créer des droits particuliers au bénéfice de telle ou telle catégorie d'élèves, mais elle doit offrir à chacun d'eux, au-delà de leurs trajectoires personnelles, un environnement propice à leur réussite scolaire, ce qui est la finalité première de notre institution.

La transidentité est un fait qui concerne l'institution scolaire. Celle-ci est en effet confrontée, à l'instar de leur famille, à des situations d'enfants - parfois dès l'école primaire - ou d'adolescents qui se questionnent sur leur identité de genre. Concrètement, si chaque situation est unique, celle-ci se manifeste souvent - chez les enfants, les adolescents et les adolescentes - par un ensemble d'actes visant à affirmer socialement leur identité de genre vécue, par exemple un changement d'allure vestimentaire et/ou la demande d'être désigné par un nouveau prénom. Elle peut également se traduire par une certaine souffrance psychique et être, parfois, la cause de harcèlement.

Les personnels peuvent se trouver légitimement déstabilisés par ces demandes et, en tout état de cause, se trouvent confrontés à des questions très pratiques liées, par exemple, à l'utilisation d'un prénom choisi ou à l'usage des lieux d'intimité, auxquelles les réponses apportées sont aujourd'hui disparates et souvent improvisées. Or, celles-ci peuvent créer des situations préjudiciables au bien-être et donc à la réussite scolaire des élèves concernés. Elles peuvent également mettre certains personnels en difficulté, voire les exposer à des risques en termes de responsabilité.

116 <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>

La présente circulaire concerne exclusivement le cadre scolaire et n'a pas vocation à traiter l'ensemble de la question des mineurs transgenres ou en questionnement sur leur identité de genre - par simplification de rédaction appelés ci-après le plus souvent « élèves transgenres ».

Ce texte s'adresse à l'ensemble des personnels, qu'ils exercent dans le premier ou dans le second degré, et il a pour objet de rappeler, dans le respect du droit commun, les règles à suivre pour prendre en compte les élèves transgenres et partager les bonnes pratiques qui ont pu être mises en œuvre dans des établissements scolaires en vue de faciliter leur accompagnement et les protéger, sans préjudice de ce que seront par ailleurs leurs parcours personnels.

La mobilisation de tous et toutes est indispensable pour créer des environnements scolaires qui garantissent à ces élèves le droit à l'intégrité, au bien-être, à la santé et à la sécurité. En regard, il est essentiel que chaque membre des équipes éducatives soit mis en mesure de comprendre les besoins exprimés par les jeunes concernés, de les protéger à travers la mise en place de mesures d'accompagnement individuelles, nécessairement élaborées en lien avec les familles, mais aussi de déployer des mesures générales et préventives garantissant à chaque élève les meilleures chances d'épanouissement personnel, de persévérance et de réussite scolaires, ce qui est la finalité première de notre institution.

Comprendre les réalités et la diversité des situations de transidentités

L'accompagnement des enfants et des adolescents transgenres ou en questionnement sur leur identité de genre peut être entravé par la permanence d'idées reçues sur les transidentités et par une méconnaissance de leurs parcours et de leurs droits. Connaître et comprendre les enjeux relatifs à l'identité de genre et les réalités du vécu des jeunes transgenres apparaît comme un prérequis à une bonne prise en compte de ces élèves en milieu scolaire.

Les institutions de santé, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), reconnaissent que la non-congruence entre le genre de naissance et le genre vécu ne constitue ni un trouble psychiatrique ni une pathologie. L'identité de genre est en effet propre à chaque individu et à son ressenti intime.

La Cour européenne des droits de l'homme relève, à cet égard, que la notion de « vie privée » mentionnée à l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CESDH) « recouvre non seulement l'intégrité physique et morale de l'individu, mais aussi parfois des aspects de l'identité physique et sociale de celui-ci. Des éléments tels que, par exemple, l'identité ou l'identification sexuelle, le nom, l'orientation sexuelle et la vie sexuelle relèvent de la sphère personnelle protégée par l'article 8 de la Convention » (CEDH, 6 juillet 2017, Affaire A.P., Garçon et Nicot c. France, req. nos 79885/12, 52471/13 et 52596/13, point 92).

Cela signifie concrètement que la prise en considération de l'identité de genre revendiquée de la part d'un ou d'une élève ne doit pas être conditionnée à la production d'un certificat ou d'un diagnostic

médical ou à l'obligation d'un rendez-vous avec un personnel de santé.

Les personnes transgenres ont des droits, édictés par des textes internationaux, européens et par la législation française. Elles peuvent notamment, selon certaines conditions, obtenir des modifications de leur état civil, indépendamment de toute transition physique ou de toute démarche médicale. Toutefois, seules les personnes majeures et mineures émancipées peuvent obtenir le changement de la mention du sexe à l'état civil.

Les personnes transgenres sont également protégées. Les actes et propos transphobes sont punis par la loi [3]. Par ailleurs, le droit fondamental au respect de la vie privée énoncé par l'article 9 du Code civil exclut toute révélation de la transidentité d'une personne sans son consentement.

Enfin, il est important de considérer que chaque situation est singulière. Les interrogations sur son identité de genre de la part de l'élève ne se traduisent pas nécessairement par un parcours de transition. Elles doivent faire l'objet d'une écoute attentive et bienveillante permettant de respecter le libre choix de l'élève en veillant à ne pas créer de situation irréversible qui serait en contradiction avec cette liberté.

Ainsi, ce parcours de l'élève peut souvent passer par des étapes d'affirmation sociale (changement d'apparence ou pas, adoption d'un prénom d'usage ou pas), par des révélations volontaires de son identité de genre (ou « coming out ») auprès de l'entourage amical, familial, scolaire, avant éventuellement de se traduire - ou non - par des démarches administratives (modifications de l'état civil) et/ou des démarches médicales (celles-ci n'étant en aucun cas obligatoires dans un parcours transidentitaire). Dans tous les cas, l'établissement scolaire doit être attentif à garantir les conditions d'une transition revendiquée - c'est-à-dire la possibilité d'être et de demeurer identifié et visible comme une personne transgenre - ou d'une transition confidentielle.

De fait, ces jeunes ne constituent pas une population homogène. Leurs parcours ne sont pas toujours linéaires et peuvent suivre des temporalités très différentes, alternant des périodes de questionnements, d'actions et de pauses. Chaque personne est libre de poursuivre, d'arrêter ou de reprendre son parcours de transition.

Les enseignants ont le devoir d'accompagner les jeunes et de faire preuve à leur endroit de la plus grande bienveillance, de leur laisser la possibilité d'explorer une variété de cheminements sans les stigmatiser ou les enfermer dans l'une ou l'autre voie.

Savoir répondre à la situation des élèves transgenres

Du fait de la diversité de ces situations, toutes les mesures d'accompagnement mises en place pour

les jeunes transgenres ou en questionnement sur leur identité de genre doivent être élaborées de manière individuelle en se fondant sur les besoins exprimés par les élèves eux-mêmes et leur famille, dans le respect des règles communes à l'institution scolaire. Elles se fondent sur trois principes :

- écouter ;
- accompagner ;
- protéger.

a) Être à l'écoute des élèves et de leur famille : accueillir les questionnements et les besoins des jeunes transgenres

Dans de nombreuses situations, l'élève et sa famille sollicitent ensemble l'équipe éducative avec des questionnements sur les possibilités d'une transition en milieu scolaire et sur les conditions concrètes d'accompagnement de l'élève. Le premier principe d'action est alors celui d'une écoute active et bienveillante des interrogations et des besoins exprimés par l'élève. L'élève a en premier lieu besoin que des adultes prennent en compte sa réalité et ses questionnements. Il s'agit d'être attentif à ses demandes et à son vécu spécifique et de le ou la rassurer sur sa légitimité à se poser des questions. Adopter une posture d'écoute et de respect en proposant à l'élève de s'exprimer, sans préjuger de ses besoins, permet de créer une relation fondée sur la confiance et le soutien.

Il est aussi important de rappeler que certaines questions touchant à l'intimité de l'élève - relatives au corps ou au parcours médical par exemple - n'ont pas à être abordées à moins que l'élève en prenne l'initiative.

Il est essentiel, dans le même temps, de rassurer la famille qui accompagne l'élève dans sa démarche sur la capacité de l'établissement à le ou la protéger et à lui assurer de bonnes conditions de scolarité. L'élève, ses représentants légaux et l'équipe éducative peuvent alors se concerter afin d'identifier les meilleures mesures d'accompagnement pour garantir le bien-être de l'élève à l'école.

Si l'élève fait seul la démarche d'aborder la question de son identité de genre auprès d'un personnel de l'établissement, une communication avec les représentants légaux ne doit se faire qu'avec l'accord explicite de l'élève. Le respect de ce principe de confidentialité est en effet capital : dans certains cas, une divulgation non souhaitée de la transidentité du jeune peut l'exposer à un sérieux risque de rejet ou de violence.

En revanche, si l'élève en fait la demande, l'équipe éducative a tout intérêt à créer les conditions d'un dialogue constructif, voire d'une médiation, avec les représentants légaux permettant de rechercher le consensus et de favoriser une meilleure prise en compte de la situation du mineur.

Dans les cas où le mineur apparaît en situation de danger dans son environnement familial ou de vie, il peut être décidé de rédiger et transmettre une information préoccupante à la cellule départemen-

tale de recueil des informations préoccupantes (Crip) ou de faire un signalement judiciaire auprès du parquet des mineurs.

b) Accompagner un ou une élève transgenre : mettre en œuvre des mesures individualisées pour accompagner le parcours des élèves et les protéger

La première responsabilité des personnels d'une école ou d'un établissement scolaire vis-à-vis d'un ou d'une élève transgenre est de protéger sa santé, sa sécurité et son droit à l'éducation. Cela passe par la mise en œuvre de mesures concertées avec l'élève et avec ses représentants légaux. Permettre à un ou une élève transgenre de faire sa transition dans de bonnes conditions conduit, dans de nombreuses situations, à un retour vers l'école d'élèves qui avaient été déscolarisés.

Le changement de prénom

Pour les élèves concernés, adopter un nouveau prénom et demander l'utilisation de pronoms correspondant à leur genre peuvent être des étapes très importantes. Il est à noter que les mineurs peuvent, avec l'accord de leurs représentants légaux, demander un changement de prénom à l'état civil [4], mais que l'utilisation d'un prénom d'usage est une étape nécessaire avant une modification éventuelle de l'état civil. Ainsi, pour de nombreux jeunes transgenres d'âge scolaire, la reconnaissance sociale de l'identité de genre passe par le recours à un prénom d'usage.

Dans le cas le plus fréquent, quand l'état civil n'a pas été modifié, si la demande est faite avec l'accord des deux parents de l'élève mineur^[5], il s'agit alors de veiller à ce que le prénom choisi soit utilisé par l'ensemble des membres de la communauté éducative, le respect de l'identité de genre d'un élève ne devant pas être laissé à la libre appréciation des adultes et des autres élèves^[6].

De la même façon, pour accompagner ce changement, l'établissement scolaire substitue le prénom d'usage, de manière cohérente et simultanée, dans tous les documents qui relèvent de l'organisation interne (listes d'appel, carte de cantine, carte de bibliothèque, etc.) ainsi que dans les espaces numériques (ENT, etc.). En revanche, la prise en compte du contrôle continu pour les épreuves de certains diplômes nationaux implique que seul le prénom inscrit à l'état civil soit pris en compte dans les systèmes d'information organisant le suivi de notation des élèves^[7].

En tout état de cause, l'établissement, bien que soucieux de l'accompagnement de l'élève, ne peut opérer un tel aménagement sans l'accord des représentants légaux. L'exercice de l'autorité parentale, qui recouvre un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant, ne saurait être remis en cause.

Article 371-1 du Code civil

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le pro-

téger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Ainsi, si les parents de l'élève mineur s'opposent à l'utilisation d'un prénom d'usage demandé par leur enfant dans son cadre scolaire, il conviendra alors, dans l'intérêt de l'élève et à son initiative, d'instaurer un dialogue avec sa famille.

Dans l'hypothèse plus rare où la modification de l'état civil a été obtenue, tous les documents administratifs relatifs à la scolarité de l'élève et aux examens doivent être rectifiés dans les meilleurs délais afin de les faire correspondre aux documents d'identité. À la demande de la personne, les diplômes et les bulletins scolaires délivrés avec l'ancien prénom doivent être réédités avec le bon prénom.

L'expression de genre et les normes vestimentaires

Outre l'utilisation du prénom et des pronoms d'usage, le respect des choix liés à l'habillement et à l'apparence est également un aspect important de la reconnaissance de l'identité de genre de ces jeunes. Il appartient aux personnels de veiller à ce que l'expression de genre des élèves ne soit pas remise en cause ou moquée, notamment de la part des autres élèves et des personnels. Les mesures contre le harcèlement et le cyberharcèlement du programme pHARe (Programme de lutte contre le harcèlement à l'école) s'appliquent particulièrement à ce type de situations.

Il convient également de s'assurer que les règles de vie scolaire, en particulier celles relatives aux tenues vestimentaires, ne font pas l'objet de consignes différenciées selon le genre. Ainsi, les vêtements et accessoires autorisés et interdits le sont pour tous les élèves sans distinction, notamment lorsque ces interdictions sont justifiées par des impératifs de sécurité. Il en va de même pour le port du maquillage et des bijoux - y compris dans les filières professionnelles et durant les périodes de formation en milieu professionnel.

L'usage des espaces d'intimité

Les élèves concernés peuvent également exprimer des préoccupations liées à l'usage des espaces d'intimité (toilettes, vestiaires, dortoirs) lorsqu'il n'y a pas de lieux appropriés (par exemple des toilettes mixtes). À la demande des intéressés et selon la disponibilité des lieux, différentes options peuvent être envisagées :

- l'établissement, lorsque cela est possible, peut autoriser l'élève à accéder à des toilettes individuelles et à des espaces privés dans les vestiaires et au sein de l'internat ;*
- l'établissement peut autoriser l'élève à utiliser les toilettes et vestiaires conformes à son identité de genre, en veillant, quand l'élève concerné est identifié par ses pairs comme étant trans-*

- genre, à accompagner la situation ;
- l'établissement peut autoriser l'élève à occuper une chambre dans une partie de l'internat conforme à son identité de genre dans les mêmes conditions ; une solution peut être recherchée en concertation avec les camarades de l'élève concerné pour le partage d'une chambre ; en tout état de cause, les solutions mises en œuvre devront nécessairement avoir fait l'objet d'un consensus ;
- l'établissement peut convenir avec l'élève de la mise en place d'horaires aménagés pour l'utilisation des vestiaires et des salles de bain/douches collectives.

Par ailleurs, il convient d'exercer une vigilance particulière dans ces espaces où tous les élèves, et a fortiori les jeunes transgenres, se sentent plus vulnérables et se trouvent plus particulièrement exposés aux risques de violences et de harcèlement.

Les choix relatifs aux toilettes, aux vestiaires et aux dortoirs doivent également, dans la mesure du possible, s'appliquer lors des déplacements, sorties et voyages scolaires. Les établissements scolaires peuvent être amenés, avec l'autorisation de l'élève et des représentants légaux, à communiquer - dans le cas par exemple d'une compétition sportive à l'extérieur ou d'un échange scolaire - avec un autre établissement ou une structure d'accueil pour s'assurer que l'élève aura accès à des installations sécurisées et conformes à ses besoins.

c) Protéger les élèves transgenres contre toutes formes de discriminations, de harcèlement et de violences

À l'instar de tous les élèves présentant des facteurs de vulnérabilité, les élèves transgenres sont particulièrement exposés aux risques de harcèlement et de cyberharcèlement. Ils sont également fréquemment victimes, au sein des établissements scolaires, de propos et de violences transphobes émanant d'élèves comme d'adultes [8]. C'est le rôle de l'équipe éducative de les protéger. Les personnels de école ou de établissement, notamment les personnels de santé scolaire, doivent être en capacité de repérer ces agissements ou les souffrances qu'ils entraînent, et d'y répondre. Afin de mieux faire face à ces comportements, chaque établissement d'enseignement scolaire peut s'appuyer conjointement sur la mise en œuvre d'actions de prévention, sur l'accompagnement des victimes et enfin sur la responsabilisation et la sanction des auteurs.

Compte tenu des risques de déscolarisation d'élèves transgenres ou en questionnement quant à leur identité de genre, les personnels de l'école, du collège ou du lycée veillent également aux manifestations de mal-être ou à toute évolution à la baisse des résultats scolaires. Une mauvaise prise en compte de la transidentité d'un ou d'une élève peut en effet rapidement provoquer le développement d'une phobie scolaire et conduire à une situation de décrochage.

Comme pour l'ensemble des élèves, l'équipe éducative est également attentive à l'état de santé de ces jeunes et veille à garantir, en interne, l'accès à des consultations assurées par des professionnels de

l'enfance et de l'adolescence formés à ces problématiques. Une attention particulière doit être portée à la manifestation de troubles co-occurents (troubles anxieux, dépression, risque suicidaire, abus de substance, autoagressivité, etc.), plus fréquents chez les jeunes transgenres que dans la population générale.

La plupart du temps, les mesures d'accompagnement mises en place pour accueillir les élèves transgenres ne soulèvent pas, pour l'établissement, de contraintes ou de difficultés particulières. Elles sont d'autant plus faciles à mettre en place qu'elles ont été anticipées et que la politique d'établissement et le règlement intérieur prennent en compte de façon explicite les besoins des jeunes concernés.

Prévenir la transphobie : mettre en place des mesures générales et préventives

Enfin, l'accueil des élèves transgenres ou en questionnement sur leur identité de genre ne peut se dérouler dans de bonnes conditions que si chaque école, collège et lycée s'efforce de créer un environnement bienveillant pour tous, que des élèves transgenres y soient scolarisés ou non, en ne tolérant notamment aucune injure transphobe. Cette politique de prévention de la transphobie doit s'inscrire dans une dynamique collective, transversale et dans le cadre de la lutte contre toutes les violences de genre et formes de discrimination.

Une démarche collective et partenariale

L'ensemble de cette démarche collective est porté par la direction de l'établissement. Celle-ci joue un rôle central en matière d'information des personnels (la gestion de l'information implique également, dans certaines situations, le respect de la confidentialité et de la vie privée) et de coordination de l'équipe éducative. Il lui revient de rappeler aux personnels leur responsabilité en termes d'accompagnement et de protection de ces élèves. Leur garantir un accueil respectueux implique de surcroît que les adultes d'un établissement soient sensibilisés aux questions relatives à l'identité de genre. La présence de personnels formés, en capacité d'accueillir la parole des élèves dans un cadre sécurisé et d'accompagner leur parcours individuel et, le cas échéant, leur famille, contribue à cette démarche. Des sessions de formation sont régulièrement inscrites au plan national de formation et dans les plans académiques de formation. Au regard du contexte propre à un établissement, le chef d'établissement peut également décider d'adapter sa politique de prévention de la transphobie et d'accompagnement des jeunes transgenres en mettant en place une formation d'initiative locale.

Dans chaque académie, les personnes chargées de mission égalité filles-garçons (cf. [annuaire](#)), les observatoires des LGBT+phobies, les personnes référentes pour l'éducation à la sexualité, les personnels sociaux ou encore les équipes référentes harcèlement du rectorat, notamment dans le cadre de la généralisation du programme pHARe, sont autant de personnes ressources qui peuvent être mobilisées. Elles peuvent être sollicitées pour des projets de formation, d'action éducative en établissement, pour identifier des partenaires associatifs locaux. Dans les collèges et les lycées, les référents et référentes égalité filles-garçons peuvent être des interlocuteurs privilégiés.

Cette politique doit nécessairement s'inscrire dans une démarche partenariale et s'appuyer sur l'ensemble des expertises disponibles (professionnels de l'enfance et de la jeunesse, pédagogues, personnels

sociaux et de santé, etc.) et sur le concours des associations, agréées ou conventionnées par l'éducation nationale, qui contribuent à la sensibilisation des élèves et à la formation des personnels. Il est également opportun d'y associer les représentants de parents d'élèves.

Une politique d'établissement intégrée et transversale

L'action menée par l'établissement atteint ses objectifs si elle s'inscrit dans une politique cohérente de lutte contre toutes les violences de genre. La politique de prévention de la transphobie est ainsi d'autant plus efficace qu'elle s'articule avec la lutte contre le sexisme et contre l'homophobie, tout en conservant une attention aux spécificités liées aux violences transphobes.

Elle suppose en outre d'actionner différents leviers de la politique d'établissement :

- *Prévoir les implications administratives et matérielles de l'expression de la diversité des identités de genre*
- *Exemple : Mettre en place un processus facilitant la substitution ou l'ajout d'un prénom d'usage dans les documents qui relèvent de l'organisation interne.*
- *Prévenir les violences entre pairs*
- *Exemple : Intégrer à la politique de prévention du harcèlement les spécificités des violences sexistes et LGBT+phobes, organiser des actions de sensibilisation, s'appuyer sur les projets d'éducation à la sexualité.*
- *Développer des actions éducatives*
- *Exemple : Le 17 mai, journée internationale de lutte contre l'homophobie et la transphobie, est une date inscrite au calendrier des actions éducatives. Elle peut, chaque année, être l'occasion de marquer un temps fort de visibilité et de réflexion autour des questions relatives à l'orientation sexuelle et aux transidentités.*
- *Encourager et valoriser les pratiques de soutien entre élèves*
- *Exemple : Soutenir les initiatives des élèves porteurs d'actions de prévention des discriminations et violences de genre (groupes de réflexion et de parole, actions des CVC/CVL, etc.).*
- *Développer la prévention de la transphobie à travers les situations d'apprentissage*
- *Exemple : Veiller à la mise en œuvre des points de programme portant sur la transphobie.*

Des ressources

Des outils et ressources relatives à la prévention de l'homophobie et de la transphobie et à l'accompagnement des élèves LGBT+ sont disponibles sur le site Éduscol, sur l'espace dédié « Prévention des LGBTphobies » : https://eduscol.education.fr/1590/prevention-des-lgbtphobies?menu_id=1956

*Le ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports,
Jean-Michel Blanquer*

- [1] L'acronyme « LGBT » désigne les personnes « lesbiennes, gays, bi, trans ». Le signe + est ajouté pour inclure l'ensemble des personnes dont l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre s'écartent de la norme dominante.
- [2] Une personne transgenre, transidentitaire ou trans est une personne qui ne s'identifie pas au genre de sa naissance. Cela englobe toute personne ayant fait ou souhaitant faire le choix d'une transition, qu'elle soit sociale, administrative-légale ou médicale.
- [3] Cf. articles 225-1 et 132-77 du Code pénal, respectivement relatifs aux discriminations et à la circonstance aggravante des crimes et délits.
- [4] En revanche, les mineurs ne peuvent pas changer la mention de leur sexe à l'état civil avec les procédures de l'article 60 du Code civil.
- [5] L'élève majeur ou mineur émancipé peut décider seul des modifications administratives le concernant.
- [6] Dans sa recommandation générale de juin 2020 sur les droits des personnes transgenres, le Défenseur des droits, notamment saisi par un lycéen transgenre qui se heurtait au refus de l'équipe enseignante de prendre en compte son identité de genre, a estimé que « tout agissement lié à l'identité de genre subi par une personne [...] et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant » caractérise une discrimination prohibée au sens de la loi du 27 mai 2008.
- [7] Les applications de gestion de la scolarité seront adaptées progressivement pour permettre ces évolutions.
- [8] L'enquête de climat scolaire menée par la Depp auprès de lycéennes et lycéens en 2017-2018 a mis en évidence la prévalence de violences homophobes. L'enquête sur la santé des personnes LGBT, dirigée par A. Alessandrin et J. Dagorn, dont les résultats ont été publiés en 2020, a quant à elle établi que 72 % des jeunes trans et/ou non binaires qualifient leur expérience scolaire de « mauvaise » ou « très mauvaise ». L'enquête réalisée en 2018 par G. Richard pour le MAG Jeunes LGBT, avec le soutien de l'Unesco, a par ailleurs montré que les deux tiers des jeunes trans rapportent avoir été ciblés par des violences verbales de la part de leurs pairs à l'école et environ le cinquième, par des violences physiques.

2. Association SOS Education

Le groupe de travail a souhaité auditionner la Déléguée générale de l'association SOS Education, Sophie Audugé, le 5 juillet 2023. Cette association alerte notamment sur les dangers de l'idéologie transidentitaire à l'École.

SOS Éducation dénonce les risques sur la santé physique et psychique des enfants que fait peser l'idéologie du genre comme un ressenti intime indépendant du sexe de naissance, diffusée aux élèves dans le dos de leurs parents. L'association met en exergue les risques encourus par l'institution scolaire et ses équipes dès lors qu'elle dévoie sa mission d'instruction pour investir la sphère intime de l'enfant sans en avoir ni les compétences ni l'autorité.

Sophie Audugé précise que SOS Éducation s'est intéressée à l'idéologie du genre ressenti lorsque le ministre de l'Éducation nationale, Jean-Michel Blanquer, a publié une circulaire institutionnalisant cette idéologie dans l'École quel que soit l'âge de l'enfant. **Pour SOS Éducation, les idéologies n'ont pas leur place à l'École qui doit rester le sanctuaire des savoirs et de la science.** L'association a entrepris un travail de fond pour comprendre comment un ministre de la République chargé de garantir le fonctionnement de l'instruction nationale a pu céder à la pression d'associations militantes et leur ouvrir l'accès direct à l'esprit des enfants.

Sophie Audugé rappelle que SOS Éducation soutient la cause pour la défense et le respect

des personnes homosexuelles et transsexuelles. Le travail mené sur les risques de la transidentité à l'École ne concerne que la personne de l'enfant.

Présentation de SOS Éducation

SOS Éducation est une association d'intérêt général créée en 2001 et indépendante de tout mouvement, qu'il soit politique, confessionnel ou syndical. Elle défend une école qui instruit, respecte l'autorité parentale, soutient ses professeurs dans leur mission d'instruction et s'oppose aux discours idéologiques présentés comme des vérités. SOS Éducation place l'intérêt de l'enfant en considération primordiale. L'École a le devoir d'instruire, de protéger, et de ne surtout pas nuire.

L'association n'a jamais touché de subvention publique, elle est financée exclusivement par la générosité de citoyens engagés à défendre les causes de l'instruction et de l'enfant.

Sophie Audugé déclare l'absence de conflit d'intérêts la concernant et concernant SOS Éducation, précaution essentielle à une audition touchant l'intégrité et la santé des enfants.

Avant-propos

Sophie Audugé circonscrit le champ de travail de SOS Éducation sur la question transidentitaire.

Les travaux de l'association concernent la personne de l'enfant, le rôle joué par le système éducatif dans la diffusion de cette idéologie et les risques connus en matière de santé psychique et physique sur les élèves au moment où le ministre a signé cette circulaire.

Sophie Audugé liste les actions menées par SOS Éducation depuis septembre 2021 (publication de la circulaire Blanquer), accessibles sur le site internet de l'association :

- Note de synthèse, décembre 2021
- Visioconférence, décembre 2021
- Pétition pour le retrait de la circulaire, + de 53 000 signataires
- Requête pour annulation au Conseil d'État, avril 2021 - toujours en cours (*dans une décision du 29/12/2023, le Conseil d'Etat a rejeté la requête de SOS Education et maintenu la circulaire*)
- *Accompagnement de parents et de professeurs concernés*

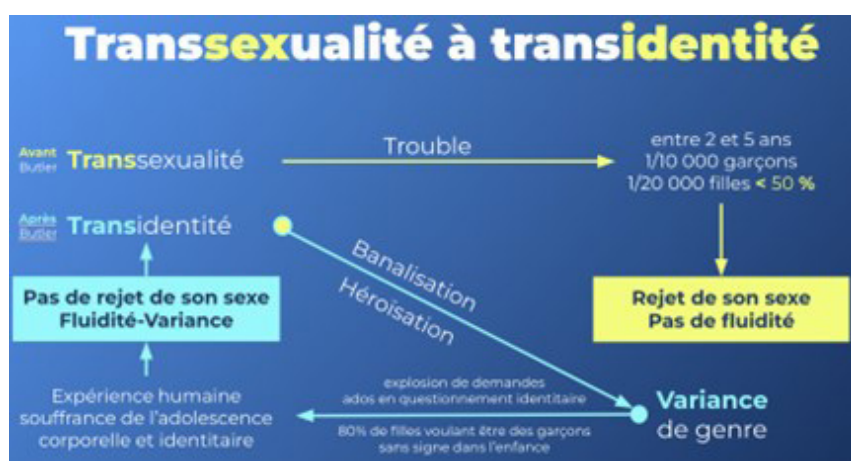
Avant d'engager sa présentation, Sophie Audugé salue l'initiative du groupe de travail mis en place par le groupe Les Républicains au Sénat et remercie Bruno Retailleau, Jacqueline Eustache-Brinio, leurs confrères et consoeurs, femmes et hommes davantage mués par l'intérêt supérieur des enfants que par leurs intérêts politiques et de carrière.

*Sophie Audugé souhaite rappeler que des professionnels de la santé, dont la probité et la valeur académique ne peuvent être contestées, sont aujourd'hui empêchés d'exercer, écartés de certains postes, isolés de leur corps professoral, au motif qu'ils ont choisi d'adopter une approche mesurée qui privilégie l'intérêt de l'enfant à l'idéologie. Certains ont reçu des jets d'excréments alors qu'ils se rendaient à une conférence. Sophie Audugé insiste sur cette réalité. **Sophie Audugé pense à toutes les personnes***

engagées pour protéger les enfants et salue leur courage exemplaire. Ce contexte de danger pour les enfants et d'obstruction de la parole de ceux qui veulent les protéger rend ce groupe de travail capital.

1.1. Du syndrome de transsexualité à l'idéologie transidentitaire

Schéma de SOS Éducation *De la transsexualité syndrome au phénomène transidentitaire*



Un changement de profil

L'emballement du phénomène transidentitaire actuel qui touche les pays occidentaux se caractérise par un changement radical de profil. Avant, le syndrome de dysphorie de genre identifié par Harry Benjamin touchait 2 fois plus de garçons et apparaissait dans la petite enfance entre 2 et 5 ans, alors qu'aujourd'hui, cette population évolue de manière exponentielle et concerne très majoritairement des filles (4 fois plus que des garçons). Les jeunes expriment leur ressenti d'appartenir à l'autre genre à l'âge de la puberté sans signe du syndrome de dysphorie de genre dans l'enfance. Ces jeunes filles sont particulièrement directives dans leur demande de changement de genre (et non de sexe) revendiquant leur droit à l'autodétermination.

Tentative de définition de l'idéologie transidentitaire

Pour SOS Éducation, l'idéologie transidentitaire est combinatoire de 2 idéologies, l'idéologie du genre ressenti et l'idéologie de l'autodétermination. Elle sacralise le dogme du genre.

L'idéologie transidentitaire a son mantra : mon ressenti = mon identité = mon genre = mon droit.

Selon l'idéologie trans identitaire, l'identité de genre « Je suis une fille ou un garçon » est autodéterminée selon un ressenti intime fondé sur les stéréotypes de genre desquels la personne se sent le plus proche. La réalité biologique du sexe disparaît.

Cette autodétermination ne peut en aucun cas être discutée.

Cette idéologie s'appuie sur une sémantique qui nie la biologie. Ainsi le sexe de naissance serait « assigné » alors que le genre serait ressenti. Présenté ainsi, entre écouter son ressenti ou se soumettre à une assignation, les jeunes sont davantage séduits par la première option, évidemment.

Le message est vite assimilé par les adolescents : « mon » identification à un genre est « mon » ressenti intime, il s'impose à MOI, je l'impose aux autres.

Selon le vocable de l'idéologie transidentitaire, le sexe « assigné » à la naissance est un symbole de soumission quand le genre est un ressenti intime, symbole d'émancipation et de fierté.

Une génération ni homme ni femme s'installe chez les plus jeunes comme le montre un sondage de l'IFOP pour Marianne en novembre 2020. 22 % des 18-30 ans adhèrent à l'affirmation « Je ne me reconnais pas dans les deux catégories de genre hommes / femmes ». Ils sont 48 % parmi les lycéens ! La conséquence est la dissociation du sexe biologique et de l'intégrité physique.

2 L'idéologie trans à l'école

L'idéologie transidentitaire est institutionnalisée à l'École quel que soit l'âge par la circulaire Blanquer du 30 septembre 2021 et par la loi du 31 janvier 2022 qui assimile, à tort, homosexualité et identité de genre. Rappelons que l'orientation sexuelle n'est pas un syndrome, et qu'il n'est pas nécessaire de prendre des médicaments toute sa vie pour inverser sa biologie ni de procéder à des chirurgies invasives. Cette différence pourtant fondamentale n'est pas énoncée clairement à l'École quand orientation sexuelle et identité de genre sont mises au même plan.

Concrètement, à l'école, il est acté que l'identité est autodéterminée par l'élève : l'accord des parents n'est pas requis sauf si l'élève demande le changement de son prénom et dans ce cas, l'accord des 2 parents est exigé. Cette autodétermination s'impose à tous, c'est-à-dire à la communauté éducative et aux autres élèves. De nombreux pédopsychiatres de renommée internationale ont exprimé la confusion que génère une telle idéologie diffusée auprès d'enfants dont l'immaturation cérébrale ne leur permet pas de comprendre le sens et la portée. Ce que relève le docteur Roberto D'Angelo, psychiatre et psychanalyste, en ces termes « On dit aux jeunes enfants qu'ils peuvent être des filles à l'extérieur, mais des garçons à l'intérieur, ou inversement. Campagne organisée pour parler aux enfants de la diversité. Mais cette diversité signifie fluidité de genre. *Je doute que les jeunes le comprennent de manière très concrète, et sachent quoi en faire.* »

2.1. Diffusion de l'idéologie transidentitaire à l'école

Quelques exemples parmi ceux transmis à SOS Éducation.

Atelier déguisement de l'autre genre

Plusieurs fois par an, des ateliers de déguisement sont organisés. La maîtresse se réfère à d'autres pays ou d'autres époques pour montrer que les garçons portent des jupes. Les élèves garçons sont invités à porter des jupes et des robes « *Puisqu'une petite fille peut être un pirate, un garçon peut être une princesse.* ». (Grande section de maternelle (4 et 5 ans) établissement public - Vendée.)

Sorties scolaires & Ateliers pour enfants

Tous les élèves à partir de 4 ans assisteront au spectacle de « Camille, une fille dans un corps de garçon qui attend sa mutation » (École Jean Rostand de Rennes).

À Rouen, une troupe de théâtre a passé 18 mois dans une école à questionner les enfants sur l'identité de genre. Ce travail a abouti à la création d'une comédie musicale avec pour personnage principal « *Charlie, un garçon rejeté par ses camarades, car il ne serait pas un vrai garçon.* ».

Dans ces spectacles, la sémantique et l'univers enfantin servent de médiateur à l'endoctrinement. La transition devient la mutation, le meilleur ami est un doudou, les situations sont caricaturales...

À Bordeaux et Toulouse, des associations militantes LGBTQI+ proposent des lectures et des ateliers de « maquillage sensoriel » dès 18 mois.

Manuels scolaires

Certains manuels adoptent le lexique trans : 3ème sexe et « *assignation* » du sexe.

2.2. L'environnement associatif militant transidentitaire à l'École



Les associations militantes font pression sur les politiques, investissent les écoles et conseillent l'Éducation nationale.

Nombreuses et puissantes aussi bien financièrement qu'en nombre d'activistes, elles occupent le terrain de l'École auprès des élèves et à la source des programmes, diffusent l'idéologie transidentitaire à tous les niveaux et tous les échelons, sanctionnent de transphobie tout écart de langage même involontaire et attaquent en justice le plus souvent possible.

Les professionnels qui appellent à une approche mesurée des questions de genre chez les mineurs et qui privilégient pour les enfants la patience à la prise d'hormones sont des transphobes jetés en pâture sur la place publique. Cela passe par des lynchages médiatiques ruinant des réputations et mettant en danger l'intégrité physique des personnes qui en sont victimes. Les professeurs et élèves qui n'adoptent pas immédiatement le discours idéologique et la sémantique transactiviste lors d'interventions de ces associations sont également taxés de transphobes, de réactionnaires... et mis au ban¹¹⁷ Ceux qui ne partagent pas cette idéologie et qui considèrent que l'Éducation nationale bafoue son devoir de neutralité et leur liberté de conscience sont contraints au silence. Ils ne cachent pas leur peur et l'impossibilité d'exprimer la moindre réserve. Et ce, bien que les risques sur la santé psychique et physique des enfants soient désormais connus, que de nombreux pays fassent marche arrière et que des scandales sanitaires soient exposés au grand jour.¹¹⁸

Les interventions du Planning familial auprès des enfants

Parmi les nombreuses associations qui investissent les écoles pour diffuser l'idéologie transidentitaire, le Planning familial est celle qui affiche le plus ouvertement son militantisme avec des moyens pharaoniques constitués majoritairement de subventions publiques.

Le lexique trans¹¹⁹ et les dernières campagnes de communication du Planning familial témoignent de cette impunité et de l'opportunité d'une association dont l'objet social d'origine était la prévention des risques de relations sexuelles non protégées et de grossesse non désirée.



117 <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/ils-ont-accuse-les-enfants-d-etre-transphobes-a-l-ecole-alsacienne-une-conference-sur-les-trans-scandalise-les-parents-20230516>

118 <https://www.lavie.fr/actualite/societe/enfants-transgenres-pourquoi-la-clinique-tavistock-va-fermer-en-angleterre-83876.php>

119 <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2020-10/Lexique%20trans.pdf>

Données sur les enfants détenues par les associations militantes

Les associations qui interviennent dans les établissements scolaires avec l'agrément de l'Éducation nationale adoptent la même sémantique, pratiquent l'écriture inclusive et interrogent les enfants. Ces données sont traitées par qui, comment, à quelle fin ?

Promotion du changement de genre et du polyamour sur des sites institutionnels

Avec l'aval des ministères de la Santé et de l'Éducation nationale, des sites institutionnels diffusent une sémantique transactiviste en faisant des analogies douteuses avec le monde de l'enfance et de l'école : **parallèle entre banalisation du polyamour et droit de jouer dans la cour, et entre changement de prénom et choix du sujet de rédaction.**

Communication institutionnelle financée sur des fonds publics :



Formation des enseignants

De nombreuses formations sur la transidentité et l'idéologie du genre assurées par des associations ou des universitaires ayant des liens avérés avec des structures militantes transactivistes, ont été dispensées aux enseignants et aux personnels, que ce soit directement dans les INSPE120, à l'ENS¹²¹ ou dans un cadre thématique, comme à Paris dans l'exemple qui suit. Contenus orientés sans intervenant présentant une approche plus mesurée, voire critique de l'idéologie.

Célébration du mois des fiertés

La célébration du mois des fiertés est devenue un marronnier de l'institution scolaire. Obligation de faire participer les élèves à des ateliers, initiatives mettant le militantisme LG-

120 <https://www.inspe-lille-hdf.fr/agenda/detail-agenda/cycle-de-conferences-2022-2023-la-transidentite-comment-se-construisent-les-identites-de-genre>

121 <https://www.chimie.ens.fr/wp-content/uploads/2022/09/Programme-ECOLE-INTERNE-PSL-septembre-d%C3%A9cembre-2022-actu-1.pdf#page=83>

BTQIA+ à l'honneur... Qu'il s'agisse de distribution de tissu arc-en-ciel à nouer au poignet, d'exposés dédiés à la cause, ou d'affiches institutionnelles mettant en scène la communauté trans de manière tristement caricaturale ! À l'instar de cette affiche placardée dans un établissement scolaire d'Île de France. Des élèves agacés par ce militantisme contraire au devoir de neutralité du service public décident de la déchirer. Ils seront convoqués par le directeur, soumis à un tribunal populaire d'une dizaine d'élèves chargés de leur expliquer qu'ils sont transphobes, et devront rédiger une dissertation sur leur acte au cours d'une retenue.

2.3. L'École dans le processus de transition du jeune

Il n'existe malheureusement pas de données précises. Selon les retours émanant du terrain, en lien avec des syndicats d'enseignants, il y aurait en moyenne un élève par classe se déclarant transgenre sans aller nécessairement jusqu'à demander le changement de son « nouveau » prénom dans les documents scolaires du quotidien. Les enseignants témoignent qu'il y a 5 ans, « il était extrêmement rare d'avoir ne serait-ce qu'un élève concerné dans tout l'établissement. ». Les enseignants ont des difficultés à se situer. Parmi les collègues se trouvent quelques activistes politiques militants pour cette idéologie et particulièrement bruyants. La majorité est plus mesurée, mais garde le silence, le « pas de vagues » domine : « On en parle entre nous, on est beaucoup à penser que c'est grave, on voit bien que pour certains enfants, ce n'est pas ça le problème, mais on s'arrête là. Trop risqué. Et on sait que la direction ne nous suivra pas. Alors on se tait. »

La circulaire Blanquer impose l'accord des deux parents pour le changement de prénom officiel dans l'établissement. Mais l'obligation d'information et d'accord n'est requise que si l'enfant demande à ce que l'équipe pédagogique et les documents propres à l'établissement portent son prénom d'usage et non plus son prénom de naissance. Pour pallier cela, des élèves changent de prénom et font leur transition sociale avec leurs pairs dans l'établissement, certains professeurs vont dans le sens de l'élève, mais sans que les copies, la carte de cantine ou la liste d'appel, ... soient modifiées avec leur nom d'usage. L'accord des parents n'étant pas requis, ces derniers n'en seront pas informés.

Le processus de transition sociale à l'école

La transition sociale est la première étape du processus de changement de genre. **Toutes les études montrent qu'une fois cette étape engagée, il est difficile pour le jeune d'en sortir.** Son cercle d'amis se restreint, ses centres d'intérêt et ses sources d'information se concentrent sur quelques sites, médias et influenceurs très idéologiques. L'enfant est nourri d'injonctions à aller toujours plus loin dans sa transition et à adopter une vision plus radicale.

Le jeune subit des pressions psychologiques et sociales constamment alimentées par les réseaux sociaux qui le placent en situation de dépendance affective. La majorité de ceux qui engagent leur transition sociale avec changement de prénom poursuivront par la transition médicamenteuse.

Plusieurs parents concernés ont relaté que la communauté trans se substitue à la famille. La sémantique adoptée par ces réseaux associatifs consiste à isoler l'enfant des siens. Certains vont jusqu'à pousser le jeune à diaboliser sa famille, le convaincre qu'elle est nocive pour lui et qu'il ferait mieux de la quitter si les parents ne se montrent pas immédiatement favorables et soutenant. Le parent qui pose des questions sur la réalité du ressenti, le risque des médicaments... est catégorisé comme transphobe. Au besoin, le jeune est poussé par les associations desquelles il est désormais sous emprise, à porter plainte contre ses parents pour transphobie. SOS Éducation, comme d'autres associations, a accueilli la parole de plusieurs familles concernées, dont certaines sont confrontées à des situations excessivement douloureuses avec fuite de l'enfant et placement du mineur en foyer d'accueil.

3. Les risques connus avant la publication de la circulaire Blanquer

Sophie Audugé a présenté les données de santé rassemblées par SOS Éducation, émanant d'experts internationalement reconnus, dont la majorité sont auditionnés dans le cadre de ce groupe de travail. Cette partie de la présentation de SOS Éducation n'est donc pas reprise dans ce rapport. Néanmoins cette partie du travail particulièrement fourni mené par SOS Éducation entre septembre et novembre 2021, visait à démontrer que les risques sur la santé psychique et physique des enfants d'une transition rapide étaient déjà connus au moment où Jean-Michel Blanquer signait la circulaire pour institutionnaliser l'idéologie transidentitaire à l'École.¹²²

Ce que le Dr Christopher Gillberg, psychiatre suédois de renommée mondiale, exprime en ces termes : « *La suppression de la puberté normale, l'utilisation d'hormones croisées qui provoquent des maladies, ainsi que la mutilation chirurgicale et la stérilisation des enfants sont des atrocités qui devraient être interdites, et non des soins de santé.* »

SOS Éducation insiste sur les risques connus d'emprise transidentitaire sur des enfants souffrant de troubles psychopathologiques en premier lieu desquels l'autisme, l'anorexie, le choc post-traumatique dû à des abus sexuels. SOS Éducation indique la surreprésentation parmi les jeunes filles se disant « nées dans le mauvais corps » d'adolescentes découvrant leur homosexualité. Des données probantes conduisent à considérer l'existence d'un **phénomène d'homophobie intériorisée**.

Ainsi, adopter l'idéologie transidentitaire et ses doctrines du sexe « assigné » et de la conscience d'être « né dans le mauvais corps » à l'école conduit à promouvoir une thérapie d'auto-conversion de jeunes filles lesbiennes éprouvant des difficultés à s'accepter. Elles s'y engouffrent de manière inconsciente mais néanmoins bien réelle. Dans certains pays qui condamnent l'homosexualité, la transition de genre est favorisée. Ce point est essentiel dès lors que la circulaire Blanquer avait pour finalité la lutte contre les discriminations, notam-

122 <https://soseducation.org/docs/notes-etudes-entretiens-tribunes/la-question-transgenre-chez-les-enfants.pdf>

ment concernant l'orientation sexuelle. L'Éducation nationale ne peut pas rester sourde à ces réalités. Le dogme de l'idéologie transidentitaire consiste en des injonctions contradictoires qui créent des confusions chez les enfants, plus qu'elles ne les aident.

4. L'Éducation nationale, action politique contraire à l'intérêt de l'enfant

4.1. Le protocole des activistes pour infiltrer le milieu politique

Alors que les médecins lanceurs d'alerte des pays précurseurs dans les soins de transition pédiatrique avaient déjà dénoncé le caractère expérimental et les risques avérés des traitements, au péril de leur réputation, en France, les intérêts politiques ont primé sur l'intérêt des enfants quand il s'est agi d'ouvrir les portes des écoles à l'idéologie transidentitaire dès la maternelle.

Les politiciens français ont cédé au plaidoyer des associations militantes devenant les idiots utiles d'un plan de lobbying européen bien formaté qu'ils ont suivi à la lettre sans imaginer une seconde qu'ils se faisaient manipuler. Aucun d'eux sans doute n'avait connaissance d'un rapport international qui ciblait la France et qui fixait les lignes directrices d'une stratégie d'influence redoutable visant à obtenir exactement ce que le ministre de l'Éducation nationale a signé en septembre 2021. Puis la loi de janvier 2022 a interdit sans nuance tout questionnement sur l'identification transidentitaire d'un mineur voulant engager des traitements dangereux pour sa santé. Le rapport IGLYO & Dentons est pourtant un document public au titre évocateur : « **Seulement les adultes ? Bonnes pratiques en matière de reconnaissance légale du genre pour les jeunes** »¹²³.

« Dans ce rapport, nous avons cherché à examiner les bonnes pratiques en termes de droit, de plaidoyer et de climat culturel et politique dans divers pays européens, avec un accent particulier sur les mineurs. » [...] « Il ne fait aucun doute qu'à l'avenir, les activistes chercheront à faire pression sur les politiciens pour ouvrir l'accès aux mineurs, comme on peut déjà le voir dans certains pays. » [...] « **Ce rapport sera un outil puissant pour les activistes** et les ONG qui travaillent à faire avancer les droits des jeunes trans à travers l'Europe en faisant **reconnaître légalement leur identité de genre par l'autodétermination plutôt que par un diagnostic médical** ou une décision de justice ».

Tout au long des 87 pages de ce rapport, l'enjeu est de doter les associations militantes transactivistes des outils juridiques et d'influence pour contraindre les Etats à donner aux

123 <https://soseducation.org/docs/mobilisations/seulement-les-adultes.pdf>

mineurs un accès rapide et abordable aux traitements de changement de genre sur la base du modèle d'autodétermination et sans aucune exigence en matière de diagnostic. Avec des sanctions lourdes à l'encontre de tous ceux qui oseraient s'y opposer quand bien même ce serait contraire à l'intérêt de l'enfant ! L'objectif ultime est de mettre fin à la reconnaissance légale du sexe à la naissance et d'adopter un troisième sexe exprimé par un « X » neutre sur les papiers d'identité.

4.2. Un marché très lucratif

Aux USA, le marché de la chirurgie de changement de genre aurait atteint en 2020 une valeur de 2,1 milliards de dollars. La projection pour 2030 serait de 5 milliards¹²⁴ !

Pour conclure

Nos enfants ne sont pas les vaches à lait des industries pharmaceutiques, chirurgicales ou esthétiques.

SOS Éducation rappelle que les données présentées dans cette synthèse, issues d'études internationales scientifiquement étayées, étaient parfaitement accessibles quand la France a laissé son ministre de l'Éducation nationale signer une circulaire de 11 pages, rédigée en grande partie par des ONG militantes de l'idéologie transidentitaire. Les risques sur la santé physique et psychique des enfants étaient connus. L'approche éthique et mesurée aurait dû prévaloir, mais la pression d'un militantisme puissant, financièrement et médiatiquement, l'a emporté.

À la fin, ce sont les enfants qui trinquent.

L'État ne remplit pas son devoir de considérer en priorité l'intérêt supérieur de l'enfant.

L'École doit instruire, respecter l'autorité parentale et ne pas nuire !

L'idéologie transidentitaire à l'École est contraire à ces trois principes pourtant essentiels. Elle n'a donc pas sa place à l'École.

SOS éducation présente le cas de parents qui témoignent du changement de prénom de leur fille (prénom masculin de son choix) sur sa carte de lycéen sans leur accord

En février 2020, notre fille XXX XXXX a les cheveux coupés assez courts. Elle a 13 ans et demi. En avril 2020, elle est en 4ème au Lycée Carnot. Pendant le confinement, elle ne reçoit aucun cours distanciel de la part de ses enseignants sauf pour l'anglais. Elle se retrouve désœuvrée. Elle s'isole dans sa salle de bains et avec une tondeuse, sans rien nous dire, se

124 <https://grandviewresearch.com>

coupe les cheveux très courts en ne laissant que 1 à 1,5 cm. Entre ce 1er confinement de 2 mois et l'été, vers juin 2020, elle a demandé à voir une psychologue. On nous en a recommandé une. Elle a reçu notre fille sans jamais nous recevoir. Après 5 séances, la psychologue nous a dit que tout allait bien. En septembre 2020, notre fille est en 3ème, elle nous écrit une lettre dans laquelle elle nous dit « aimer les filles ». Elle le saurait « depuis 2 ans ». Elle est « tombée amoureuse de 3 filles » depuis la 5ème. Dans la cour elle aurait « toujours cherché à ressembler aux garçons ». Elle nous dit être sortie en février avec une amie. « Mes doutes se sont évaporés, je me sentais si bien avec elle ». Elle nous dit ensuite que depuis l'été 2019, elle ne se fait plus appeler XXX mais d'un prénom masculin « XX ». « A ce moment-là, je me posais des questions, beaucoup de questions, j'avais des doutes sur mon genre. Rentrée en 4ème, je m'étais habituée et attachée à mon nouveau prénom ». A la maison, les relations se passent convenablement, elle semble rassurée de voir que son « homosexualité » est acceptée. Nous remarquons qu'elle utilise de temps en temps une syntaxe au masculin lorsqu'elle parle d'elle. Elle ne nous corrige pas lorsque nous la reprenons et passe rapidement à un autre sujet... Nous constatons que son frère l'appelle par ce prénom masculin et qu'elle l'écrit à l'entête de certaines de ses copies. Puis un événement majeur sur le plan relationnel se produit. Elle faisait partie d'un groupe de 6 amies dont sa meilleure amie. L'entente paraissait idyllique. Soirées fréquentes les unes chez les autres, centres d'intérêt communs etc... Puis lors d'une discussion sur le port du voile, notre fille a fait état de ses opinions « le voile ne devrait pas être toléré dans l'espace public, il est un symbole de soumission de la femme à la volonté de l'homme etc... » : elle a été taxée de raciste, islamophobe... on la sommait de s'excuser sur le champ. Elle a été choquée, a beaucoup pleuré, a expliqué sa position et le fait qu'elle n'était pas raciste... Rien n'y a fait, elle est exclue du groupe à l'unanimité. Notre fille se retrouve du jour au lendemain seule, perdant sa meilleure amie. Je pense que cette exclusion a contribué fortement à ce qu'elle se tourne vers les réseaux et une communauté d'adoption, la communauté lgbt. Les difficultés relationnelles de notre fille sont profondes et anciennes. Diagnostiquée précoce, ses relations interpersonnelles ont souvent été compliquées. Très exigeante et rapide intellectuellement, elle se montre rigide et hyper sensible.

Depuis l'exclusion de ce groupe, un basculement dans sa personnalité s'est opéré.

Elle a changé radicalement son apparence, piochant dans les garde-robes de son frère et de son père. Elle portait des hauts compressifs pour cacher ses seins. Un look complètement déstructuré, des vêtements beaucoup trop grands pour elle. En juillet elle se teint les cheveux en bleu turquoise. Nous avons découvert qu'elle s'était rendue à plusieurs gay pride sans notre autorisation. Lors des vacances suivantes, notre fille nous présente son « pote ». Je me surprends à trouver son visage féminin. Puis nous la voyons en maillot de bain. Nous interrogeons notre fille « Pourquoi nous as tu dit que c'était un garçon ? c'est une fille » Réponse de notre fille : « Il n'est pas genré. Non binaire. Ne se définit ni comme un garçon ni comme une fille donc on utilise le pronom que l'on veut ».

À la même période, je trouve cette note écrite par notre fille : « bonjour, je m'appelle XX ou XX XXXX, et en septembre, je passe en seconde à Carnot. Je voulais vous demander s'il était

possible d'inscrire le prénom XX sur la liste des élèves. Mon ancien prénom (XXX) pourrait être utilisé contre moi, étant donné que je suis un garçon transgenre. Vous comprenez, donc, que cela me dérangerait si mon ancien prénom venait à être dit devant tous les élèves. Je préfère partir sur une bonne base. Mes parents ne le savent pas. Cordialement, XX XXXX »

De premières altercations avec notre fille apparaissent sur le fait que nous « mentons en disant que nous l'acceptons telle qu'elle est, puisque nous refusons son nouveau prénom » mais cela s'arrêtait rapidement : « on ne peut pas parler avec vous de cela, vous ne comprenez rien... ».

A la rentrée de septembre 2021, son début de Seconde se passe bien, jusqu'à ce samedi de novembre où un ami de province, que notre fille ne connaît pas, m'envoie une capture d'écran émanant de Tik Tok qui lui propose notre fille comme personne qu'il pourrait connaître. Une photo de notre fille avec la légende « cette trend version dysphorie de genre ».

C'est la première fois que nous découvrons le terme de « dysphorie de genre » et ce matin-là notre monde s'est littéralement écroulé. Je lui montre en lui demandant : « est-il normal que cet adulte que tu ne connais pas, en province, reçoive cette publication ? Te rends-tu compte de ton degré d'exposition sur les réseaux ? Pourquoi exposer sa vie privée ainsi ? Nous t'avions prévenue à de multiples reprises de ne pas le faire ? ». Je suis outrée. Puis je prononce le mot « Trans » et là elle se lève : « Je ne parle pas de cela avec toi. On en parlera devant un psy si vous voulez ». Ayant accès à l'un de ses comptes Instagram sur mon téléphone, la descente aux enfers se poursuit en consultant ses publications, les pages des lobbys LGBT et Trans auxquelles elle est abonnée, des centaines de messages privés où tout le monde lui parle au masculin et lui dit « mec », des messages parfois avec de parfaits inconnus, des messages pour nouer une relation plus qu'amicale... Paradoxalement à ce que pouvait laisser entendre son homosexualité annoncée féminine, tous ces messages s'adressent à des garçons. Nous savons que notre fille est complexée par sa petite taille et sa silhouette comme nombre d'adolescentes. Nous nous interrogeons donc sur la manifestation de ce complexe. A-t-il pu conduire à s'identifier en garçon pour échapper aux diktats stéréotypés des filles. Dans un message avec sa cousine, elle dit être « bi ». Nous ne reconnaissons plus notre fille. Nous pensons à un dédoublement de personnalité tant la différence est marquée avec l'image qu'elle nous donne. Elle fume, y compris du cannabis. Boit de l'alcool en soirée. Se met en scène. Se glorifie d'avoir obtenu une carte de lycéen à son prénom masculin, se réjouit d'avoir pu entrer dans les toilettes des garçons. Je découvre un autre compte qui s'intitule « XXletravesti », sous-titré « grosse merde ». Cela en dit beaucoup sur son niveau de perte d'estime d'elle-même et sur l'ouragan psychologique qu'elle affronte. Je découvre les pratiques sectaires des lobbys LGBT et Trans qui cherchent à endoctriner les jeunes sympathisants et à les détourner de leur famille.

A ce moment-là nous coupons son téléphone et son ordinateur de tous les réseaux sociaux, nous installons un contrôle parental rigoureux et un blocage des sites internet pour adultes. Elle nous fait l'effet d'une personne complètement en perte de repères, chamboulée psychologiquement, enfermée dans l'image qu'elle a donnée depuis des mois voire des années sur les réseaux sociaux. Elle a d'ailleurs lâché rapidement au détour d'une discussion,

qu'elle ne pourrait plus être « autre chose » et qu'elle perdrait la face devant ses amis et sur les réseaux si elle devait redevenir la personne qu'elle était avant ce début de transition. Nous trouvons un psychiatre qui accepte de nous recevoir. Il est informé de l'ampleur du phénomène trans qui cible les jeunes adolescentes et de l'effet de la crise sanitaire sur cette génération. Notre fille a commencé une psychothérapie avec lui en décembre 2021. Nous avons aussi vu en urgence le proviseur de Carnot qui nous a affirmé ne pas être au courant de la carte de lycéen que l'établissement a fait à notre fille avec un prénom masculin ! ni du fait que les enseignants utilisaient ce prénom. Il s'est excusé à plusieurs reprises, a reconnu sa responsabilité et nous a assuré qu'il la convoquerait dès le lendemain pour lui dire qu'ils se sont trompés et qu'un changement de prénom ne peut être réalisé sans l'accord des deux parents. Il était supposé lui reprendre cette carte et lui remettre celle avec son prénom. Mais il n'a pas tenu ses engagements.

Face à l'inertie de cet établissement et malgré plusieurs rendez-vous et échanges écrits, nous avons contacté par lettre recommandée le rectorat en Janvier 2022 (cf.annexe en°14). Nous trouvant dans une impasse et sans retour du rectorat nous avons engagé une procédure en dommage et intérêts pour que la lumière soit faite sur ces comportements indignes au sein de l'Education Nationale. Une attitude dangereuse qui met en péril des adolescents et toute leur cellule familiale. Nous nous sommes retrouvés dans l'obligation de la changer de lycée, en milieu d'année. Notre fille a été scolarisée au Lycée Jules Ferry - Place de Clichy. La proviseure a compris notre problématique et le fait qu'il n'appartient pas au lycée de cautionner ou renforcer le changement d'identité d'un adolescent. Elle a accepté de prendre notre fille en seconde en plein milieu d'année et nous a assuré que les enseignants n'utiliseraient que son prénom de l'État civil. Nous avons rencontré sa nouvelle professeure principale pour lui exposer la situation et la raison pour laquelle nous devons la changer d'établissement en urgence. Toute l'équipe enseignante et administrative du lycée Jules Ferry nous a réservé un accueil chaleureux et bienveillant et nous tenons à ce qu'ils en soient chaleureusement remerciés ici. Ils ont restauré notre confiance dans l'enseignement public républicain, auquel nous sommes profondément attachés. Après quelques premiers mois difficiles, notre fille s'est parfaitement intégrée dans son nouveau lycée. Nous avons pu constater des différences majeures entre le lycée Jules Ferry, situé dans un quartier populaire, et le lycée Carnot. Pas de défilé « arc en ciel » à la sortie des classes, et surtout pas une équipe enseignante acquise à l'idéologie trans qui fait croire à des enfants qu'il leur appartient de choisir leur genre contre celui qui leur serait « assigné » à la naissance. Ce que nous supposions a trouvé une confirmation dans notre expérience : cette interrogation sur leur « genre », est un souci des adolescents des milieux favorisés qui ont la chance de grandir dans des familles dont les besoins élémentaires sont satisfaits. La « dysphorie de genre déclenchée à l'adolescence » est-elle un problème de riche ? Nous commençons à le penser. La psychothérapie engagée par notre fille en décembre 2021 s'est poursuivie et depuis mars 2023 sa santé mentale s'est apaisée. Elle porte de nouveau des vêtements féminins. Elle a les cheveux plus longs et des coupes féminines. Elle n'arbore plus de signes ostentatoires LGBT, ne se fait plus appeler par

un prénom masculin et parle de garçons qu'elle trouve séduisants. Il aura donc fallu 18 mois de psychothérapie et un changement d'environnement scolaire pour redonner à notre fille les clés lui permettant de comprendre les processus à l'œuvre. Nous sommes chanceux. Pour de nombreux adolescents cela prend beaucoup plus de temps.

Je tiens à remercier chaleureusement l'association SOS Education et en particulier sa déléguée générale Mme Sophie Audugé, qui a donné beaucoup de son temps personnel pour nous écouter, nous conseiller, nous réconforter et nous guider dans les démarches que nous pouvions entreprendre pour aider notre fille. Nous avons également trouvé un soutien important auprès de l'association « La Petite Sirène » de Mme Masson et du Dr Eliacheff, et auprès de l'association de parents Ypomoni.

Pour nous le cauchemar s'est enfin achevé. Pour de nombreuses familles, cette idéologie de promotion de la transition sexuelle est toujours à l'œuvre. Avec la complicité de l'Éducation Nationale, des idéologues qui œuvrent au sein du planning familial, cette idéologie détruit des familles. Nous témoignons pour que la lumière soit faite sur ce scandale qui menace les fondements du lien social. Nous ne nions pas l'existence de la dysphorie de genre.

Nous nions la légitimité de la vague gigantesque d'adolescents se présentant comme dysphoriques alors qu'ils sont pour l'immense majorité d'entre eux sous l'influence de lobbies qui œuvrent sur les réseaux sociaux. Nous nous opposons à l'acquiescement béat des adultes en charge d'une autorité aux affirmations de ces adolescents, acquiescement qui de surcroît se produit sans même en informer les parents d'enfants mineurs ! Dans notre cas précis, notre fille s'était affirmée en danger vis-à-vis de ses camarades. Et rien n'a été fait par l'administration du lycée Carnot pour éclaircir ce qui se cachait derrière ce danger, et pour nous en alerter. Nous avons été traités avec mépris par cet établissement. Et ce n'est que grâce à un simple hasard que nous avons découvert l'horreur qui se tramait et la souffrance de notre fille. C'est dire la puissance de ces lobbies LGBT et Trans, qui font perdre tout bon sens à des gens dont le devoir est de protéger des personnes mineures.

SOS éducation présente le cas d'un enseignant d'EPS confronté à la transidentité d'une élève

Je suis enseignant d'EPS certifié dans l'Éducation Nationale depuis 5 ans.

L'année dernière, j'ai été confronté à un souhait de la part d'une élève de 5ème de changer d'identité et de se faire appeler par un nouveau prénom.

Je vais vous partager le déroulement de cette année avec l'élève.

Tout d'abord l'élève avait pour habitude de fournir peu d'efforts en Éducation Physique et Sportive.

L'élève présentait aussi de nombreuses absences en EPS. Bien plus tard, j'ai appris que l'élève avait des réticences à l'égard des exercices physiques qui lui faisait ressentir son corps.

J'ai appris en fin de trimestre que l'élève souhaitait être appelé par un nouveau prénom. Les élèves et certains enseignants ont commencé par l'appeler par son nouveau prénom alors que les enseignants avaient pour consigne d'attendre la confirmation des deux parents.

En effet, la mère n'était pas encore d'accord pour l'appeler par ce nouveau prénom. Seul le père encourageait son enfant dans son désir de transition.

Au deuxième trimestre, nous avons eu une réunion pédagogique au sujet de cet élève.

Je m'attendais à ce que l'on échange à propos de ses difficultés scolaires, mais à ma surprise, cette commission avait pour but de permettre aux parents de nous annoncer leur souhait de l'appeler par un nouveau prénom en vue de l'accompagner dans sa transition sociale.

Pris de cours, j'étais quelque peu sous le choc, en particulier lorsque j'ai entendu la mère dire qu'elle n'avait d'autre choix que d'accepter cette transition car personne ne s'y opposait.

Quelques jours plus tard, après maintes réflexions, je décide de contacter les parents pour les informer que je souhaitais éviter d'influencer l'élève dans un sens ou un autre. Afin de respecter leur choix, je ne faisais plus mention de l'identité sexuelle biologique de leur enfant. Ainsi je n'appelais plus l'enfant par son prénom, et j'évitais de dire : « les filles » lorsque j'appelais un groupe de filles qui était à sa proximité.

Afin de conserver un état de neutralité vis-à-vis de cette transition, je ne l'ai pas identifiée à l'identité sexuelle de son choix. Par exemple je n'ai pas demandé à l'élève de se changer dans les vestiaires des garçons, ce qui est d'ailleurs conforme à son choix de continuer à se changer dans le vestiaire des filles.

Toujours pour conserver cet état de neutralité, j'évitais de l'appeler par son nouveau prénom masculin en privilégiant le tutoiement.

Par le tutoiement j'évitais de féminiser ou de masculiniser un quelconque adjectif lorsque je m'adressais à l'élève. Je faisais également attention à ce que l'élève ne se sente pas discriminé.

J'ai par ailleurs fait un rapport d'incident et contacté ses parents lorsque deux élèves de la classe avaient tenu des propos transphobes à son encontre. Concernant l'équipe éducative enseignante, il semblait y avoir une sorte de dissonance cognitive entre ce qu'ils percevaient de l'élève, en la reconnaissant comme étant une fille, tout en l'appelant par un prénom qui visait à encourager l'élève dans sa transition en tant que garçon. Cette dissonance est tolérée par l'Éducation Nationale qui, dans sa circulaire de 2021 sur le transgenre à l'école préconise que les enseignants ne doivent pas faire part de leur perception à propos de l'élève en questionnement sur son identité.

Quoi qu'il en soit, plusieurs semaines après l'acceptation des enseignants pour encourager l'élève dans sa transition, il s'avère que l'élève a multiplié les actes de scarification et de mutilations.

Ces actes se produisaient en particulier en présence d'autres camarades, notamment lors des cours. Un professeur m'avait témoigné du fait que l'élève cherchait à faire en sorte que l'enseignant soit en permanence focalisé sur ses avant-bras afin de voir s'il remarquait une nouvelle scarification.

La multiplication de ces actes d'autodestruction a fini par aboutir à une hospitalisation. En raison du secret médical, nous n'avons pas eu plus d'information à ce sujet.

Suite à cet incident, les parents m'ont demandé d'aller dans le sens de la transition de l'enfant en l'appelant par son nouveau prénom.

J'ai également appris que l'élève a été diagnostiqué bipolaire.

Ma conscience professionnelle me faisait pressentir que ce choix ne faisait qu'encourager l'élève à rejeter son propre corps. Car en disant implicitement que l'élève n'est pas dans le bon corps, on l'encourage inévitablement à rejeter son corps actuel, amplifiant ainsi son mal-être.

Avant de reprendre cours avec leur enfant, j'ai rappelé aux parents les raisons de mon choix de neutralité qui avait pour but d'éviter d'exercer une quelconque influence sur leur enfant tout en gardant un état de neutralité de ma part.

S'ils souhaitaient malgré tout que je fasse parti de cette transition alors j'aurais présenté ma démission.

Les parents ont finalement accepté une nouvelle fois de me faire confiance.

L'élève était satisfait de notre relation pédagogique mais continuait d'avoir un a priori négatif sur les exercices physiques.

En fin d'année, l'élève s'est confiée à moi sur plusieurs points :

L'élève m'a fait part de son désir de revenir à l'âge de 8 ans pour ne pas avoir les responsabilités des adultes.

L'élève m'a fait part de son regret d'être passé d'un extrême à l'autre, sans m'avoir précisé quel était ce regret.

Enfin l'élève m'a fait part de l'impression que son père se souciait peu de son cas, alors que le père était le premier à accepter les choix de son enfant.

J'ai rapporté ces différents éléments pour que ses parents puissent continuer de l'accompagner au mieux.

Le chef d'établissement a rapporté au rectorat ma position. S'en est suivie une convocation au rectorat pour un rappel à l'ordre vis-à-vis de la circulaire sur le transgenrisme de 2021, où l'on m'a fait comprendre que ma démarche pédagogique était en désaccord avec la circulaire. Je devais appliquer ce qui était demandé dans la circulaire quitte à rompre avec mon droit de réserve, sans prendre en compte ma clause de conscience.

J'exerce désormais dans un autre établissement et je n'ai plus de contact avec l'élève et ses parents. J'espère qu'à l'avenir nous pourrions continuer à exercer notre métier d'enseignant sans être pris à parti dans le processus de transition sociale d'un élève.

D. LE DROIT : UNE CONTROVERSE

De même qu'il existe une controverse médicale concernant les soins à apporter aux mineurs transidentifiés, il existe une controverse juridique en France mais également en Europe (certaines décisions européennes s'imposant aux membres de l'UE dont la France, notamment celles de la Cour européenne des droits de l'Homme). La France est par ailleurs signataire de la Convention Internationale des droits de l'enfant de 1989.

Le groupe de travail a souhaité auditionner deux juristes qui ont deux points de vue opposés sur la question.

L'un défend le maintien de la protection juridique appropriée au mineur.

L'autre est en faveur de la création d'un droit à l'autodétermination du genre chez les enfants.

Concernant les mineurs transidentifiés, la législation peut régir différents domaines (soit pour autoriser soit pour interdire) :

- Prescriptions médicamenteuses et actes chirurgicaux
- Autorité parentale
- Consentement du mineur
- Transition sociale
- Modification de la mention de sexe à l'Etat civil.

Nous indiquons aussi à la fin de cette section des procès en cours aux USA de personnes souvent mineures au moment de leur transition, qui ont porté plainte contre leur médecin, thérapeute et clinique médicale.

1) Olivia Sarton, juriste

Le Groupe de travail a reçu le 5 décembre 2023, la juriste Olivia Sarton, avocate de formation, elle a exercé pendant plus d'une douzaine d'années au Barreau de Paris. Elle est juriste au sein de l'association *Juristes pour l'enfance* (JPE) depuis 4 ans.

Juristes pour l'enfance est une association loi 1901, fondée en 2008, apolitique, réunissant des juristes désireux de mettre leur expertise au service de la défense des droits et besoins fondamentaux des enfants. L'association agit sur le terrain juridique, au moyen du droit.

Olivia Sarton a souhaité nous communiquer le texte de son audition que nous reportons ici.

Apports juridiques autour du questionnement de genre de l'enfant et de l'adolescent et notamment du consentement à la transition

Pourquoi nous nous intéressons au questionnement de genre chez les enfants :

Alors que le questionnement de genre était inconnu ou quasiment il y a encore 20 ans, chacun constate aujourd'hui la progression de l'idée qu'un questionnement à ce sujet serait **nécessaire** chez l'enfant et l'adolescent. Son émergence est comparée à la prise en compte de l'homosexualité il y a quelques années. Pourtant, la comparaison n'a guère lieu d'être car les propositions adressées en réponse au questionnement de genre sont bien différentes puisqu'elles affectent l'identité du mineur, la prise en charge de son état de santé mentale, son corps et sa santé physique.

Dans ces propositions, nous identifions un risque de délaissement voire même d'abandon de la protection juridique de l'enfant sous prétexte de la création d'un « droit à l'autonomie et/ou à l'auto-détermination » de l'enfant.

Un tel droit n'existe pas. Au contraire, le droit repose sur le constat que « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, **notamment d'une protection juridique appropriée [...] » (Préambule de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) du 20 novembre 1989¹²⁵)**. Cette protection juridique appropriée est mise en œuvre en droit français par le statut de la minorité qui restreint la capacité juridique de l'enfant pour le protéger contre les décisions préjudiciables ou prématurées aux conséquences graves et parfois irréversibles qu'il pourrait vouloir prendre (C. civ. art 388s, art 414). Pendant la minorité, ce sont les parents [ou autres titulaires de l'autorité parentale] qui prennent les décisions pour l'enfant et endossent les responsabilités qui en découlent (C. civ. art 371-1).

La revendication d'une autonomisation de l'enfant lui attribuant la capacité de prendre seul des décisions graves¹²⁶ entraîne une fragilisation inquiétante de la protection juridique due à l'enfant. Celui-ci a besoin d'être amené progressivement vers l'autonomie et ce chemin doit respecter son rythme de développement, ainsi que la maturation progressive du cerveau confirmée par les neurosciences (la maturité est atteinte entre 22 et 25 ans en moyenne)¹²⁷. En particulier, l'adolescence est qualifiée par les scientifiques comme « une période de vulnérabilité »¹²⁸.

125 La CIDE a été ratifiée par la France en 1990. Source internationale du droit, la CIDE a une valeur contraignante et supérieure aux normes nationales. La France doit donc respecter les droits et les principes qui y sont énoncés, parmi lesquels la priorité donnée à l'intérêt supérieur de l'enfant

126 Ces idées sont développées par des adultes sous le concept « d'infantisme », nouvellement créé pour désigner, selon ceux qui le diffusent, « *cette discrimination omniprésente dans notre société à l'encontre des mineurs, fondée sur la croyance qu'ils appartiennent aux adultes et qu'ils peuvent, voire qu'ils doivent, être contrôlés* ».

127 « Conduites adolescentes et développement cérébral : psychanalyse et neurosciences », Jacques Dayan, Bérengère Guillery-Girard, revue *Adolescence* 2011/3 p. 479 à 515

128 « La maturation cérébrale à l'adolescence », L. Holzer, O. Halfon, V. Thoua, *Archives de pédiatrie* mai 2011, p.579-588 <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.01.032>

Dans le domaine du droit, l'enfant est défini par la CIDE comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». Le droit objectif français ne définit pas *per se l'enfant mais plutôt le mineur comme étant* « l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis » (C. civ. art. 388).

Or, la HAS, qui travaille en ce moment à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques pour les parcours de transition des personnes transgenres, a inclus dans la population visée les mineurs de 16 et 17 ans sans les distinguer des adultes : « La population cible est celle des personnes de plus de 16 ans en questionnement sur leur identité de genre ou transgenres »¹²⁹. La protection spécifique due à ces mineurs va-t-elle être effritée et l'âge de la majorité ignoré par la HAS ?

Nous examinerons d'abord la question du consentement aux actes relevant de la transition médicale chez les mineurs, puis celle de la pertinence juridique de la transition sociale. Enfin, des pistes législatives et réglementaires seront suggérées.

Le consentement aux actes relevant de la transition médicale chez les mineurs :

Les « Standarts of Care » (SOC8) édités en 2022 par la WPATH (World professional association for transgender health)¹³⁰, préconisent l'administration de bloqueurs de puberté à partir du stade Tanner 2 et l'administration d'hormones croisées sans référence à une limite d'âge. Ils ouvrent la possibilité des interventions chirurgicales de tous types chez les adolescents après 12 mois d'administration d'hormones, tout en précisant que l'absence d'administration d'hormones n'est pas un obstacle aux chirurgies si l'adolescent ne souhaite pas en prendre ou s'il existe une contre-indication médicale. Les SOC8 indiquent aussi que la participation des parents ou des titulaires de l'autorité parentale est recommandée, sauf si elle est préjudiciable : la participation des parents est ainsi entendue comme nécessairement favorable au parcours de transition médicale. Si ce n'est pas le cas, des mesures de « soutien et psychoéducation » sont mises en place pour conduire les parents à accepter la position trans-affirmative, sous peine qu'ils soient considérés comme préjudiciables à leur enfant.

Les militants trans-affirmatifs souhaitent que la HAS transpose les SOC8 dans des recommandations de bonne pratique relatives aux mineurs (qui s'ajouteraient à celles en cours d'élaboration assimilant de manière erronée les mineurs de 16 et 17 ans à la population adulte). Leur postulat est l'auto-détermination de l'enfant, comprenant le droit de disposer librement de son corps dès lors que l'enfant serait consentant. Ce postulat est contraire aux règles du Code civil et du Code de la santé publique qui stipulent que les décisions concernant l'enfant, y compris celles relatives à sa santé, sont prises par les parents. L'enfant est progressivement associé aux décisions qui le concernent selon son âge et son degré de maturité,

129 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf

130 Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 : <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>

mais il ne décide pas seul pour lui-même. En matière médicale, le consentement de l'enfant est simplement recherché s'il est apte à le donner. Ce consentement ne fait que s'ajouter au consentement premier des parents. Avant de développer ce point, il importe de rappeler les règles générales relatives au consentement en matière médicale.

Les règles régissant le consentement en matière médicale

Le consentement n'est pas, selon la loi, le seul critère de la légitimité d'un acte médical. Selon l'article 16-3 du Code civil, l'atteinte à l'intégrité du corps n'est licite qu'à la double condition d'une nécessité médicale et du consentement de l'intéressé : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. (...) »

Le consentement est donc nécessaire mais il n'est pas suffisant pour justifier une atteinte au corps humain, laquelle doit encore relever de la nécessité médicale. Cette disposition exprime de manière implicite le principe d'indisponibilité du corps humain¹³¹. Il en résulte que, s'il n'y a pas de nécessité médicale, il ne devrait pas y avoir d'atteinte grave possible à l'intégrité de la personne, pas même avec son consentement. L'atteinte à l'intégrité du corps humain, sans raison médicale, caractérise même l'infraction pénale d'atteinte volontaire à l'intégrité physique, quand bien même il y aurait consentement de la victime.

L'exigence d'une nécessité médicale

La réalisation d'interventions médicales pratiquées à leur demande sur les personnes s'identifiant comme transgenres illustre la progression de la revendication de libre disposition de son corps et le recul corrélatif des principes protecteurs de notre droit. Le *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans de janvier 2022*¹³² revendique la dépathologisation de la transidentité et l'auto-détermination des personnes pour définir leur identité de genre, accompagnées d'un accès sans condition à des « moyens médicaux » permettant la transformation du corps selon leur désir. Au contraire, les règles de droit protectrices de l'intégrité de la personne devraient conduire à juger que la dépathologisation signifie absence de nécessité médicale pour des opérations susceptibles de recevoir de ce fait la qualification de mutilation génitale/sexuelle.

Contrairement à ce que soutiennent les militants trans-affirmatifs¹³³, il n'existe pas d'autre cas où des traitements portant atteinte à l'intégrité du corps humain sont donnés à des mi-

131 Cass. ass. plén., 31 mai 1991, n° 90-20.105 : JurisData n° 1991-001378

132 PICARD Hervé et JUTAND Simon, "Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans remis à Monsieur Olivier Véran ministre des affaires sociales et de la santé", https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/284386.pdf

133 <https://blogs.mediapart.fr/claie-vandendriessche/blog/170523/petite-conversation-ethique-entre-tom-tom-et-nana>

neurs sans nécessité médicale. En dehors du cadre de la transidentité, le consentement donné par un mineur à l'ablation d'un de ses membres sans motif médical serait considéré comme non valable et l'équipe médicale poursuivie pour mutilation. Même le prélèvement d'organe en vue d'un don ne peut avoir lieu sur une personne mineure vivante, alors même qu'il pourrait servir à l'intérêt thérapeutique d'autrui (Code de la santé publique art. L. 1231-2).

En l'espèce, la nécessité médicale paraît d'autant plus absente compte-tenu des controverses fournies qui se développent sur les conséquences des parcours de transition médicale (ce point est développé plus loin), ainsi que sur leur caractère expérimental ¹³⁴¹³⁵¹³⁶¹³⁷.

Le médecin a la responsabilité de refuser les actes y compris médicaux réclamés par un patient lorsque ces actes constituent une atteinte à l'intégrité physique non justifiée par la nécessité médicale. Le consentement du patient, sa demande même, ne permettent pas au médecin de s'affranchir de la loi qui exige cette nécessité médicale. Le consentement des parents, aujourd'hui requis pour les interventions médicales sur des mineurs dans le cadre des parcours de transition, n'exonère en rien le médecin de sa propre responsabilité, pas plus que le consentement du mineur lui-même.

Les procès qui sont intentés aux États-Unis et en Grande Bretagne contre les médecins par des jeunes qui regrettent leur transition et leurs parents illustrent le fait que la responsabilité de l'acte médical demeure pour le médecin, quand bien même cet acte aurait été demandé par le patient.

Ceci est d'autant plus vrai que, dans un contexte de transidentification d'un jeune, le consentement des parents et, à fortiori, celui du jeune, sont fort douteux ainsi qu'il va être vu maintenant.

134 "The 2023 Dutch debate over youth transitions", 19 novembre 2023, <https://segm.org/Dutch-protocol-debate-Netherlands>

135 Déclaration de Riittakerttu Kaltiala, 30 octobre 2023, Free Press https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor?utm_source=post-email-title&publication_id=260347&post_id=138386667&utm_campaign=email-post-title&isFreemail=true&r=t2ag&utm_medium=email

136 <https://www.economist.com/united-states/2021/10/16/opinion-on-the-use-of-puberty-blockers-in-america-is-turning>

137 Communiqué de l'Agence pour l'administration des soins de santé de Floride https://ahca.myflorida.com/Executive/Communications/Press_Releases/pdf/6-2-22_AHCA_GAPMS_Press_Release_FINAL.pdf

Les règles relatives au consentement à un acte médical concernant un mineur

Le droit du mineur à l'information sur l'état de santé, qui vise à assurer un consentement éclairé, est exercé par les personnes titulaires de l'autorité parentale qui sont donc les destinataires de l'information. La décision concernant la santé du mineur est prise par ces mêmes personnes. Même si les mineurs ont « le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité » avec une recherche de leur consentement s'ils sont aptes à participer à la décision, le consentement parental est premier¹³⁸.

En ce qui concerne les interventions médicales de transition pour un mineur, les récits montrent que le consentement des parents est souvent obtenu grâce à des arguments controversés comme celui du risque de suicide de leur enfant s'ils n'acceptent pas les interventions médicales réclamées.

En outre, lorsqu'un des parents s'oppose à la transition médicale, les associations militantes incitent l'autre parent à saisir le juge aux affaires familiales pour que celui-ci l'autorise à mettre en place le parcours médical pour l'enfant. En août 2023, un Tribunal judiciaire a ainsi autorisé une mère à poursuivre le suivi d'un enfant dans le cadre de la consultation spécialisée de dysphorie de genre de l'hôpital Robert Debré, malgré l'opposition du père.

Si les deux parents sont opposés aux interventions médicales, les militants trans-affirmatifs interrogent la possibilité de convaincre les équipes médicales de passer outre ce refus sur le fondement de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique.

L'autonomie ainsi conférée à l'enfant, outre le fait qu'elle est *contra legem*, met sur ses épaules une responsabilité qui n'est pas de son âge par un « adultomorphisme »¹³⁹ inapproprié. En effet, l'enfant est-il réellement en capacité de donner un consentement éclairé à un parcours médical de transition ?

Qualité et compréhension de l'information donnée

Certaines équipes médicales considèrent que le consentement du mineur aux actes relevant de la transition médicale serait libre et éclairé dès lors qu'il a reçu l'information délivrée par les professionnels de santé et qu'il ne paraît subir ni pression ni contrainte. Ce postulat est aujourd'hui contesté¹⁴⁰.

138 Articles L. 1111-2 et s. du code de la santé publique, article 371-1 du code civil

139 Expression tirée du rapport relatif aux enfants en situation de prostitution : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/dt_proteger_les_enfants_et_les_ados_de_la_prostitution_2_0.pdf

140 Stephen B. Levine, E. Abbruzzese & Julia W. Mason (2022) : Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults, *Journal of Sex & Marital Therapy*, DOI : 10.1080/0092623X.2022.2046221

Tout d'abord, le caractère fiable et loyal de l'information donnée, sa qualité et sa complétude peuvent faire défaut. Il n'est pas certain que les controverses majeures qui s'amplifient sur les conséquences et les risques des interventions de transition pour les mineurs leur soient exposées¹⁴¹ : caractère expérimental des parcours de transition médicale, taux réel de résolution naturelle de la dysphorie de genre en l'absence d'intervention sociale ou médicale, existence de problèmes de santé mentale manifestes chez un nombre important de mineurs transidentifiés et vulnérabilité psychiatrique¹⁴², limites à l'innocuité et à la réversibilité des bloqueurs de puberté, balance bénéfices-risques litigieuse de l'administration d'hormones croisées, absence de réelle amélioration de la santé mentale des mineurs ayant « transitionné », regrets quelques années après la transition^{143 144 145}, devenir du corps après quelques années de traitement¹⁴⁶.

Surtout, quand bien même l'information serait fiable et complète, cela ne suffit pas à garantir le caractère libre et éclairé du consentement du mineur. Il faut encore qu'il comprenne et évalue l'information donnée, alors même que celle-ci ressort pour lui du domaine de la spéculation intellectuelle, compte-tenu de son absence d'expérience préalable en matière notamment de sexualité et de procréation (cf. le jugement rendu en 2020 par la Haute Cour de Londres dans l'affaire Keira Bell)¹⁴⁷. Il faut encore qu'il ne soit pas sous l'emprise mentale¹⁴⁸

141 Michael Biggs (2023) The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49:4, 348-368, DOI: 10.1080/0092623X.2022.2121238

142 C. Lagrange, J. Brunelle, F. Poirier, H. Pellerin, N. Mendes, G. Mamou, N. Forno, L. Woestelandt, D. Cohen, A. Condat, « Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 71, Issue 5, 2023, Pages 270-280, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.05.001>

143 SARTON Olivia « Un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médicale ? », *Médecine & Droit* Volume 2022, Issue 177, December 2022, Pages 89-94, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1246739122000720>

144 Jorgensen, S.C.J. Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties. *Arch Sex Behav* 52, 2173–2184 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02626-2>. Accessible en français sur <https://www.observatoirepetitesirene.org/post/regret-de-la-transition-et-detransition-significations-et-incertitudes>

145 Stephen B. Levine, E. Abbruzzese & Julia W. Mason (2022) : Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults, *Journal of Sex & Marital Therapy*, DOI : 10.1080/0092623X.2022.2046221

146 Thèse de médecine Julie Gilles de Lalonde https://www.researchgate.net/publication/287330464_Quels_sont_les_facteurs_limitant_la_pratique_d%27une_activite_physique_chez_les_personnes_transgenres_Male-to-Female_Étude_qualitative_TRANSPORT

147 ENFANTS EN QUESTIONNEMENT DE GENRE : OBSERVATIONS RELATIVES AUX DÉCISIONS ANGLAISES "KEIRA BELL". Olivia Sarton, Village de la Justice, <https://www.village-justice.com/articles/enfants-questionnement-genre-observations-relatives-aux-decisions-anglaises,40297.html>

High Court of Justice, 1/12/2020, Quincy Bell ans A v. Tavistock and Portman NHS Trust and others, [2020] EWHC 3274 <https://www.judiciary.uk/judgments/r-on-the-application-of-quincy-bell-and-a-v-tavistock-and-portman-nhs-trust-and-others/> (§138)

148 <https://www.senat.fr/leg/etudes-impact/pjl23-111-ei/pjl23-111-ei.html>

de groupes ou d'influenceurs particulièrement actifs sur les réseaux sociaux¹⁴⁹.

Enfin, l'absence de présentation d'une alternative thérapeutique envisageable et la présomption d'intérêt thérapeutique découlant de la prise en charge du parcours médical de transition au titre de l'ALD compromettent également le caractère libre et éclairé du consentement.

La place donnée au consentement du mineur pour décider d'un parcours de transition médicale, au motif d'une demande d'un mineur « à disposer de soi-même » et de son libre consentement, est critiquable. Les années passées ont montré combien pouvait être chimérique l'existence d'un « consentement » de l'enfant assis sur un droit de disposer de son corps : la prétendue liberté de l'enfant et de l'adolescent à consentir à des relations sexuelles avec un adulte a ainsi fait long feu. Sacralisée pendant des décennies, il a fallu plusieurs scandales et les prises de parole courageuses de centaines de victimes devenues adultes pour que l'incapacité structurelle de l'enfant à donner un consentement soit reconnue, entraînant la modification de la loi pénale. Nous formons le vœu que la France ne se contente pas d'attendre ces scandales et ces procès pour protéger les enfants.

Aspects liés à la transition sociale

Il paraît important de dissiper une idée reçue qui consiste à relativiser l'impact sur l'enfant ou l'adolescent de la transition sociale, considérée comme anodine, comme un temps donné à l'enfant pour se sentir mieux le temps de grandir et de réfléchir.

La transition sociale ne constitue pas une période de neutralité permettant à l'enfant de réfléchir.

Au contraire elle l'entraîne vers la transition médicale, aux conséquences rapidement irréversibles¹⁵⁰.

149 Y compris sur des sites institutionnels comme celui de la Caisse d'allocations familiales (CAF) : « Lettre ouverte au Ministre de la Santé : la CAF doit cesser de promouvoir l'idéologie trans » : <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/la-caf-doit-cesser-de-promouvoir-l-ideologie-trans-20230216>

150 Documentaire suédois de Karin Matisson et Carolina Jemsby d'avril 2019 en 3 parties « the trans train » <https://www.youtube.com/watch?v=sJGAoNbHYzk&t=286s>

La transition sociale est reconnue par des chercheurs comme « une intervention psychosociale sérieuse connue pour amener les enfants à persister à rejeter leur corps »¹⁵¹¹⁵²¹⁵³.

Les études confirment que la transition sociale pousse à la transition médicale : ainsi, une étude publiée en 2022 sur le suivi de 317 enfants en transition sociale avant l'âge de la puberté, révèle que 97,5% d'entre eux ont ensuite démarré un parcours de transition médicale¹⁵⁴.

En outre, indépendamment de ce lien avec la transition médicale, la transition sociale suscite de graves critiques d'ordre juridique.

La pratique de la transition sociale et la circulaire Blanquer qui la préconise ignorent la loi :

- Elles veulent imposer l'utilisation d'un prénom d'usage choisi par l'enfant sans respecter les procédures prévues à l'article 60 du Code civil.
- La mise en œuvre de la transition sociale, en particulier dans la sphère scolaire, c'est à dire dans une sphère institutionnelle, entérine un changement de sexe de fait que la loi interdit pourtant en droit.
- Elle disqualifie la loi auprès des enfants, à l'âge auquel ils doivent être éduqués à la citoyenneté et au respect de la loi¹⁵⁵.

Interrogations juridiques relatives à l'enfant concerné

- Article 223-15-2 du code pénal : abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse (pressions graves ou répétées ou techniques propres à altérer le jugement du mineur pour le conduire à un acte ou une abstention qui lui sont gravement préjudiciables) ;
- Articles L. 1110-1 et suivants du Code de la Santé Publique : droit fondamental à la protection de la santé.
- Ces dispositions sont en cause car on induit l'enfant en erreur en le laissant croire que la transition sociale constitue une période de neutralité qui pourrait permettre de résoudre son mal-être. Par ailleurs, en se focalisant sur la demande de changement de genre, les professionnels de santé et l'entourage risquent de ne pas traiter ou de sous-traiter les problématiques de santé qui devraient être prises en charge.

151 « Early Social Gender Transition in Children is Associated with High Rates of Transgender Identity in Early Adolescence », *SEGM* 6 mai 2022 : <https://segm.org/early-social-gender-transition-persistence> (pièce n°7)

152 Wright, Colin M.; Malone, William J.; Robertson, Julia D. (2019-09-24). "No One Is Born in 'The Wrong Body'". *Quillette*. Retrieved 2021-10-28

153 Docteur Patrik Vankrunkelsven : « Les inhibiteurs de la puberté sont un piège dans lequel les enfants se retrouvent coincés, ils n'ont donc pas la chance de changer d'avis. » (<https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>)

154 Etude de Olson et al parue dans *Pediatrics* en 2022 : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505568/>

155 <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/pour-le-conseil-d-etat-un-enfant-va-pouvoir-choisir-et-imposer-son-genre-a-ses-professeurs-20221005>

Interrogations juridiques concernant les tiers

- Disqualification de la loi pour tous ;
- Atteinte à la liberté de pensée, de conscience et d'opinion : les tiers doivent modifier leur propre perception du réel pour ne tenir compte que du ressenti de l'enfant concerné ;
- Atteinte au droit au respect de l'intimité et de la sécurité (partage des espaces d'intimité) ;
- Atteinte à l'égalité de traitement : traitement plus favorable pour l'enfant s'identifiant comme trans ;
- Atteinte à l'équité : sport ;
- Atteinte au respect de l'autorité parentale (article 371-1 du Code civil), articles 5 et 18 de la Convention internationale des droits de l'enfant). En août 2023, un Tribunal judiciaire a imposé à un père de famille séparé de la mère (et à l'institution scolaire) que son fils de 11 ans soit inscrit à la rentrée sous un prénom d'usage féminin avec mise en place d'un « protocole de reconnaissance de genre » ;
- Atteinte au respect de l'action éducative des familles (article L. 111-2 du Code de l'éducation) ;
- Atteinte au respect du droit des parents d'assurer l'éducation et l'enseignement conformément à leurs convictions religieuses et philosophiques (article 2 du Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales)¹⁵⁶.

Conclusion

Les militants trans-affirmatifs ont imposé l'idée d'un choix possible et naturel d'une identité de genre distincte du sexe biologique dans de très nombreux domaines s'adressant aux enfants. L'identité de genre devrait, selon eux, être présentée comme une variation, un spectre de possibles dans lequel l'enfant serait systématiquement invité à choisir.

Cette présentation d'un choix libre d'une identité de genre différente du sexe de naissance nous apparaît comme inopportune et dangereuse pour les enfants et les jeunes. La vie d'une personne médicalement transidentifiée est et restera toujours plus difficile et plus à risque que celle d'une personne qui ne l'est pas : en premier lieu en raison de la difficulté et des complications du parcours médical qui détériore l'état de santé physique de manière certaine et, en second lieu, parce qu'il n'est pas possible de changer de sexe, celui-ci restant inscrit dans chacune des cellules du corps. Il reste toujours un sentiment de discordance entre ce que la personne souhaite être et ce qu'elle est. Ce n'est pas une prétendue transphobie de la société qui génère ce sentiment, c'est une réalité ontologique¹⁵⁷.

156 CEDH 7 décembre 1976, Kjedlidsen, BuskMadsen et Pedersen c/ Danemarck, req n°5095/71

157 Cf. à ce sujet le cas emblématique de Jazz Jennings au Etats-Unis : The dark reality of Jazz Jennings, <https://www.youtube.com/watch?v=GmpgCCBkzZ4>

Plutôt que proposer aux enfants un changement de sexe comme horizon possible, l'objectif devrait être de les aider à accepter leur réalité corporelle, ne serait-ce que pour de simples raisons de santé publique.

On peut lire l'article d'Olivia Sarton sur le consentement en annexes n°15
« Un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médicale ? »,
décembre 2022.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1246739122000720>

2) Benjamin Moron-Puech, Maître de conférences en droit, Université Lumière Lyon 2

Le Groupe de travail a reçu le 5 décembre 2023, le chercheur et juriste **Benjamin Moron-Puech**, Maître de conférences en droit, Université Lumière Lyon 2 - CERCRID et Transversales, Chercheur associé au Laboratoire de sociologie juridique de l'Université Paris-Panthéon-Assas.

B. Moron-Puech nous a communiqué le texte d'audition écrit en écriture inclusive et que nous reportons ici.

Quelle régulation pour les personnes mineures transgenres ?

Madame la sénatrice Eustache Brinio, Mesdames les membres du groupe de travail,
Permettez-moi de vous remercier pour cette invitation à venir vous partager le fruit de ma recherche portant depuis bientôt une quinzaine d'années, sur le traitement par le droit des minorités sexuées et genrées, en particulier les minorités mineures.

Mon propos sera structuré en trois temps, d'abord quelque prolégomènes de cadrage (I), puis des propos sur la prise en charge sociale (II) et enfin sur la prise en charge médicale (III).

(I) Concernant en premier lieu le cadrage du sujet, j'aurai deux remarques à formuler sur la terminologie d'une part (A) et l'histoire d'autre part (B).

(A) Sur la terminologie d'une part, vous avez fait le choix de retenir le terme de *trans-identification*. Ce terme suscite chez moi une certaine perplexité. Il s'agit en effet d'un anglicisme qui

*n'est pas sans rappeler celui de transactiviste, qu'on trouve fréquemment chez certains journalistes*¹⁵⁸. Or, compte tenu des critiques récurrentes dénonçant une forme de colonisation culturelle nord-américaine sur ces thématiques liées au genre, le choix d'un terme d'origine anglo-saxonne me laisse perplexe.

Il me paraîtrait plutôt opportun d'utiliser un terme respectant le « génie de notre langue », tel que « transition d'identité ». L'inconvénient néanmoins d'une telle expression est qu'on se retrouverait avec un terme quelque peu restrictif, qui exclurait les personnes en questionnement sur leur identité de genre, celles rejetant toute identité de genre ou celles disant naviguer entre différentes identités, qu'on appelle parfois les personnes au genre fluide. Voilà pourquoi il m'apparaît bien préférable de parler dans votre travail de « minorités genrées mineures ». Néanmoins, si vous n'entendiez traiter que des seules personnes mineures entendant modifier l'expression de leur genre de manière durable – mais ce serait alors rater une partie importante de la réalité, à savoir les personnes agenres, au genre fluide ou en questionnement de genre –, je vous recommanderai de parler de « personnes mineures transgenres ».

(B) Sur l'histoire d'autre part, j'observe, également avec perplexité, que celle-ci se répète et qu'on semble ne vouloir tirer aucune leçon des débats qui ont animé la société française et la communauté médicale dans les années 70-80.

À l'époque, en effet, il y avait d'intenses débats au sein des sociétés savantes de médecins pour savoir s'il fallait ou non prendre en charge les personnes qu'on appelait alors « transsexuels » ou « transexuels ». Certains professionnels disaient : ces personnes transsexuelles sont délirantes et d'ailleurs l'étiologie, c'est-à-dire la cause de leur maladie s'explique toujours par des difficultés éducatives ; leur désir est impossible à assouvir car elles ne pourront jamais changer leur chromosome et il ne faut surtout pas donner prise à ce délire car, en effet, de la même manière qu'on ne nourrit pas une personne boulimique, on ne change pas le sexe d'une personne transsexuelle. D'autres professionnels, parmi lesquels mon grand-oncle, le psychiatre Pierre Moron, professeur de médecine et spécialiste de la prise en charge du suicide, disaient au contraire – et je m'appuie sur un article qu'il signait avec trois de ses collègues en 1980 dans le numéro 12 de la revue *psychologie médicale*¹⁵⁹ – : ces personnes transsexuelles sont en souffrance, en atteste la prévalence beaucoup plus importante du risque de suicide et de dépression ; l'étiologie n'est pas seulement éducative et il doit dès lors exister nécessairement d'autres causes « psychopathologiques ». Certes, disait-il, ces personnes paraissent avoir une névrose que certains de nos confrères qualifient de délire chronique, un « délire d'identité non paranoïaque », mais poursuivait-il, « ce délire ne subit aucune modification chez nos expertisés [...] De la même façon, l'appella-

158 V. not. P. Sugy, « Transition de genre : comment les militants trans ont infiltré la Haute autorité de santé », *Le Figaro*, 16 juin 2023, parlant par exemple d'« associations transactivistes ».

159 P. Moron, A.-P. Fabre, A. Jarrige, N. Parant-Lucena, « Érotisme et suicide chez les transexuels : à propos de 3 cas de changement de sexe », *Psychologie Médicale*, 1980, 12, 4, p. 798-793

tion « psychose » ne les concerne pas du moins classiquement, ne serait-ce que par l'absence d'aspect évolutif du trouble. Ne sont-ils pas en fin de compte comme on a pu le dire des « individus normaux » ? »¹⁶⁰. Pour mon grand-oncle, des thérapies – certes expérimentales – existaient et avaient déjà prouvé leur efficacité sur le risque suicidaire ; il fallait dès lors les mettre en œuvre. Ne pas le faire eût été commettre une faute médicale, en ne fournissant pas au patient les meilleures thérapies disponibles. Voilà pourquoi mon grand-oncle s'est résolument engagé, non seulement dans la prise en charge médicale, mais aussi dans la prise en charge sociale, en soutenant par ses expertises judiciaires des demandes de changement de mention de sexe et de prénom à l'état civil¹⁶¹, à une époque où la jurisprudence de la Cour de cassation avait tenté d'en fermer la voie¹⁶², malgré les résistances de certaines juridictions du fond¹⁶³.

Or, aujourd'hui, que voit-on ? Les mêmes débats médicaux et juridiques se reproduisent, mais cette fois pour les enfants, qu'on refuse de croire quant à leurs affirmations sur leur identité de genre ou leur demande de changement de genre ou de modification de leur état civil. Car en effet, que dit-on à ces enfants transgenres et plus généralement à ces enfants minorisés en raison de leur genre : « mais si tu es un garçon ou une fille » ; « ça te passera tu verras » ; « des hormones et puis quoi encore ? une voiture de luxe aussi ? ». La chose me laisse d'autant plus perplexe qu'au même moment où l'on refuse d'accorder du crédit à la parole de ces enfants transgenres, on dit à d'autres enfants, les victimes de violences sexuelles, : « on vous croit ». C'est en effet le sous-titre du rapport de presque 700 pages rendu il y a quelques jours par la CIIVISE¹⁶⁴. Or, dans les deux cas, le refus de croire ces enfants génère d'importantes souffrances chez ces jeunes, comme en attestent les « faits divers » de ces jeunes personnes transgenres non prises en charge et mettant fin à leur jour.

Pour la littérature médicale sérieuse, les bénéfices thérapeutiques de cette prise en charge ne sont pas en cause¹⁶⁵. Selon les témoignages que j'ai par ailleurs reçus d'une personne participant mensuellement à la réunion nationale de concertation pluridisciplinaire de prise en charge des mineurs transgenres, dans la plupart des cas qui sont présentés par les professionnels de santé, çauz-ci s'émerveillent à chaque fois du retour à une vie normale de la personne mineure prise en charge médicalement : plus de phobie scolaire, plus de tentative de suicide, plus d'échec scolaire, plus d'enfant refermé sur lui-même, etc. Dans ces conditions, il ne fait guère de doute que la remise au goût du jour de la thèse du délire passager de l'enfant – délire qui serait déterminé soit par des « transactivistes » inondant les réseaux

160 *Idem*, p.

161 P. Moron, « Demande suicidaire de changement d'état civil pour transexualisme chez une femme de 48 ans », *Psychologie Médicale*, 1981, 13, 4.

162 Cass., 1^{re} civ., 16 déc. 1975, n° 73-10.615.

163 Sur ces résistances, v. I. Bon, *Le transsexualisme : analyse de pratiques médicale et juridique, thèse sous la dir. J. Rubellin-Devichi, Université Lyon 3, 1990*.

164 CIIVISE, *Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit*, 17 nov. 2023, <https://www.ciivise.fr/le-rapport-public-de-la-ciivise/>.

165 A. Condat et al., « La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 70/8, 2022.

sociaux de leur propagande, soit par une éducation défailante¹⁶⁶ – met en péril les droits fondamentaux des enfants transgenres, comme hier cela a mis en péril les droits fondamentaux des adultes, jusqu'à ce que la Cour européenne vienne contraindre les États à assurer cette prise en charge¹⁶⁷. Ces prolégomènes achevés, venons-en aux deux temps suivants de mon intervention : la prise en charge médicale, puis la prise en charge sociale.

II. Concernant en premier lieu la prise en charge médicale, je voudrais ici faire deux remarques, une sur l'accès aux soins (A) et une autre sur la comparaison des pratiques médicales portant sur les enfants intersexués d'un côté et transgenres de l'autre (B).

A. Concernant d'une part l'accès aux soins, mes collègues professionnels de santé ont dû vous le dire : l'on manque de moyens, mais l'on manque aussi surtout de professionnels formés, y compris sur l'état du droit applicable à leur pratique – nombreux sont par exemple les professionnels persuadés que la chirurgie d'affirmation de genre serait interdite pour les personnes mineures ou croyant encore, comme ce qu'on observait dans les années 80 pour les adultes, que le suivi psy est suffisant et qu'il n'est nulle justification de recourir à une chirurgie ou un traitement hormonal. La conséquence de tout cela, ce sont des délais d'attente considérables pour la prise d'hormones et l'accès à la chirurgie, avec dès lors une incapacité de l'État français à prodiguer aux jeunes transgenres les soins que leur état requiert.

Un tel état de fait me paraît mettre la France en contradiction avec ses obligations internationales et notamment l'obligation positive découlant de l'article 8 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Vous savez sans doute que la Cour européenne des droits de l'homme, dans l'affaire *Van Kück c. Allemagne*¹⁶⁸, a condamné l'Allemagne pour les obstacles posés par elle dans la prise en charge des personnes transgenres, à qui les juridictions demandaient sans cesse des preuves supplémentaires de la nécessité médicale de traitements hormonaux et chirurgicaux réclamés, alors que ces traitements étaient bien préconisés par un professionnel de santé. Ce faisant, la Cour européenne a dégagé implicitement mais nécessairement une obligation positive d'offrir aux personnes transgenres une prise en charge médicale. Cette obligation positive est à rattacher à l'obligation plus générale – tirée des articles 2 et 8 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales portant respectivement sur le droit à la vie et sur le droit au respect de la vie privée – « de prendre les mesures **nécessaires à la protection de la vie et de la santé des personnes relevant de leur juridiction** »¹⁶⁹ et en particulier « de placer l'intérêt supérieur de l'enfant, et également des enfants en tant que groupe, au centre de

166 C'est par exemple ce qui est soutenu dans *Questionnements de genre*, Artège, 2022.

167 Pour la prise en charge sociale, v. CEDH, *B. c. France*, 25 mars 1992 et *Goodwin c. Royaume-Uni*, 11 juill. 2002 ; pour la prise en charge médicale, v. CEDH, *Van Kück c. Allemagne*, 12 juin 2003.

168 V. *supra* note 10.

169 CEDH, Grande chambre, *Vavříčka et autres c. République tchèque*, 8 avr. 2021, §282.

toutes les décisions touchant à leur santé et à leur développement »¹⁷⁰.

Dans ces conditions, il me paraît important de mettre en place une politique de santé publique sur la prise en charge des personnes mineures transgenres et, sans attendre davantage les recommandations à venir de la Haute autorité de santé, de renforcer les moyens et la formation des professionnels de santé sur la prise en charge des personnes mineures transgenres.

B. J'en viens à présent à ma deuxième remarque, concernant la comparaison de la situation des enfants transgenres et intersexués. Comme vous le savez, malgré des efforts récents du Parlement lors de la loi de bioéthique¹⁷¹, continuent à être promues et réalisées en France des opérations d'assignation ou de conformation sexuée sur les très jeunes enfants nés en situation d'intersexuation. En atteste un reportage diffusé sur France 3, début octobre¹⁷², et retraçant les pratiques médicales en vigueur à l'hôpital Necker, lesquelles apparaissent à rebours du discours médical dominant prétendant que les opérations de conformation sexuée auraient cessé depuis la loi bioéthique. Selon les chiffres datant d'avant la loi bioéthique, plus de 4000 enfants étaient soumis chaque année à différents actes de conformation sexuée, dont plus de 85% avant 1 an¹⁷³. Or, à la même époque – et encore aujourd'hui –, l'on refusait catégoriquement aux personnes transgenres adolescentes l'accès à certaines chirurgies pourtant réalisées sur des enfants intersexués, notamment des stérilisations – gonadectomie –, des enfouissements ou réduction clitoridiennes ou encore la construction de néo-vagin accompagnée de séances de dilatations vaginales régulières, si on s'en tient à un guide de bonne pratique datant de 2018¹⁷⁴. Aujourd'hui, alors que, du fait de la loi de bioéthique, certaines des opérations de conformation sexuée sont retardées à un âge où l'enfant peut consentir, on entend des professionnels de santé dire qu'à 15, 12, 8, voire 4 ans, l'enfant pourrait consentir à des opérations de conformation sexuée sur ses organes génitaux. S'il ne m'appartient pas ici de me prononcer sur la possibilité médicale d'un tel consentement, j'attire néanmoins votre attention sur le fait que si un enfant intersexe peut consentir à une vaginoplastie à 12 ans, on ne comprendrait pas qu'un enfant transgenre ne le puisse pas. De même, si un enfant intersexe peut consentir à un enfouissement d'un clitoris jugé trop gros, pourquoi un enfant transgenre ne pourrait-il pas consentir lui aussi à l'enfouissement de sa verge ? Vous le voyez, donc, la question du consentement mais aussi celle de la nécessité médicale des opérations portant sur les caractéristiques sexuées doivent être envisagées globalement tant pour les enfants intersexués et transgenres.

170 *Idem*, §288.

171 Loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique, article 30.

172 <https://www.replay.fr/la-maison-des-maternelles.html>

173 Pour le détail des chiffres, v. <https://sexandlaw.hypotheses.org/files/2020/07/Nombre-MGI-2017.xlsx>.

174 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/pnds_ais_version_finale.pdf.

Soulignons, pour terminer sur ce point, qu'il n'est pas possible de récuser cet argument en affirmant que la situation des enfants intersexués différerait de celle des enfants transgenres, par exemple parce que la première situation serait pathologique et la seconde non, ou encore que dans la première situation il n'y aurait aucun questionnement sur le sexe ou genre de l'enfant de sorte que l'opération se justifierait, alors que dans la seconde il y en aurait. En effet, du point de vue du droit interne, l'exigence de proportionnalité de l'acte médical, énoncée dans l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, s'applique qu'il y ait ou non finalité thérapeutique. Autrement dit, il faut dans les deux cas que le rapport bénéfice-risque soit favorable et que ce rapport soit meilleur que celui des autres actes. En outre, à l'heure actuelle, en droit positif français, la prise en charge hormonale et chirurgicale des enfants transgenres et intersexués n'intervient que dans un cadre thérapeutique, présupposant que l'intersexuation et la transidentité sont des maladies. Si on peut certes le regretter et espérer qu'à l'avenir la dépathologisation soit totale pour les deux types de situation – c'est la recommandation par exemple du Parlement européen ou de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe –, il n'en demeure pas moins qu'aucune différence de traitement ne peut être faite entre l'intersexuation et la transidentité sur l'existence ou non d'une pathologie. Quant au second argument, tenant au fait que les opérations sur les enfants intersexués seraient légitimes car pour ces derniers on serait sûr du sexe, alors que pour les personnes transgenres il y aurait une incertitude, l'argument est des plus fragiles. En effet, contrairement à ce que disent les professionnels de santé que vous avez interrogés et qui continuent selon vos dires à réaliser les opérations de conformation sexuée sur les enfants intersexués, il n'est pas possible de déterminer par avance si l'enfant se satisfera des organes génitaux qu'on « parfait » chirurgicalement pour lui, lorsqu'on estime qu'ils ne correspondent pas à ceux d'un sexe masculin ou féminin normal. Ce rapport de l'enfant à son corps est éminemment personnel et intervenir sur le corps de cet enfant intersexué, sans avoir pris la peine de recueillir son avis et en lui imposant une certaine vision du « bon corps », est une action pour le moins risquée et paternaliste. Il convient plutôt pour ces opérations d'attendre le consentement de l'enfant, comme le recommandent l'ensemble des organismes protégeant les droits humains. Ainsi considérée, la situation des enfants intersexués est la même que celle des enfants transgenres et pose les mêmes questions de consentement et de proportionnalité de l'acte.

Pour ma part, je recommanderai ici qu'au lieu de bloquer l'activité médicale et d'inquiéter les professionnels de santé prenant en charge les mineurs transgenres, on la sécurise en continuant de permettre à ces professionnels de répondre aux demandes de soins de personnes mineures dont le consentement aura été suffisamment vérifié. À cet égard, il me semble qu'à l'image de ce qui se pratique dans d'autres pays, une majorité médicale devrait être mise en place, pour permettre plus facilement aux personnes mineures de consentir seules aux soins dès 14 ans, si je reprends le cas québécois¹⁷⁵. Un élargissement de l'article

175 V. l'art. 14 du code civil du Québec (<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991>)

L. 1111-5 du code de la santé publique – construit à partir de l'exemple paradigmatique de la mineure enceinte à qui l'on donne le droit de consentir seule et de garder le secret sur les soins qui lui sont donnés – me paraîtrait une solution également intéressante, comme je l'avais suggéré dès 2013¹⁷⁶, pour donner une autonomie plus grande aux personnes mineures transgenres. Mais avec ces suggestions sur l'aménagement de l'autorité parentale, j'aborde déjà la question de la prise en charge sociale des mineurs minorisés à raison de leur genre.

III. Concernant donc en second lieu la prise en charge sociale, le droit au respect de la vie privée des personnes mineures¹⁷⁷, ainsi que le droit à ce que leur intérêt supérieur soit la considération primordiale des décisions les concernant¹⁷⁸, ne me paraissent pas suffisamment protégés. Les difficultés proviennent tant du droit de l'état civil **(A)** que du droit de **l'éducation (B)**.

A. Concernant le droit de l'état civil, la racine des difficultés rencontrées par les minorités de genre provient de la mention dite de sexe à l'état civil. La décision prise par les révolutionnaires – et reconduite par Napoléon – d'inscrire cette mention de sexe l'a été aux fins de conscription, sans aucune prise en compte à l'époque de l'intérêt supérieur de l'enfant. Or, il ne fait aucun doute que cette mention de sexe, qui mêle à la fois les caractéristiques sexuées de l'enfant déterminées à sa naissance et son genre encore inconnu à ce stade – puisqu'il faut choisir un prénom du même que celui découlant de cette mention –, est problématique pour les enfants et méconnaît leur intérêt supérieur. L'ambiguïté de cette mention de sexe tend en effet à encourager les parents à élever les enfants dans un certain genre et uniquement celui-ci, privant ainsi les enfants de certaines opportunités et de la capacité de s'auto-déterminer. Cette pratique d'assignation d'une mention de sexe ambiguë à la naissance crée surtout, pour les personnes mineures qui se révéleront insatisfaites du genre qui leur a été assigné par cette mention de sexe, d'importantes difficultés au quotidien, avec des remises en cause de leur identité de genre. Voilà pourquoi, j'estime pour ma part – et je l'ai écrit dans un rapport remis au ministère de la justice¹⁷⁹ – qu'il faut mettre un terme à cette ambiguïté de la mention du sexe à l'état civil. Si vraiment on souhaite la conserver, il convient de la restreindre à la seule indication des caractéristiques sexuées de l'enfant et clarifier que

176 B. Moron-Puech, « Aspects juridiques et éthiques des actes médicaux de conformation sexuée réalisés sur des personnes mineures : Étude du concept de nécessité médicale et de la place du mineur dans les décisions médicales le concernant », *Revue droit & santé*, 2013, *Hors-série pour le 50^e* numéro de la Revue Droit & Santé, p. 200-214, <https://hal.science/hal-01251054/document>.

177 Droit garanti notamment par l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

178 Droit garanti par l'article 3 de la Convention des Nations-Unies sur les droits de l'enfant.

179 B. Moron-Puech et C. Borrel, « Le changement de la mention du sexe et du prénom à l'état civil. Rapport d'évaluation de l'article 56 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 », *RDLF*, chron. 43, 2023, <https://revuedlf.com/personnes-famille/le-changement-de-la-mention-du-sexe-et-du-prenom-a-letat-civil-rapport-devaluation-de-larticle-56-de-la-loi-n2016-1547-du-18-novembre-2016/>.

celle-ci ne dit rien du genre de l'enfant, ce genre pouvant être renseigné ultérieurement et sur simple déclaration, au moment de la fabrication de pièces d'identité¹⁸⁰. De cette manière, sera évitée la complexe procédure de changement de la mention du sexe à l'état civil, dont on ne sait à l'heure actuelle toujours pas avec certitude si elle demeure ouverte aux personnes mineures¹⁸¹, comme elle l'était avant la loi de modernisation de la justice, ou si elle leur est désormais fermée par le droit français, sauf à le lire à la lumière de l'article 8 précité de la Convention, comme l'a fait l'année dernière la cour d'appel de Chambéry¹⁸².

Quant au changement de prénom, il est expressément ouvert aux personnes mineures par l'article 60 du code civil, mais celui-ci le subordonne systématiquement au consentement parental, ce qui peut être problématique pour certains parents refusant la transidentité de leur enfant. Il nous semble que dans une telle situation, il devrait être possible pour la personne mineure de faire seule cette demande. À cet égard, le droit de l'état civil rencontre le même écueil que le droit de l'éducation, par lequel je terminerai.

B. En droit de l'éducation, la première difficulté à laquelle font face à l'école les jeunes minorisés à raison de leur genre concerne la violation de leur autodétermination de genre. Alors même que le droit à l'autodétermination de son genre est garanti par la Cour européenne des droits de l'homme¹⁸³, les personnes mineures peuvent se retrouver exposées à du mégenrage et à un refus d'utiliser leur prénom d'usage. Certes, ladite circulaire Blanquer du 30 septembre 2021¹⁸⁴ a posé quelques jalons de ce droit à l'autodétermination, mais celle-ci a achoppé sur l'autorité parentale, en considérant que la direction de l'établissement ne pouvait pas passer outre un refus des parents d'accepter que leur enfant porte un prénom d'usage¹⁸⁵. L'obstacle n'est cependant pas dirimant, car le droit international – tant le principe d'autodétermination que celui d'intérêt supérieur de l'enfant précité – devrait l'emporter sur le droit interne de l'autorité parentale. Il reste qu'une modification de la circulaire sur ce point, voire du code de l'éducation, me paraîtrait souhaitable, en écho à la modification de l'article 60 du code civil relatif au changement de prénom évoqué plus haut.

En outre, il conviendrait d'accroître l'information des jeunes sur la diversité des genres et des corps, ainsi que de rendre obligatoire la formation de tous les personnels à la lutte contre les stéréotypes de genre. Pour l'heure, le code de l'éducation prévoit seulement à l'ar-

180 *Idem.*

181 V. les hésitations retracées dans B. Moron-Puech, « Les mineurs peuvent-ils changer la mention de leur sexe à l'état civil ? », *Intersexes et autres thèmes (juridiques)*, 4 avr. 2017, <https://sexandlaw.hypotheses.org/198>.

182 Chambéry, 25 janvier 2022, <https://giaps823228022.files.wordpress.com/2022/03/chambery-25-janvier-22.pdf>.

183 Le droit à l'auto-détermination est posé depuis l'arrêt de la CEDH *Y.Y. c. Turquie du 10 mars 2015*, §102.

184 <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>

185 L. Denis *et al.*, « Le cadre lacunaire de la prise en compte juridique des mineurs transgenres », *La Revue des Droits de l'Homme*, janv. 2022, <https://journals.openedition.org/revdh/14329>.

ticle L. 312-17-1, de manière imprécise, que « Une information consacrée à l'égalité entre les hommes et les femmes, à la lutte contre les préjugés sexistes et à la lutte contre les violences faites aux femmes et les violences commises au sein du couple est dispensée à tous les stades de la scolarité ». Quant aux formations des personnels de l'éducation, le code de l'éducation, en son article L. 313-1, ne prévoit une « sensibilisation aux stéréotypes de genre et à la prévention de tels stéréotypes » que pour les seuls conseillers d'orientation psychologue.

Voici donc, mesdames, messieurs les sénatrices, quelques-unes des remarques que je voulais porter à votre connaissance. Je vous remercie pour votre attention.

3) Des exemples de procès en cours aux USA

Nous avons recensé des actions en justice en cours aux Etats-Unis : 11 actions “publiques” et 6 actions “privées”. Ces personnes n'étaient pas toutes mineures au moment de leur transition. Onze procès publics ont été intentés par des personnes en détransition à l'encontre de leurs médecins, thérapeutes et cliniques médicales.

Sept affaires ont donné lieu à un procès devant un jury. Quelques plaignants ont demandé des dommages-intérêts punitifs de plus d'un million de dollars.

Voici un bref résumé de quelques affaires concernant les mineurs :

1. Isabelle Ayala, Rhode Island

Annoncé le 26 octobre 2023

Sexe : Féminin

Age au début des interventions médicales (DIM) : 14 ans

Comorbidités au moment du début des interventions médicales (DIM) : autisme, TDAH, SSPT (stress post traumatique), anxiété, trouble bipolaire, dépression, dysmorphie corporelle, automutilation (coupure)

Contexte : Agression sexuelle à l'âge de 7 ans, puberté précoce à 8 ans, divorce des parents à 12 ans, déménagement de Floride à Rhode Island avec son père et son demi-frère uniquement

Avocats : Campbell Miller Payne LLC

Défendeurs : Académie américaine de pédiatrie, pour avoir publié ce que la plainte qualifie de déclaration de politique « frauduleuse » de 2018 sur les soins affirmatifs ; Dr Jason Rafferty et Dr Michelle Forcier

Âge en novembre 2023 : 20 ans

Plaintes actuelles : douleur chronique, atrophie vaginale, stérilité possible, maladie

de Hashimoto (une maladie auto-immune nécessitant une médication à vie), structure osseuse compromise

https://dw-wp-production.imgix.net/2023/10/Ayala-v-AAP-Complaint_stamped.pdf

Presse : <https://www.dailymail.co.uk/health/article-12671149/american-academy-pediatrics-transgender-detransition-lawsuit-isabelle-ayala.html>

2. Jane Doe 1, Wisconsin

Annoncé le 3 novembre 2023

Sexe : Féminin

Âge au moment du DIM : autodiagnostic de dysphorie de genre à 17 ans, testostérone sans diagnostic de dysphorie de genre à 17 ans, hystérectomie + ablation des trompes de Fallope à 19 ans ; double mastectomie à 21 ans

Comorbidités : traumatisme grave dans l'enfance, abus sexuel dans l'enfance, anxiété, dépression, SSPT

Avocats : Eckland & Blando, Daniel Craig

Défendeurs : Hôpital de l'Université du Wisconsin : plainte pour ablation de l'utérus et des seins sans diagnostic de dysphorie de genre

Âge en novembre 2023 : 23 ans

https://madison.com/news/local/business/health-care/woman-says-uw-doctors-performed-gender-altering-surgeries-without-proper-consent/article_ff7bd30a-79ab-11ee-82bc-8fefe60d060.html?utm_campaign=snd-autopilot&utm_medium=social&utm_source=twitter_WiStateJournal

3. Luka Hein, Nebraska

Annoncé le 13 septembre 2023

Sexe : Féminin

Âge au DIM : double mastectomie à 16 ans après 2 rendez-vous ; testostérone pendant 4 ans à partir de 16 ans

Comorbidités : anxiété, dépression, attaques de panique, TDAH-inattention

Contexte : divorce des parents, chaos domestique, manipulation en ligne à l'âge de 15 ans par un homme beaucoup plus âgé

Avocats : Center for American Liberty (Centre pour la liberté américaine)

Défendeurs : University Nebraska Medical Center (Centre médical universitaire du Nebraska) Centre médical de l'Université du Nebraska (UNMC)

Âge en 2023 : 21 ans

Plaintes actuelles : douleurs chroniques dans les articulations, le bassin, les os, la colonne vertébrale, infertilité possible, bouffées de chaleur

<https://libertycenter.org/wp-content/uploads/2023/09/Luka-Hein-District-Court-Complaint-9-13-23-filed.pdf>

Presse : <https://nebraskaexaminer.com/briefs/nebraska-woman-files-lawsuit-against-unmc-for-double-mastectomy-she-received-at-16/>

4. Chloe Cole, Californie

Annoncé le 9 novembre 2022

Sexe : féminin

Age au DIM : Bloqueurs de puberté à 13 ans, Testostérone à 15 ans, double mastectomie à 15 ans.

Comorbidités : anxiété, dépression, troubles de l'alimentation, autisme, difficultés d'apprentissage, dysmorphie corporelle, agression sexuelle

Avocats : Dhillon Law Group, Center for American Liberty

Défendeurs : Kaiser Foundation Hospitals, Inc

Âge en 2023 : 18 ans

Plaintes actuelles : douleurs chroniques

<https://www.dhillonlaw.com/lawsuits/chloe-cole-v-kaiser-permanente/>

Presse : <https://www.standingforfreedom.com/2023/02/detransitioner-chloe-cole-files-first-ever-lawsuit-against-medical-providers-who-mutilated-her-while-she-was-a-minor/>

5. Layla Jane, Californie

Annoncé le 15 mars 2023

Sexe : Féminin

Âge au DIM : blocage de la puberté et testostérone à 12 ans ; double mastectomie à 13 ans

Comorbidités : dépression, anxiété, panique, fluctuations de l'humeur, peut-être trouble bipolaire non diagnostiqué

Avocats : Centre pour la liberté américaine

Défendeurs : Kaiser Foundation Hospitals, Inc, The Permanente Medical Group & Doctors

Âge en novembre 2023 : 18

Plaintes actuelles : dommages physiques, sociaux, neurologiques et psychologiques, risques d'infertilité, retard de puberté

<https://www.documentcloud.org/documents/23848578-layla-jane-lawsuit>

Presse : <https://www2.cbn.com/news/us/third-ex-trans-california-teen-sues-medical-provider-mutilation-experimenting-her>

6. Prisha Mosley, North Carolina

Annoncé le 17 juillet 2023

Sexe : Féminin

Age au DIM : Testostérone à 17 ans, double mastectomie à 18 ans.

Comorbidités : dépression à 15 ans, anorexie, troubles obsessionnels compulsifs, auto-mutilation (coupure), trouble de la personnalité borderline, insomnie

Antécédents : viol à 14 ans entraînant une fausse couche. Transition sociale à 15 ans. Maladie de membres de la famille

Avocats : Campbell Miller Payne et Anthony Biller – Envisage Law

Défendeurs : Eric T. Emerson, M.D. ; Piedmont Plastic Surgery and Dermatology, PA ; Brie Klein-Fowler ; Family Solutions, PLLC ; Shana Gordon ; Tree of Life Counseling, PLLC ; Martha Fairbanks Perry, M.D. ; et Moses Cone Medical Services, Inc.

Âge en 2023 : 25 ans

Plaintes actuelles : atrophie vaginale sévère, douleurs sévères et défiguration des épaules et du cou dues à la testostérone, infertilité possible, douleur chronique, syndrome du sein fantôme

<https://img1.wsimg.com/blobby/go/ae9895b0-a62f-49d6-99d6-180b933bca97/Prisha%20Mosley%20File-Stamped%20Complaint%207.17.23.pdf>

Presse : <https://www.ncfamily.org/detransitioner-in-nc-sues-doctors-who-made-her-a-lifelong-patient/>

7. Soren Aldaco, Texas

Annoncé le 21 juillet 2023

Sexe : Féminin

Âge au DIM : blocage de la puberté et testostérone à 17 ans sans consentement parental formel ; pression pour une double mastectomie bâclée à 19 ans

Comorbidités : TOC, autisme, dépression, anxiété, TDAH, épisode psychiatrique à 15 ans. Un psychiatre l'a forcée à se déclarer transgenre

Contexte : Au cours d'une hospitalisation de trois jours chez un psychiatre, Soren, 15 ans, a exprimé le souhait de ne pas parler de son identité de genre, mais son psychiatre l'a incitée sans relâche à aborder le sujet en lui posant des questions et en lui faisant faire des affirmations sur la transsexualité. Elle vit avec sa mère et son beau-père. A rencontré son père biologique pour la première fois à l'âge de 15 ans

Avocats : Campbell Miller Payne

Défendeurs : L'infirmier praticien Del Scott Perry, le psychiatre Sreenath Nekkhalapu, la conseillère Barbara Rose Wood et les chirurgiens de la clinique Crane, les docteurs Richard Santucci et Ashley Deleon. Crane Clinic, LLC, Texas Health Physicians Group, Three Oaks Counseling Group, LLC, et Mesa Springs, LLC

Âge en 2023 : 21 ans

[https://img1.wsimg.com/blobby/go/ae9895b0-a62f-49d6-99d6-180b933bca97/Alda-co%20-%20Plaintiffs%20Original%20Petition%20\(Final\).pdf](https://img1.wsimg.com/blobby/go/ae9895b0-a62f-49d6-99d6-180b933bca97/Alda-co%20-%20Plaintiffs%20Original%20Petition%20(Final).pdf)

Presse : https://thetexan.news/issues/social-issues-life-family/texas-woman-files-1-million-suit-against-doctors-over-botched-double-mastectomy-gender-modification-as/article_2ec7e3df-5ec5-5f7c-b1a7-7c6c4e3fa8db.html

POINT-CLÉS 2 : CULTURE, ÉDUCATION ET DROIT

▸ La transidentification des mineurs est appréhendée, par certains philosophes, comme un problème de santé publique qui trouve ses fondements dans des doctrines philosophiques apparues à l'étranger. Celles-ci sont fondées sur la volonté de repousser toujours plus loin les limites de l'humain : entre les hommes et les femmes (refus de la différence des sexes), limites vis-à-vis de la mort. Ces idées sont présentées comme progressistes, mais sont en réalité assez critiques des valeurs universalistes républicaines.

▸ Les réseaux sociaux constituent aujourd'hui un véritable objet culturel pour les adolescents, une activité à part entière de leur quotidien. Les enjeux psychiques de leurs usages sont importants. Une forme de radicalisation de la pensée et un embrigadement communautaire peuvent affecter des jeunes déjà en proie à des souffrances préalables.

▸ Le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports s'est engagé, depuis plusieurs années, dans la lutte contre les discriminations et notamment contre l'homophobie et la transphobie, dans le cadre d'un plan d'action piloté par la DILCRAH. Dans le but, louable, d'apporter un cadre sécurisant d'action pour les personnels de l'Éducation nationale, une circulaire, dite « *circulaire Blanquer* », a été prise. Cette circulaire est contestée, car elle n'inciterait pas au strict respect du principe de neutralité de l'école.

▸ L'influence du transactivisme au sein de l'école, notamment dans les manuels scolaires, les cours d'éducation à la sexualité, ou encore les formations proposées par certaines associations, interroge sur l'orientation prise par l'institution scolaire qui, en tant que service public, a un devoir de neutralité et d'égalité.

▸ Le droit peut permettre soit d'aller dans le sens de l'autodétermination de l'enfant, soit de réguler les excès des demandes médicales et/ou sociales.

Nous retenons 6 points de controverse :

▸ Alors que pour certains, la revendication d'une autonomisation de l'enfant, lui attribuant la capacité de prendre seul des décisions, entraîne une fragilisation inquiétante de la protection juridique due à l'enfant, pour d'autres, le droit à l'autodétermination du genre doit être appliqué aux mineures, nonobstant un éventuel refus des parents.

▸ Pour certains, le droit du mineur à l'information sur l'état de santé est exercé par les personnes titulaires de l'autorité parentale ; pour d'autres, il faut croire l'enfant, car le refus de le croire génère chez lui d'importantes souffrances.

▸ Certains considèrent que l'enfant doit être progressivement associé aux décisions qui le concernent selon son âge et son degré de maturité, alors que d'autres estiment que l'enfant peut décider par lui-même.

▸ Pour certains, la transition sociale ne constitue pas une période de neutralité car elle conduit dans nombre de cas à la transition médicale ; pour d'autres, le changement de prénom, élément de la transition sociale, ne doit pas être subordonné au consentement parental.

▸ Pour certains, choisir librement une identité de genre, différente du sexe de naissance, est inopportun, si ce n'est dangereux pour les jeunes. Pour d'autres, une majorité médicale doit être instaurée à 14 ans, afin de permettre aux mineurs de consentir plus facilement aux soins.

LA SOCIÉTÉ CIVILE IMPLIQUÉE

Les enfants et adolescents transidentifiés n'interpellent pas seulement la médecine et les institutions (santé, éducation, justice). Ils s'adressent d'abord à leurs parents. En tant que détenteurs de l'autorité parentale, leur accord est requis pour tout acte concernant leur enfant mineur : changement de prénom à l'école voire à l'état civil, traitement médical ou intervention chirurgicale. Leurs réactions, quand leur fille ou leur fils témoignent de leur malaise identitaire en émettant le vœu de « changer de sexe », ne sont évidemment pas univoques. Le groupe de travail a recueilli leurs témoignages.

Les associations militantes, quant à elles, s'intéressent également aux jeunes. Elles sont pour la plupart, dirigées par des personnes trans ayant fait leur transition à l'âge adulte alors qu'elles présentaient une dysphorie de genre depuis la petite enfance. Dans le but louable d'éviter aux jeunes les souffrances qu'elles estiment avoir subies, elles souhaitent très clairement favoriser le changement de sexe dans les plus brefs délais, sans consultation psychologique voire sans l'accord des parents lorsqu'il y a conflit.

Là encore, les auditions nous ont permis de voir qu'il n'y a pas unanimité.

Le groupe de travail a souhaité connaître le point de vue des féministes à divers titres : on peut se demander pourquoi ce sont aujourd'hui majoritairement des jeunes filles qui disent vouloir changer de sexe. Que signifie l'élimination du mot « femme » et de ses attributs comme « règles, utérus » etc. dans la novlangue qu'on voudrait imposer ?

Les revendications de certaines personnes trans MtF portent sur les lieux (prison, vestiaires, WC...) et les activités sportives exclusivement réservés aux femmes, ce que les féministes, et notamment les associations lesbiennes dénoncent.

Enfin, le groupe de travail s'est intéressé aux personnes qui regrettent leur transition et la cessent, on les appelle « détransitionneuses » car ce sont majoritairement des jeunes femmes. Elles sont souvent majeures mais leur transition médicale voire chirurgicale (mastectomie) a commencé avant leur majorité. Sont-elles aussi peu nombreuses en France que le prétendent les médecins qui se disent transaffirmatifs ? Les études internationales sur ce sujet sont assez contradictoires.

A. LES PARENTS ET LEURS ASSOCIATIONS

S'agissant d'enfants, d'adolescents (ou de jeunes majeurs), les parents sont en première ligne pour réagir aux manifestations des troubles identitaires de leurs enfants et pour se

questionner sur la meilleure réponse à apporter tant en famille et vis-à-vis de l'institution scolaire qu'en matière de prise en charge médico-psychologique, pour laquelle leur accord est nécessaire.

Nous avons auditionné les représentants de trois associations : le collectif de parents Ypomoni¹⁸⁶, l'association suisse AMQG¹⁸⁷ (Association pour une approche Mesurée des Questionnements de Genre chez les jeunes) et l'association Grandir Trans¹⁸⁸. *Directement concernés, ils ont des points de vue opposés.*

1) Le collectif Ypomoni

Le groupe de travail a auditionné le 14 juin 2023, le collectif de parents Ypomoni
Trois d'entre eux ont souhaité témoigner de manière anonyme, l'une en son nom.

Une mère qui participe à la coordination présente Ypomoni : il s'agit d'un collectif laïque et apolitique rassemblant des parents concernés par l'explosion des transitions médicales et chirurgicales rapides et irréversibles des enfants, adolescents et jeunes adultes. Il regroupe à ce jour 165 familles dans toute la France.

Ces parents sont également en lien avec des associations d'autistes, car près de la moitié des enfants concernés présentent un trouble autistique. Outre l'autisme, les parents ont évoqué les nombreuses comorbidités qui accompagnent, dans la majorité des cas connus par le collectif, les mineurs en situation de transidentification (pathologies psychiatriques, états dépressifs, troubles du comportement alimentaire, etc.).

Dans ce collectif, les mineurs concernés sont composés à 80% de filles et à 20% de garçons.

Il ressort de leurs témoignages une importante similarité des parcours de ces jeunes : grande fragilité psychologique, agressivité, rejet soudain des parents, et dans le cas des jeunes filles, la peur d'être une fille dans le contexte post #MeToo, avec la volonté de rejoindre « le côté des oppresseurs », de se protéger pour ne pas être la prochaine victime d'un homme.

L'une des inquiétudes majeures des parents a trait à l'aspect médical qu'implique bien souvent ce phénomène de transidentification. Les mineurs demandent, en effet, à être pris en charge médicalement afin d'obtenir des traitements hormonaux, voire des opérations chirurgicales de « réassignation ». Les parents déplorent une véritable médicalisation « à la demande » de leurs enfants, dès la classe de seconde, selon le témoignage d'une mère du collectif. Or,

186 <https://ypomoni.org/>

187 <https://www.amqg.ch/>

188 <https://grandirtrans.fr/>

les traitements médicamenteux (souvent à base d'hormones) sont prescrits très facilement, par des médecins de toutes spécialités (généralistes, endocrinologues, gynécologues), sans autorisation de mise sur le marché (AMM), ni véritable surveillance, notamment au regard des possibles antécédents médicaux des jeunes. En outre, certains traitements – tels la testostérone – ont un effet « boost » chez les jeunes, et tend à développer et entretenir, chez eux, un sentiment d'euphorie telle une drogue et qui alimente leur sentiment d'appartenir enfin au « bon » genre.

Parmi les inquiétudes des parents, l'on retrouve un réel questionnement autour de la notion d'existence d'un consentement éclairé ou non, des jeunes ; des risques et effets secondaires ; et du caractère parfois irréversible des traitements. Ils parlent ainsi d'un phénomène d'« expérimentation sur des enfants », consécutif à une « *auto-détermination de leur diagnostic par les jeunes patients* », et susceptible de représenter une manne pour certains médecins et les laboratoires pharmaceutiques.

Par ailleurs, les parents du collectif ont fait part des grandes difficultés rencontrées avec des personnels éducatifs, de manière générale : chefs d'établissements, enseignants, animateurs, infirmiers scolaires, médecins scolaires que ce soit en milieu scolaire, dans les centres de vacances, dans les centres de loisirs, etc. Certains de ces professionnels s'autorisent parfois à prendre des décisions concernant la situation de ces enfants en souffrance sans même en avoir discuté avec les parents. C'est le cas en particulier pour le changement de prénom.

Certains professionnels reprochent aux parents, par exemple, de ne pas utiliser le nouveau prénom choisi par le mineur, de ne pas entendre sa souffrance, et de ne pas le genrer correctement (« elle » au lieu de « il », dans la plupart des cas). Certains parents font parfois même l'objet d'informations préoccupantes auprès du département.

En pratique, les mineurs semblent, selon leurs parents, confrontés à un véritable « *prêt à penser* », qui se décline dans un « *prêt à parler* » et « *prêt à porter* ». Ils sont souvent influencés par une personne elle-même concernée par la transidentité, ou empreinte d'une idéologie (amis, éducateurs, planning familial, soignants). Les parents déplorent que l'Éducation nationale contourne ainsi l'autorité parentale, la place et le rôle des parents.

Trois mères du collectif Ypomoni nous ont adressé leur témoignage écrit que nous communiquons ici :

Témoignage concernant une fille de 17 ans en demande de transition

Le questionnement de notre fille a commencé pendant le confinement de 2020, elle avait 13 ans ½, en classe de 4^e.

Depuis quelques mois, elle fréquentait une maison de quartier qui organisait des sorties le WE et des camps de vacances. L'été après le confinement, alors que nous l'accompagnions à un de ces camps, elle nous a annoncé en voiture « je ne me sens pas bien dans mon corps, je voudrais que vous m'appeliez comme un garçon, comme le font les animateurs déjà depuis

quelque temps », « pendant le confinement j'ai tapé dans Google : « pourquoi je ne me sens pas bien dans mon corps ? Ça m'a dit que j'étais peut-être trans ».

A l'arrivée au camp d'été, les animateurs envisageaient que notre fille dorme dans le dortoir des garçons puisqu'elle « se sentait garçon ». Ils nous ont tenu des propos accusateurs comme : « Vous avez assigné un mauvais genre à la naissance de votre enfant, nous avons répondu à la souffrance, vous n'avez pas été à l'écoute, « il » était en danger... »

A l'époque nous ne comprenions pas leur propos. Notre fille n'avait jamais exprimé de mal-être avec son corps, elle était sportive, portait des maillots de bain deux pièces sans problème, pouvait se promener sans gêne en culotte-soutien-gorge à la maison. Nous sommes un couple athée, de gauche, à l'esprit scientifique. Nous avons donné naissance à une fille dont les médecins ont constaté le sexe, nous n'avions rien assigné arbitrairement, nous avons par ailleurs donné une éducation progressiste à nos enfants et n'avons jamais genré leurs jeux, ni leurs attitudes.

Leurs propos nous paraissaient insensés. En discutant avec l'équipe, nous avons compris que la responsable du groupe des filles s'autodéterminait garçon, se revendiquait homme et était considéré comme tel par tous, adultes et enfants.

Nous avons alors contacté la délégation locale du Ministère de la Jeunesse et des sports qui a demandé aux animateurs de cesser immédiatement de la genrer au masculin, de respecter le désaccord de ses parents et de ne pas l'intégrer au dortoir des garçons comme ils voulaient le faire. Les animateurs ont feint d'accepter. Nous avons su 15 jours plus tard, à la fin du camp, que les adultes et les jeunes avaient persisté à considérer notre fille comme un garçon devant sa jeune sœur qui était également au camp. Nous avons appris par la suite que la plus jeune a été fustigée de mégenrer sa sœur pendant le camp.

Pendant ce camp, notre fille a commencé à se scarifier et de donner de grands signes de mal-être alors que ça n'avait jamais été le cas auparavant.

Alors que notre fille n'avait d'habitude pas un accès libre à internet ni aux réseaux sociaux, nous avons découvert que le confinement lui a permis de passer de longues heures sur internet au lieu de suivre ses cours en ligne. Elle a découvert Discord grâce à sa professeure de maths qui y faisait ses cours car la plateforme de l'Education Nationale était saturée.

Nous avons découvert également que l'animatrice transidentifiée avait beaucoup communiqué avec notre fille pendant le confinement, sans que nous en soyons avertis. Elle l'a notamment sommée de nous révéler sa « transidentité » le plus rapidement possible avant le camp afin qu'elle puisse dormir avec les garçons et être considérée comme tel. Nous avons décidé que notre fille ne fréquenterait plus ce groupe, mais malheureusement les réseaux sociaux lui ont permis de garder des liens virtuels.

En 3e, à la rentrée de septembre 2020, un de ses amis du camp, alors âgé de 16 ans, lui a conseillé de porter plainte contre nous car nous serions des parents transphobes et toxiques de ne pas accepter sa nouvelle identité. Chose qu'elle n'a pas écoutée. Il l'a incitée et accompagnée deux fois dans des services hospitaliers spécialisés en transidentité afin qu'elle y soit prise en charge, argumentant que c'était une manière d'accélérer sa transition. Lui-même

était en dépression, hospitalisé plusieurs mois et plusieurs fois pour des tentatives de suicide et de l'anorexie-boulimie. Désormais il s'autodétermine fille.

Avec notre accord, elle a été hospitalisée quelques jours afin de comprendre son mal-être. La pédopsychiatre cheffe du service nous a alors dit que selon elle, elle n'était pas dysphorique, que « le problème était ailleurs, qu'il fallait qu'elle poursuive sa thérapie ». Elle lui a prescrit un traitement par antidépresseurs et neuroleptiques contre ses idées noires.

A la rentrée de 3e, ses camarades de classe l'ont de suite considérée comme un garçon, elle est devenue « populaire », une grande partie de la classe se considérait elle-même comme trans ou non-binaire. Certains camarades qui n'étaient pas dans cette dynamique étaient accusés d'être réacs parce qu'hétérosexuels.

Notre fille n'a jamais demandé aux enseignants ni à aucun adulte de la considérer comme un garçon. Or un médecin scolaire qui devait établir son PAI a ouvertement devant nous proposé à notre fille de (sic) « négocier sa transition sociale avec le principal ». Notre fille a refusé en ajoutant « Je n'ai rien demandé, pourquoi vous insistez, surtout que mes parents ne sont pas d'accord ».

Notre fille a toujours eu des difficultés relationnelles avec le groupe, des problèmes d'intégration, un manque de confiance en elle et une appréhension du regard des autres. En revanche elle était une enfant et une jeune adolescente joyeuse, pleine d'humour et de fantaisie, très créative. Un tempérament de meneuse, très empathique, très sensible, voire très émotive. Elle n'avait jamais eu aucune difficulté scolaire, avait de réelles facilités et une curiosité joyeuse. Elle a appris à lire seule avant le CP, mais refusait de lire jusqu'en CE2 car « ne voulait pas devenir grande ». Elle avait d'ailleurs de l'énurésie nocturne. Nous l'avons faite tester pour la rassurer sur le fait qu'elle n'était pas « bête » comme elle ne cessait de le dire, tenter de comprendre comment l'aider dans ses relations avec les autres. Elle a été diagnostiquée haut potentiel. Son année de 3e est devenue plus laborieuse, de bons résultats, mais son anxiété devenue généralisée lui a fait manquer beaucoup de cours et échouer à un concours pour un lycée particulier qu'elle souhaitait intégrer. Cet échec a été très difficile pour elle, même si nous l'avons soutenue et rassurée.

Le lendemain de cet échec, elle faisait une tentative de suicide à la suite d'une crise de déréalisation. Cette crise a été provoquée par la TS que son « ami » du camp de vacances venait de mettre en ligne sur les RS. La déréalisation est une forme de trouble psychique qui consiste en une expérience prolongée ou récurrente de dissociation de son propre corps ou de son fonctionnement mental avec l'impression d'être observateur extérieur de sa propre existence.

Les médecins ont alors découvert qu'elle faisait régulièrement des crises de déréalisation dues à plusieurs traumatismes : le suicide d'une camarade d'internat lorsqu'elle avait 11 ans, une jeune fille suspectée par ses camarades d'être agressée sexuellement par un membre de sa famille. Le traumatisme du principal de son collègue, accusé d'agression sexuelle sur des surveillantes de l'internat durant la nuit, dans la chambre jouxtant celle de notre fille. Traumatisée par la révélation de l'agression sexuelle de sa sœur par un camarade en classe de 3e. Traumatisée par toutes les déclarations d'agression du mouvement me too, par l'affaire Polanski

qu'elle découvrait. Traumatisée par les agressions sexuelles qu'elle a subi en ligne pendant le confinement (demandes de photos porno et jeux sexuels), le porno que son camarade lui conseillait de regarder pendant le confinement au lieu de suivre ses cours.

Notre fille a commencé à expliquer son désir de transitionner par sa peur d'être une fille « Je ne veux pas être la prochaine sur la liste », « C'est trop dangereux d'être une fille », « Je préfère être du côté des oppresseurs que des opprimées »

Elle a été hospitalisée plusieurs semaines dans une clinique psy spécialisée pour les adolescents. La quasi-totalité se revendiquaient trans ou non-binaires. Notre fille s'est alors faite de nombreux nouveaux « amis » avec les mêmes problématiques.

Elle a demandé à quitter la clinique « les crises et le mal-être des autres jeunes me font aller de plus en plus mal, je veux rentrer chez nous et reprendre ma scolarité normalement. » Elle a rompu son amitié toxique avec son camarade suicidaire, notre relation est redevenue apaisée, plus de crises agressives à notre égard.

Sa rentrée en 2^{de} au lycée en 2021 était plutôt sereine, mais très rapidement l'anxiété est revenue, elle se sentait mal au milieu de ses camarades, elle avait beaucoup de mal à se concentrer. Elle a rencontré d'autres jeunes s'autoaffirmant trans, ses camarades se sont mis à la genrer au masculin. Redevenue anxieuse de ses relations sociales et de ses résultats, elle a fait une 2^e TS deux jours avant le 1^{er} conseil de classe.

Nous avons découvert en classe de 1^{ère} qu'un enseignant appelait notre fille comme un garçon. Il lui en a fait la proposition en entendant ses camarades. Notre fille a refusé arguant que ses parents n'étaient pas d'accord, mais il l'a fait malgré tout, lui déclarant « ce n'est pas un problème ». Le proviseur a immédiatement rappelé la directive Blanquer à tous les enseignants, celle-ci interdit une transition sociale sans l'accord des deux parents. L'enseignant a cessé. A cette occasion, nous avons appris qu'aux moins trois autres camarades de classe se déclaraient trans ainsi que de nombreux autres non-binaires. Il y a une petite dizaine d'élèves se déclarant trans sur le groupe scolaire.

Notre fille a fait une 3^e TS 2 jours après le 1^{er} conseil de classe de 1^{ère}.

La majorité des camarades de notre fille bien que peu nombreux, se déclare désormais trans ou non-binaires. Tous sont en grand mal-être ou en dépression, la majorité ont un TSA (trouble du spectre autistique), TDAH, borderline...

Notre fille a désormais 17 ans. Elle est en dépression avec anxiété généralisée depuis 3 ans, suspectée borderline, avec des symptômes proches des troubles du spectre autistique. Nous avons une très bonne relation avec elle bien que nous ne validions pas son sentiment d'être un garçon. Elle différencie d'elle-même sa dépression de son ressenti d'être un garçon. Elle dit ne pas comprendre pourquoi elle est dépressive et dit être prête à tout pour guérir. Les vacances avec nous se déroulent toujours sereinement. Elle se sent en sécurité en famille.

Notre fille exprime toujours le souhait d'être perçue et considérée comme un garçon, en revanche elle parle de moins en moins d'elle au masculin et ne demande plus de prendre de la testostérone ou de faire une mammectomie ce qu'elle revendiquait depuis ses 13 ans.

Est-elle sur le chemin du désistement ? Nous l'espérons.

Pourquoi ce changement alors que nous n'abordons pas le sujet avec elle à la maison ?

Nous avons quelques pistes d'explications :

Notre fille mûrit et semble ne plus avoir aussi peur de devenir une femme.

Notre fille est-elle en train d'accepter son corps qui a peut-être changé trop rapidement avec une puberté précoce et des agressions sexuelles nombreuses dans son entourage ?

Notre fille semble en questionnement sur son attirance sexuelle et cela ne nous importe pas : sa sexualité est un choix privé, personnel. Elle se disait attirée par les filles, puis s'est dit gay puisque se sentant garçon attiré par les garçons... aujourd'hui elle dit être bisexuelle. Notre fille aurait-elle une sorte d'homophobie intériorisée ?

Que ce serait-il passé si nous avions accepté un traitement hormonal et une opération chirurgicale à 13 ans alors qu'elle semble désormais hésiter à 17 ans ? En acceptant sa transition sans la questionner, n'aurions-nous pas effectué une sorte de thérapie de conversion d'une jeune potentiellement juste homosexuelle ou bi-sexuelle ?

Nous souhaitons que notre fille prenne le temps de se connaître, prenne le temps de panser les plaies de ses traumatismes, notamment celui du suicide de son amie. Notre fille a 17 ans, elle n'a jamais embrassé ni une fille ni un garçon. Nous pensons que transitionner si vite et si jeune peut-être une erreur.

Nous pensons qu'il y a 1000 manières d'être une fille et que ne pas aimer les codes sociaux féminins, ne veut pas dire que l'on est un garçon. C'est au contraire l'expression d'une fille libre des stéréotypes de genre. Moi-même, sa mère, je n'étais pas dans les stéréotypes vestimentaires au lycée, mais dans les années 90, personne ne disait que s'habiller avec des vêtements neutres et une veste de costume de son père était le signe d'être un garçon dans un corps de fille. Nous étions juste libres de nous habiller comme nous le souhaitions, libres d'être originales. David Bowie n'a jamais revendiqué être une fille en jouant avec les codes.

Nous nous interrogeons par ailleurs sur les effets secondaires des hormones antagonistes et des opérations irréversibles.

Nous aimons notre fille. Si elle devait transitionner au terme d'un réel travail psychologique, comme le recommande l'Académie de médecine française, nous serions prêts à l'accompagner. Nous ne sommes pas transphobes.

Situation en novembre 2023 :

Notre fille ne se genre plus du tout comme un garçon depuis cet été. Elle est toujours genrée comme un garçon au lycée par ses camarades, pas par les enseignants. Son anxiété a beaucoup diminué, son traitement de neuroleptiques a été baissé. Elle est amoureuse, elle ne sort pas avec ce garçon, mais ils ont une relation très proche qui semble l'apaiser. Elle a repris de nombreux projets abandonnés, elle recommence à sortir et à envisager davantage un avenir.

Elle dit qu'elle (sic) « ne pense pas faire de transition médicale avant 25 ans, parce que je sais que ce n'est pas sans risque ». Elle voudrait rencontrer des jeunes ayant désisté et dé-transitionné.

Notre fille semble s'apaiser avec son corps et son environnement. Elle semble beaucoup

douter désormais de la réalité de sa transidentité.

Laissons à nos enfants le temps de vivre, de se connaître, d'expérimenter la vie, de s'apaiser de leur adolescence dans un monde qui les inquiète.

Témoignage d'une mère d'un fils majeur. Médecin de profession

En juin 2020 mon fils, âgé de 20 ans, est rentré de Paris où il poursuit des études d'ingénieur informatique. Il avait passé les mois de février à mai en confinement du fait du covid. Lorsqu'il est rentré, le soir même il m'a annoncé qu'il avait raté son année (ce qui n'était pas si grave car il a toujours eu une année d'avance dans sa scolarité). Dans la classe de CE1 il était dans une section double et il avait suivi les 2 niveaux sans que personne ni son enseignante ni ses parents ne le lui demande.

Le lendemain de son retour, il m'a demandé de m'asseoir à table et m'a annoncé de but en blanc que je n'avais pas un garçon mais une fille qu'il se sentait être une femme et que je le cite « plus vite il ferait sa transition mieux se serait ». Il a exigé de suite que je le genre au féminin et souhaitait que je l'appelle par son nouveau prénom. Ce que j'ai refusé de faire.

Je suis médecin généraliste et en tant que médecin et que mère une discussion s'est engagée. Je lui ai dit que j'avais bien accouché d'un garçon que c'était indéniable.

Mon fils n'a jamais eu aucune tendance féminine, cela a été confirmé par la suite par tout notre entourage tant familial qu'amical. Il avait annoncé à 16 ans être homosexuel et avait un ami fixe de ses 16 à 19 ans^{1/2} qui était reçu et bien accueilli. En décembre 2019, il m'avait annoncé avoir quitté son copain et avoir trouvé une copine.

Cette « copine » m'a-t-il dit était militante LGBT au sein de son école d'ingénieur et elle-même bisexuelle. Plus tard il m'a dit que cette copine avait aidée d'autres garçons à changer de genre.

Comme mon fils m'avait annoncé débiter tout de suite des hormones j'ai cherché le nom de sa médecin traitant. J'ai écrit à ce médecin pour lui dire que mon fils n'avait jamais eu de tendance féminine et que ce serait bien qu'il soit suivi psychologiquement. Elle m'a répondu qu'il était majeur mais j'ai appris plus tard que ce médecin était référencé sur BDD trans.

J'ai eu un contact avec un psychologue de la maison des adolescents de Mulhouse qui m'a dit que je devais genrer mon fils au féminin car ce qu'il disait était vrai. Il n'avait jamais vu mon fils. J'ai écrit à l'ordre des médecins de Paris : « réponse votre fils est majeur, donc ce n'est pas à vous de se plaindre de la prise en charge de la médecin généraliste ».

J'ai écrit à la médecin chef de la CPAM de Paris quand j'ai reçu à mon domicile la prise en charge ALD. Réponse du médecin : « eh bien oui c'est une ALD et on n'y peut rien ».

J'ai écrit à l'ordre des médecins du Haut Rhin dont je dépends en tant que praticienne. La réponse fut du président : « je vais en parler au comité d'éthique » et je n'ai eu aucune suite.

Avec mon fils il y a eu des échanges mail et message car il pensait que j'allais adhérer à son idée de transidentité et comme ce n'était pas le cas il a décidé de ne plus répondre au téléphone.

Je l'ai informé de l'absence d'études médicale sur les conséquences de l'hormonothérapie,

sur la dépendance à vie, sur les risques thrombo-emboliques pour lui-même. Rien n'y a fait.

Le père de mon fils a été informé par moi-même en décembre 2020 quand j'ai compris que mon fils s'apprêtait à changer d'identité à l'état civil.

Nous avons divorcé quand il avait 13 ans avec une garde alternée et sans conflit majeur.

Mon fils a effectué un changement complet à l'état civil prend des oestrogènes et du Bicalutamide et il a fait de la chirurgie du nez, une réimplantation sur le front des cheveux et du laser tout cela pris en charge par la CPAM et la mutuelle de son père. Tout cela s'est fait à 18 ans entre l'annonce et la chirurgie et les changements à l'état civil et les traitements hormonaux.

Je suis scandalisée en tant que médecin que tous ces traitements hormonaux inversés soient prescrits sur simple annonce du jeune de son désir de changer de sexe ou genre. Il n'y a aucune étude d'innocuité sur le long terme.

On sait que l'Androcur qui a été prescrit autrefois chez des garçons qui voulaient changer en fille déclenchait des méningiomes. Le laboratoire qui commercialisait l'Androcur le savait 10 ans avant son annonce officielle. Il n'y a aucun frein, ni du CNOM, ni de la CPAM, ni des sociétés savantes.

Jusqu'en décembre 2020 il fallait un certificat d'un psychiatre qui était facilement obtenu par des psychiatres référencés mais quand même. Cela a disparu.

Mon moral s'est nettement amélioré depuis que j'ai rencontré le groupe Ypomoni, j'ai cherché 2 ans avant de les trouver. Depuis je milite dans mon milieu professionnel.

Je me suis aperçue que beaucoup de médecins généralistes n'y connaissaient rien qu'ils étaient surpris que ce soit une ALD (Affection Longue Durée). Des chirurgiens esthétiques par contre se réjouissent de cette nouvelle clientèle.

Les chirurgiens esthétiques font des mastectomies sans autre forme de demande que celle de la jeune fille/jeune femme et même si elle ne prend pas d'hormone inversée. C'est le cas d'une de mes patientes.

Témoignage de la mère d'une fille tout juste majeure (mineure au moment de la demande de transition)

Je suis la mère d'une fille qui a aujourd'hui 19 ans.

Enfant elle était plutôt très « fille », dans un univers fille, sans que nous poussions son genre dans ses vêtements ou ses jeux. En CE2, elle a été diagnostiquée dyslexique, dysorthographique, avec trouble de l'attention sans hyperactivité. Elle a très tôt beaucoup dessiné, elle a un talent et un goût naturel pour le graphisme, le montage vidéo, l'animation etc..

La scolarité fut douloureuse pour elle car peu valorisée, en grand manque de confiance.

En Septembre 2020, à 16 ans (classe de seconde) elle m'a annoncé qu'elle se sentait garçon, j'ai été complètement interloquée, j'ai essayé de la questionner pour comprendre ce qu'elle entendait par là mais elle ne parvenait pas à formuler ce qu'elle se jouait dans son esprit.

Elle demande alors à ce qu'on mette les adjectifs au masculin, se voit comme un garçon.

Elle peut s'habiller par moment en fille, elle se maquille, mais se considère comme un garçon. Dit que son genre est masculin et serait heureuse si on la considérait comme tel.

J'ai pensé qu'il s'agissait d'une façon d'attirer l'attention, qu'elle se cherchait, ... Ce qu'elle arrive cependant à formuler à ce moment-là c'est que ce qui compte c'est davantage de changer la manière dont elle est perçue par le monde extérieur plutôt que le fait qu'elle soit réellement un garçon.

Elle est revenue à la charge quelques semaines plus tard en me précisant que cela faisait longtemps qu'elle se questionnait sur son genre, qu'elle ne se sentait pas en accord avec son identité de genre. Elle s'exprimait en utilisant des mots inédits pour moi (sexe assigné à la naissance, femme cisgenre, identité de genre, construction sociale etc...) ces mots n'étaient pas les siens.

Sentant que cela persistait, je lui ai proposé d'aller en parler à un psy et je constatais qu'elle « refaisait l'histoire », trouvant des indices de cette dysphorie dans le passé. C'était selon moi une crise d'ado.

J'ai trouvé une première psychiatre 'spécialisée' dans les ados, mais ma fille n'a pas 'accroché' et finalement considère qu'elle ne souffre pas.

J'ai alors trouvé une psychanalyste, que nous avons rencontrée pour une première consultation à 3 mais elle n'a pas non plus souhaité poursuivre, ne la trouvant pas assez « spécialisée sur ces questions de « genre » ».

Finalement son père a trouvé une pédopsychiatre sur le conseil d'une connaissance. C'était au moment du Covid, nous avons eu un entretien en visio tous les trois (en Décembre 2020) - Celle-ci a été assez directe et laissant peu d'ouverture à une quelconque alternative : « *si votre enfant vous dit qu'il se ressent garçon, il s'agit probablement d'une dysphorie de genre, je ne peux pas vous dire à l'avance jusqu'où ira son parcours de transition, mais en tous cas il y a peu de chances de retour en arrière* ». Voici en substance ce « **diagnostic** » **en visio en 5 minutes**. Brutal mais au moins nous avions un mot posé sur le malaise de notre fille.

Elle est alors au Lycée en Seconde Bac pro Art et communication visuelle. C'est un milieu ouvert et créatif, dans lequel elle s'épanouit, s'implique dans sa formation, se retrouve dans les premiers de sa classe. Elle reprend goût à l'école, se sent valorisée.

A ce moment elle fait son coming out et nous dit qu'elle aime les filles. Chose que nous acceptons sans difficulté.

Depuis le collège, elle se costume et se maquille beaucoup, dans des personnages de style manga toujours, elle se prend en photo, elle semble s'inventer un nouveau personnage, toujours très androgyne. Elle se passionne pour les émissions et l'univers Queer, LGBT, la transformation, le mélange des genres hommes femmes.

A l'annonce du « diagnostic » de cette pédopsychiatre (que notre fille a vu 6 fois de février à juin 2021) son père était très inquiet des risques sur la santé de la prise d'hormones (il est aujourd'hui convaincu et la genre sans problème au féminin). Moi, j'étais sonnée, mais

confiante d'avoir reçu un « avis médical », j'ai tendance à croire ce que disent les médecins les « sachants », je regrette de ne pas avoir davantage fait confiance à mon bon sens.

Lorsque ma fille a compris qu'il n'était pas nécessaire d'avoir un suivi psy pour obtenir des hormones elle a cessé de voir la pédopsychiatre.

Celle-ci a dû avoir le temps de bien la mettre sur les rails du parcours de transition car par la suite notre fille a insisté pour demander le changement de prénom au lycée pour son entrée en Terminale (Septembre 2021), puis à l'état civil pour pouvoir obtenir ses bulletins et son bac sous sa « nouvelle identité » et démarrer sa prépa sous son nouveau prénom. Devant son insistance dans l'urgence nous l'avons accompagnée début 2022 à la mairie – cela n'a pris que 3 semaines pour recevoir un nouvel acte d'état civil avec le nouveau prénom ... c'est assez bouleversant et irréel, mais c'est arrivé.

J'ai échangé entre temps avec une amie d'ami dont la fille avait commencé une transition 3 ans auparavant. Elle m'a parlé de l'hôpital Tenon. Le 1^{er} rendez-vous à Tenon a lieu en le 11 janvier 2022 avec une gynécologue endocrinologue – pendant 45 minutes. Ma fille et moi avons posé beaucoup de questions notamment sur les risques pour sa santé. La réponse a été « il n'y a pas plus de risque pour elle que pour un homme du même âge et de la même condition/santé physique », balayés les risques de cancer, évoqués certes des risques d'AVC, de possible stérilité, les effets sur la voix, le clitoris, la pilosité, les masses graisseuses. Elle lui a laissé un papier à signer pour le prochain RV (avec une prise de sang à faire). La gynécologue a recommandé un prélèvement et une conservation d'ovocytes avant la prise d'hormones (un rendez-vous a eu lieu pour expliquer les conditions à notre fille en mars) mais ma fille a décliné car elle ne s'envisageait pas d'avoir un enfant un jour, malgré mon insistance pour faire cette « sauvegarde » en cas de retour en arrière. Et pour cause, elle n'a encore à ce jour pas pris la mesure de tout ce à quoi elle renonce en prenant des hormones croisées. Elle était trop pressée et impatiente de démarrer sa transition médicale. Je sais qu'elle est loin d'avoir intégré les risques sur sa santé physique et psychique à long terme, qu'elle a pourtant « accepté » en signant la décharge de l'hôpital à 18 ans moins un jour, jour où elle a obtenu l'ordonnance de testostérone au 2^{ème} rendez-vous à l'hôpital. Depuis juin 2022, ma fille s'injecte elle-même de l'androtardyl toutes les 3 semaines. Les effets ont été assez immédiats (pilosité importante, voix modifiée de façon définitive, musculature carrée, mais c'est un petit gabarit (1,60m, 55kg).

Sa détermination et son organisation personnelle sont assez remarquables : alimentation protéinée, peu de sucres, du sport tous les 2 jours. Elle met tout en œuvre pour atteindre son idéal physique, se réjouit qu'on l'appelle jeune homme et de faire illusion auprès des autres. Scrute jour après jour les évolutions de son corps, en éprouve beaucoup de satisfaction.

Pour son père « tout va bien », « elle se sent mieux ainsi et c'est tout ce qui compte ».

Pour moi, après la lecture de *La fabrication de l'enfant-transgenre* (C. Eliacheff, C. Masson) et

Domages irréversibles (A. Shrier), j'ai compris que le cas de ma fille n'était pas isolé, mais un cas parmi un phénomène mondial à l'œuvre depuis 5 ans environ outre Atlantique.

Depuis je suis en résistance car je pense au fond de moi que ma fille (comme beaucoup d'autres) n'est pas réellement dysphorique. Ce qui est certain c'est qu'elle souffre, depuis longtemps, mais aussi qu'elle rejette son corps, ses règles, sa poitrine, tout ce qui la ramène à sa condition de fille. Elle a clairement un inconfort avec son image, avec son identité, sa place dans le monde, mais je suis aujourd'hui convaincue que tous ces aspects n'ont pas été creusés, explorés ou analysés.

Il n'y a aucun moyen de discuter du sujet avec ma fille, encore moins d'en débattre. Elle sait que je l'aime profondément et que je serai toujours là pour elle, et elle s'agace que je n'adhère pas pleinement à sa transition.

Aujourd'hui je l'appelle par le prénom qu'elle a choisi et la genre au masculin, en sa présence seulement pour ne pas la heurter.

Notre relation est un peu lointaine même si nous passons du temps ensemble assez régulièrement.

J'ai le sentiment de la perdre et de ne plus partager autant qu'avant. Un peu comme si elle était dans une secte et refuse en bloc tout argument que je peux avancer.

Mon témoignage au Sénat a pour objet de montrer l'emprise qui s'est déroulée sous nos yeux sans en prendre pleinement conscience, avec une accélération et une amplification du phénomène avec le confinement de la crise Covid, où nous parents, avons télétravaillé à plein temps, tout en faisant la télé-école au plus petit, en laissant nos ados enfermés avec les réseaux sociaux, privés de leurs relations sociales. Un doute coupable plane sur les parents. Nous souhaitons juste éviter que pour « sauver et protéger un enfant réellement Trans », nous en condamnions 9 autres pour absence de diagnostic réel. Et pour eux les effets sont irréversibles et les dommages encore inconnus.

2) AMQG, Association pour une approche Mesurée des Questionnements de Genre chez les jeunes

Le groupe de travail a auditionné le 26 septembre 2023 l'AMQG, Association pour une approche Mesurée des Questionnements de Genre chez les jeunes.

Frédéric Spycher est père d'une fille qui a voulu faire une transition et président de l'association suisse AMQG¹⁸⁹, une organisation d'intérêt général pour les jeunes en question-

189 <https://www.amqg.ch/>

nement de genre, leurs parents, leurs proches et leur réseau, cherchant à favoriser une approche mesurée, diversifiée et non militante du traitement de la dysphorie de genre.

Son audition s'est déroulée en trois temps :

- Le témoignage de ce que sa fille et lui ont vécu entre 2019 et 2022
- Une brève présentation de l'association qu'il a créée par la suite
- Un survol de la situation en Suisse concernant les questions relatives à la transidentité

Frédéric Spycher nous a communiqué le texte de son audition :

Je parlerai donc non pas de la transidentité en général, mais de la population spécifique que sont les jeunes en questionnement de genre. (Je ne parle pas de « trans » parce que l'utilisation de ce terme revient déjà figer une situation à un âge où on évolue énormément).

Je m'exprime donc :

- en tant que père d'une jeune fille qui a été concernée,
- en tant que co-fondateur d'une association qui réunit des personnes dans la même situation que la mienne,
- en tant que citoyen, enfin, qui s'interroge sur ce qui apparaît comme un phénomène de société et sur les impacts de ce phénomène

I. L'histoire de Léa, dans sa phase transidentitaire se concentre sur la période (2019-2022)

Elle est précédée d'un préambule : **En 2017**, ma fille m'écrit une lettre pour me dire qu'elle est homosexuelle parce qu'elle est amoureuse d'une fille de sa classe. Elle a alors 13 ans. Je l'invite à vivre ses sentiments sans s'enfermer dans une case qui ne signifie pas grand-chose à cet âge. J'apprendrai par la suite qu'elle a fait alors l'objet de nombreux harcèlements, dont elle ne m'a jamais parlé. La relation avec sa camarade dure quelques mois, puis je n'en entends plus parler.

Juin 2019

A 15 ans et demie, elle me déclare dans une 2^e lettre qu'elle est un garçon : « *Je suis un homme. Pendant 15 ans tu as eu une fille. Maintenant tu as un fils. C'est en moi. Et ça ne s'en ira pas.* » et elle signe « *Signé Elio, si vous voulez bien* » Je n'ai aucun doute sur la profondeur de son malaise. Elle est devant moi, je le constate, je l'éprouve. Je suis un peu surpris toutefois par la terminologie qu'elle utilise, peu habituelle dans sa bouche. J'ai l'impression d'influences extérieures.

Je constate également qu'elle est très bien informée, tant sur les étapes de la transition que sur les spécialistes à consulter.

Nous nous adressons à différents médecins généralistes, qui tous nous disent ne pas en connaître assez sur le sujet et nous renvoient vers des « spécialistes »

Novembre 2019

Nous rencontrons deux médecins de la consultation spécialisée dans les questionnements de genre des Hôpitaux universitaires genevois. Après avoir reçu ma fille en tête à tête une dizaine de minutes, sa dysphorie de genre est actée: les médecins nous parlent d'elle au masculin, nous invitent à la genrer au masculin et à utiliser le prénom masculin qu'elle s'est choisie.

Ils évoquent le caractère prétendument « facilement réversible » de la transition sociale. Ils insistent très lourdement sur les risques suicidaires auxquels sont, d'après eux, exposés les jeunes trans* et nous invitent conséquemment à agir sans attendre.

Ils nous suggèrent enfin de contacter les associations LGBT, « pour leur expérience de terrain ».

Décembre 2019

La transition sociale de ma fille est initiée dans le cadre du collège par une association LGBT militante sans que nous, parents, en ayons été informés.

S1 2020

Son entourage la genre progressivement au masculin, autant dans son cercle d'amis, que dans la famille et dans les cercles scolaire et parascolaire. Elle dira plus tard que plus on la genrait au masculin cela renforçait son sentiment d'être en inadéquation avec son corps et donc plus cela la pressait à entreprendre une transition chimique et chirurgicale

Juillet 2020

La même association LGBT lui suggère d'interrompre les consultations avec la psychiatre « traditionnelle » à qui nous l'avions adressée pour l'orienter, avec la complicité de l'hôpital, vers un psychiatre trans-affirmatif.

Octobre 2020

En l'espace de 3 mois et 4 séances individuelles, elle reçoit le certificat suivant :

Je suis régulièrement à ma consultation le patient susnommé qui présente une dysphorie de genre F64.0. Le patient présente une capacité de discernement concernant sa décision de prendre une hormonothérapie d'affirmation de genre et de subir une mastectomie. Il n'y a pas de contre-indication du point de vue psychiatrique à ce qu'il puisse débiter une transition de genre et qu'il puisse bénéficier d'une opération de mastectomie ainsi qu'une hormonothérapie d'affirmation de genre.

En 6 lignes, elle est propulsée vers la mutilation et la médicalisation à vie. Elle a 16 ans. En Suisse, elle a le droit pour elle.

Nous sommes menacés par l'association LGBT de nous voir retirer l'autorité parentale si nous n'acquiesçons pas.

Nous insistons de tout notre poids auprès de notre fille pour qu'elle *prenne le temps* (vs. attendre) et lui suggérons de suspendre les relations avec le psychiatre trans-affirmatif.

S1 2021

Durant le premier semestre 21, nous essayons de mettre en place des solutions alternatives - psychologique, chimique, physique, artistique.

À force d'échanges et de dialogues, elle comprend que son mal-être a des causes plus larges que la seule dysphorie de genre.

Progressivement, elle se libère de l'obsession de conformer son corps à son genre ressenti.

Octobre 2021

Nous faisons l'objet d'une double dénonciation, au Service de protection des mineurs, d'une part, au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant, d'autre part. *Motif*: maltraitance psychologique. Auteur de la dénonciation : l'association militante, soi-disant en grande inquiétude pour ma fille (alors qu'elle ne s'était plus manifestée depuis une dizaine de mois).

Les deux plaintes sont classées chacune en un seul entretien. La première, par moi, la seconde, par ma fille directement.

Janvier 2022

Sans que personne ne le lui demande, elle envoie un message à tous ses contacts, ainsi qu'à tous ses profs : « *Au cours de la vie, on change. On découvre, on explore, on (se) questionne (...) C'est pourquoi je vous demande de m'appeler Léa de nouveau et d'utiliser le pronom « elle » pour vous adresser à moi. Ce n'est pas un « retour en arrière » mais une étape de ma vie, le fruit de réflexions que je porte sur le monde et sur moi-même* ».

Ce message, qui apparaît comme une forme de résilience, clôt une période de deux ans et demi de questionnements et de profonds désarrois.

Aujourd'hui, septembre 2023

Réconciliée avec elle-même, elle a intégré le fait que l'on peut être pleinement femme sans en être le stéréotype et que le discours transidentitaire viserait plutôt au renforcement des stéréotypes de genre qu'à la tolérance qu'il prétend promouvoir. Si nous avons suivi les recommandations de « l'équipe pluridisciplinaire » (mais univoque) de l'hôpital et que nous nous étions pliés aux injonctions des associations LGBT, notre fille serait aujourd'hui mutilée, sous médication lourde pour le restant de ces jours et peut-être stérile.

Pour ma part, si la loi sur les thérapies de conversion avait déjà été en vigueur, j'aurais vraisemblablement été incarcéré ou pour le moins fait l'objet d'une sévère amende.

II. C'est donc dans ce contexte que l'association pour une Approche Mesurée des Questionnements de Genre chez les jeunes (amqg.ch) a vu le jour, en février 2021

- C'est une association qui n'est pas née d'une position idéologique ou politique, mais de mon expérience personnelle et de celle de parents d'enfants soudainement confrontés à des questionnements de genre
- Son propos se focalise exclusivement sur les jeunes
- L'association est apolitique, confessionnellement neutre
- Il s'agit prioritairement d'une association de parents, mais pas uniquement : elle compte également des médecins, des juristes, des enseignants, des membres de la communauté LGBT, des féministes
- L'association soutient sans réserve la lutte contre les discriminations et notamment la lutte contre l'homophobie et la transphobie, mais condamne le fait que le transactivisme se greffe sur ces luttes pour promouvoir une idéologie néfaste pour les jeunes

4 buts principaux :

1. **Informé sur les controverses** : rendre compte de ce que l'approche affirmative, contrairement à ce qui est dit, ne fait pas du tout l'objet d'un consensus, et qu'elle est de plus en plus largement critiquée par des professionnels dans de nombreux pays.
2. **Explorer des alternatives** au modèle affirmatif, allant dans le sens d'une approche mesurée, diversifiée et non militante des questionnements de genre chez les jeunes.
3. **Fournir au public** (aux professionnels et aux décideurs politiques) **des informations actuelles et basées sur des preuves**, pour que la médecine de genre respecte les normes les plus élevées en matière de soins et d'éthique
4. **Demander que les thérapeutes**, les médecins et les organisations LGBT qui promeuvent des traitements médicaux pour les jeunes justifient au cas par cas que le rapport risques-bénéfices est favorable aux jeunes concernés, compte-tenu des risques connus.

En chiffres

- L'association compte aujourd'hui 80 familles en Suisse, environ 90 membres et plus de 600 personnes qui ont signé l'appel au respect du principe de précaution sur site internet amqg.ch
- Dans ses grandes lignes, cet appel demande simplement que, dans ce domaine, on agisse selon les mêmes principes qui guident la pratique médicale dans tous les autres domaines, notamment en pédiatrie.
- Parce que le protocole trans-affirmatif, où le médecin ne fait qu'accompagner un au-

to-diagnostic établi par le patient sans le questionner, constitue une pratique clinique unique.

- Les premiers procès aux USA et en GB, qui ont mis en cause des médecins agissant dans ce cadre ont établi que l'approche transaffirmative violent les directives médico-éthiques de base (notamment le devoir de diligence du médecin).
- il est signé par des gens de tous bords, médecins, juristes, membres de la communauté LGBT.
- 1/3 des signataires souhaitent toutefois ne pas voir leur nom diffusé publiquement.

Actions

Nous déployons nos actions sur deux plans

1. sur le plan des **parents** : en animant des groupes de paroles, ce qui nous permet d'apporter du soutien dans des situations particulièrement éprouvantes et de recueillir des témoignages de terrain qui nous permettent de confronter les discours publics à la réalité.
2. sur le plan **social**, au sens large, principalement dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la politique, où nous travaillons à collecter des informations (notamment statistiques, juridiques, médicales), à diffuser de l'information, à dénoncer si nécessaire certaines situations. Parallèlement, nous travaillons à composer des réseaux de compétences (dans les domaines du droit et de la santé, notamment). Enfin, c'est un travail à plus long terme, nous visons à redonner la parole à la population sur certains sujets qui ont fait l'objet de véritables hold-up démocratiques (p.ex. loi sur l'autodétermination, qui n'a pas fait l'objet d'un vote populaire)

III. La situation en Suisse

Contexte général : assez similaire

- On observe une augmentation générale de la visibilité des minorités, une disposition à plus de tolérance, une incitation à la bienveillance, dont on ne peut que se réjouir.
- On voit un amalgame complet entre les LGB et les T, qui sont pourtant des questions fondamentalement différentes, et qui sont des amalgames qui ne sont pas nécessairement favorables à la communauté LGB.
- On voit enfin l'activisme LGBT devenir assez virulent et on le voit souvent accompagné d'actions de cancelling.

Contexte des jeunes en questionnement : également beaucoup de similitudes

- On assiste à une explosion des demandes de réassignement de genre, de l'ordre de millier de % en quelques années ; un ratio de 80% de jeunes filles ; un grand nombre de jeunes concernées qui présentent de nombreuses comorbidités (violences, harcèlement, traumatismes divers, TSA...)
- L'approche affirmative est toujours présentée comme seule et unique réponse, en faisant volontairement abstraction des contextes, en refusant de questionner (questionner, c'est faire souffrir, on n'interroge pas le patient « Le rôle du psychiatre est de confirmer un diagnostic que la personne a déjà pensé par elle-même »)
- Seul le *ressenti du jeune est pris en compte (je me ressens femme donc je suis femme)*
- Une instrumentalisation du suicide, systématiquement brandi comme argument massue, qui facilite le déplacement de l'autorité des parents vers les « spécialistes » (corps médical et associations LGBT confondues)
- On observe un décalage important entre le discours public et la réalité (rapidité du processus, population concernée - des jeunes de 10 à 14 ans se font enlever les seins en Suisse, le nombre de personnes qui regrettent)

Parallèlement à cela, on constate :

- Un élargissement du champ d'actions des associations militantes (à l'école, à l'UNI, dans les formations des médecins, dans les congrès, les revues...)
- Une banalisation de la transition sociale, notamment au niveau de l'école, qui est présentée comme sans risque et réversible, alors que de plus en plus de témoignages et d'études montrent qu'elle verrouille l'identité des jeunes et constitue à ce titre un marchepied conséquent vers la transition chimique ou chirurgicale.
- Enfin, une politisation de la question, au détriment des personnes concernées, avec un fort clivage extrême-droite/autres partis, j'y reviendrai

Sur le plan scientifique & médical, on constate, en Suisse, vraisemblablement comme en France

- Une absence d'encadrement des pratiques médicales relatives à cette problématique
- Un manque flagrant de données probantes et d'études au long cours
- Qu'un nombre important de scientifiques & de médecins n'osent pas prendre la parole publiquement

Sur le plan de l'éducation

- Des directives apparaissent au niveau cantonal qui autorisent la transition sociale à l'école avec ou sans le consentement des parents, en totale contradiction avec le loi

fédéral (qui n'autorise le changement de genre en dessous de 16 ans qu'avec l'accord parental)

- On observe que l'enseignement de l'idéologie de genre se propage, sans consensus scientifique
- Qu'il y a de plus en plus d'interventions d'associations ouvertement militantes en milieu scolaire et parascolaire

Sur le plan politique & juridique, enfin, on constate

- Qu'il y a beaucoup d'incompréhension sur les questions liées à la transidentité et sur ses impacts, beaucoup de méconnaissance, tant sur le plan médical que sur le plan sociétal. La loi sur l'autodétermination, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, entre en collision avec d'autres principes du droit supérieur, notamment tous les acquis liés aux droits des femmes (équité, protection, espaces), mais cela n'est pas perçu comme tel à l'heure actuelle.
- Qu'en regard de cela, il y a une véritable stratégie de la part des militants, consistant à mener leur combat sous le radar. Un exemple ? Cette même loi sur l'autodétermination n'a pas du tout fait l'objet d'un vote populaire, alors que le peuple suisse a été appelé à voter pour cette question de la plus haute importance qu'était celle... l'écornage des vaches !
- Que les associations militantes ont pour objectif affirmé de faire entrer la notion de genre dans la loi (projets de loi sur les thérapies de conversion /Loi sur les discriminations)
- Au niveau populaire, enfin, on voit que la population devient de plus en plus excédée des diktats et de l'introduction de l'idéologie de genre dans tous les domaines de la vie publique : école, lieux de formation, lieux culturels, mais aussi, de manière inquiétante, formation des médecins, des éducateurs, etc. – au passage : ceux qui sont en contact avec les plus vulnérables.
- De cette exaspération, il n'y a qu'un pas vers la récupération politique. Et les seuls à réagir sont aujourd'hui l'UDC (la droite populiste, plus grand parti de Suisse), qui fait de l'idéologie de genre un de ses « cheval de bataille » - la Gauche et les Verts luttant contre les tomates OGM, mais soutiennent sans réserve les transitions médicales via hormonothérapie. Or il y a un réel danger que ces préoccupations soient discréditées au seul motif qu'elles seraient d'extrême droite. Raison pour laquelle nous plaillons pour une dépolitisation de ces questions.

190 Voir à cet égard le document Reuters-Denton (en annexe à la présente)

Pour conclure, il y a bien sûr en Suisse comme en France un cumul de raisons qui expliquent l'intensité de la question transidentitaire, mais le fait d'observer, au-delà des spécificités nationales, que l'approche affirmative se développe de manière similaire, selon le même plan et quasiment le même calendrier (je pense par exemple à la loi sur les thérapies de conversion), cela devrait nous conduire à y apporter des réponses communes, de part et d'autre des frontières.

On devrait ainsi se donner pour missions communes :

- De distinguer la science du militantisme
- De collecter des données probantes
- De développer des réponses au mal-être des jeunes qui ne les projettent pas dans des mal-être futurs
- Et dans l'intervalle, de tout faire pour que, partout, le principe de précaution soit respecté, comme il l'est dans tous les autres domaines de la médecine.

3) Le collectif Grandir Trans

Le groupe de travail a auditionné le 11 juillet 2023 l'Association, *Grandir Trans*.

La Présidente de l'association Grandir Trans, **Maryse Rizza**, ainsi qu'une mère membre de l'association, **Delphine Verri** ont été reçues.

Cette association est une association de parents d'enfants transgenres¹⁹¹.

- **Maryse Rizza** explique que l'association Grandir Trans s'est formée à la suite de la création d'un groupe Facebook de pairs aidants. L'association comptait au départ une centaine de familles françaises de pairs aidants, elle en regroupe environ 1300 aujourd'hui. Il s'agit d'un groupe virtuel sur Facebook.

Elle-même concernée par la transidentité de son enfant en 2015, a souhaité constituer un groupe d'aide, d'échanges, et de partage afin de trouver des « *informations fiables sur la transidentité* ». Par la suite, avec les mères les plus anciennes du groupe Facebook, elles ont décidé de créer une association afin de répondre aux nombreuses sollicitations des journalistes, dès lors que le sujet est venu avec force sur la scène médiatique. Elle a estimé nécessaire que le groupe s'institutionnalise, afin d'être à même de pouvoir dialoguer avec les institutions.

191 <https://grandirtrans.fr/>

Elle mentionne que le nombre de demandes d'adhésion de parents augmente de manière continue et que le devoir de l'association est d'accompagner les parents et leurs enfants qui se questionnent sur leur genre ou sont en parcours de transition. 8 administratrices dont elles s'y consacrent.

Elle qualifie l'association de groupe de parents « *bienveillants* » qui s'interrogent sur la question de la transidentité de leurs enfants, et qui se sentent « *perdus face au manque de politiques publiques en matière d'accompagnement des parents de mineurs transgenres* ».

Selon Maryse Rizza, les parents sont confrontés à une véritable « *désinformation scientifique et médiatique* ». Sur les 1300 familles, 60 à 70 % des familles ont des enfants qui expriment une incongruence de genre, c'est-à-dire qu'ils disent se sentir « *filles* » quand ils sont « *garçons* », et inversement. Ces enfants sont âgés de 5 ans à 18 ans et plus. Elle estime que rapporté au nombre total de mineurs, la proportion de mineurs qui se questionnent sur leur genre est « *dérisoire* ». Elle compte parmi eux un certain nombre de mineurs autistes, et d'enfants atteints de troubles de l'attention ou d'hyperactivité (TDAH), sans fournir de chiffres.

Le cœur des missions de l'association est de lutter contre les discriminations exprimées par les parents qui touchent les enfants, les différences de traitement territorial d'un endroit à l'autre par exemple pour le changement de prénom qui peut prendre 3 ans ou 3 mois. Quand elle estime qu'il y a « *mise en danger* » l'Association engage à faire un signalement auprès des autorités compétentes (au procureur de la République, aux ministères...)

Pour la présidente de l'association, la médiatisation autour de la transidentité des mineurs a explosé en 2020.

Elle préconise alors aux parents d'orienter leurs enfants vers des dispositifs spécialisés de pédopsychiatrie dans les CHU car ils comportent des professionnels formés mais déplore qu'il n'y en ait pas assez (liste d'attente) ce qui entraîne des consultations chez des professionnels non formés.

Maryse Rizza indique ne pas savoir, parmi les enfants des parents membres de l'association, s'ils sont majoritairement des filles ou des garçons. Si c'était le cas, c'est le féminisme qu'il faudrait attaquer et le patriarcat.

Elle évoque ensuite la situation de ses propres enfants, dont l'un est trans (un calvaire dit-elle) et l'autre non. L'une de ses filles a été mise sous bloqueurs de puberté vers 8 ans, âge où elle a eu ses premières règles. Ces bloqueurs ont été prescrits sans examens complémentaires approfondis. Son autre fille, s'identifiant trans, a quant à elle commencé à prendre des bloqueurs de puberté à 11 ans, dans le but de démarrer une transition. Elle précise que, cette fois-ci, de nombreux examens auraient été effectués sur l'enfant ainsi que sur ses parents.

Elle justifie la mise en route du traitement à cause du fort risque suicidaire exprimé par son enfant. Ce dernier disait se sentir « en prison dans son corps depuis tout petit » et souhaitait mourir « à chaque fois qu'il avait ses règles ». Selon Maryse Rizza, les traitements médicaux ont « sauvé la vie de son enfant ». Aujourd'hui, son enfant est âgé de 17 ans, il prend des hormones croisées prescrites par le CHU de Lille, mais il ne parle pas d'opération chirurgicale. Il a une apparence de garçon, et ses seins ne se sont pas développés à l'adolescence. Elle explique qu'il a en revanche souffert de harcèlement au collège.

Maryse Rizza conclut en disant qu'elle souhaiterait que des politiques publiques encadrent ces questions et appelle de ses vœux davantage de consultations spécialisées, composées de professionnels formés, telles qu'il en existe à l'hôpital public (Paris, Lille, Lyon, Toulouse, etc.).

- Le groupe de travail a ensuite entendu **Delphine Verri**, mère d'un enfant transidentifié, elle aussi membre de l'association Grandir Trans.

Elle explique avoir trois enfants âgés de 18, 14 et 9 ans. Le petit dernier est transgenre depuis 3 ans et se fait appeler Arthur. Elle précise que son « fils » était scolarisé à la maison jusqu'à ses 5 ans et demi et qu'à l'occasion de sa première rentrée à l'école, il a manifesté le fait qu'il n'était pas une petite fille, mais un petit garçon.

Elle a alors cherché des informations sur Facebook puis pris contact avec un médecin généraliste, et six mois plus tard avec un psychologue. Elle regrette d'avoir dû attendre neuf mois pour obtenir un premier rendez-vous avec le pôle transidentité de l'hôpital de Toulouse, seul pôle spécialisé d'Occitanie.

Madame Verri dit qu'elle était passée à côté depuis l'âge de trois ans car il aimait les camions et les dinosaures. Il s'est toujours senti garçon mais il a un corps de fille, le médecin a confirmé le diagnostic de transidentité. C'est un garçon qui a une vulve, il se développe comme un garçon car il se ressent garçon, son corps physique s'adapte mais il sera rattrapé par son corps biologique.

Son enfant a désormais rendez-vous tous les neuf mois, depuis deux ans, à l'hôpital et est reçu par la psychiatre en chef, une endocrinologue, et un pédopsychiatre. Il consulte en outre un psychologue en libéral depuis six mois.

Delphine Verri justifie cette prise en charge par le fait qu'un diagnostic de dysphorie de genre a été posé par les médecins, que son enfant est trans, qu'il s'est toujours senti garçon, mais a été « assigné fille » à la naissance.

S'agissant des traitements, elle dit que les parents se posent des questions. Elle souligne que lors du dernier rendez-vous au pôle transidentité, les médecins ont parlé, à elle et à son

enfant de 9 ans, des différents traitements médicaux possibles (bloqueurs de puberté, hormones) et que c'est eux qui décideront ce qui sera le plus approprié.

Elle indique que son enfant allait bien avant de se dire garçon, et qu'il « *va plutôt bien* » aujourd'hui, notamment parce que ses parents l'acceptent tel qu'il se sent lui, et qu'il évolue dans un milieu bienveillant. Toutefois, elle juge que les relations sont plus compliquées avec l'Éducation nationale, et que c'est une « *bataille permanente pour que la société les accepte* ». Elle déplore le manque de personnels formés et le manque de connaissances globales de la société sur ces sujets.

B. LES ASSOCIATIONS MILITANTES TRANS

Les associations militantes trans ont pour objet déclaré l'aide aux personnes transgenres et la lutte contre les discriminations (notamment la transphobie). Ces associations rejettent toutes références à la psychiatrie, à la pathologie et notamment à ce qu'on nomme « *transsexualisme* ». Elles promeuvent l'affirmation de l'identité de genre et l'autodétermination quel que soit l'âge de la personne exprimant son ressenti, et soutiennent les transitions médico-chirurgicales chez les mineurs afin de soulager leurs souffrances. Généralement, les responsables de ces associations sont des personnes transgenres qui ont effectué leur transition à l'âge adulte.

Le groupe de travail a auditionné les associations *Trans Santé France*, *OUTrans* et *Trajectoire jeune trans*.

Le Groupe de travail a auditionné un collectif de personnes trans, *l'Être Trans*, qui se définit en « *rupture* » avec les idées transgenres actuelles.

1) Béatrice Danaes, co-présidente de l'association *Trans Santé France*.

Le 28 juin 2023, le Groupe de travail a reçu Béatrice Danaes, journaliste, ancienne médiatrice de Radio France, et co-présidente de l'association *Trans Santé France*.

Cette association¹⁹², fondée en 2020, rassemble des personnels de santé et des personnes transgenres qui travaillent au renforcement des connaissances sur la transidentité, à une

192 <https://trans-sante-france.org/>

meilleure approche des enjeux de santé liés à la dysphorie de genre et à l'évolution des pratiques médicales, sociales et administratives. Elle compte aujourd'hui plus de 150 membres et a organisé des congrès à Lille, à Lyon, le dernier s'est tenu à Paris en novembre 2023¹⁹³.

Sur le site de l'association il est indiqué que :

« L'association TRANS SANTÉ FRANCE - FPATH est née de la volonté de personnels de santé et de personnes transgenres de travailler ensemble pour une meilleure connaissance de la transidentité et des variations de genre, une meilleure approche des enjeux de santé liés à la dysphorie de genre et une évolution des pratiques médicales, sociales et administratives.

Deux des axes importants de l'association sont l'accompagnement et la prise en charge médicale des personnes trans avec notamment l'amélioration de l'accès au soin et la dépathologisation de la transidentité. »

En préambule, Béatrice Danaes a critiqué vivement l'Observatoire La Petite Sirène prétendant que les professionnels de cette association s'opposeraient au « bonheur des enfants trans ».

L'association est **membre du groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le parcours de transition des personnes transgenres**. À ce titre, elle entend faire évoluer, au sein du groupe de travail de la HAS, les recommandations médicales qui datent de 1989 et qui n'ont pas été mises à jour, comme cela était prévu, en 2009. Béatrice Danaes fustige des recommandations médicales « *d'un autre siècle* », empreintes de « *beaucoup de pathologisation et de psychiatrisation* ». Selon elle, les enfants transgenres n'ont pas besoin d'un psy, ils ne souffrent pas de troubles mentaux, et sont à même de s'autodéterminer.

Béatrice Danaes explique ne pas se considérer comme transactiviste. L'objectif de l'association, selon elle, est d'abord de **promouvoir le respect des enfants transgenres et de favoriser leur acceptation dans la société**.

Elle considère qu'au sein des CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie), beaucoup d'agents sont transphobes. S'agissant de l'ALD 31 (Affection Longue Durée transgenre), nombreux sont les médecins conseils « *qui mettent des bâtons dans les roues, dès qu'ils voient qu'il s'agit de personnes transgenres* » en demandant, par exemple, des certificats médicaux. Or, exiger un certificat médical pour une telle prise en charge est une pratique discriminatoire.

Elle juge que notre société ne tolère pas les différences, alors que **le phénomène existe depuis l'antiquité grecque**. Elle convoque également l'image de Saint-Eugène, transgenre qui figurerait dans la religion catholique. Il s'agit d'un bas-relief du XII^{ème} siècle, présent dans la Basilique de Vézelay⁽⁸⁹⁾, et représentant un moine qui révèle deux seins sous sa chasuble.

Elle fustige la **propagation d'affirmations qu'elle juge fausses et destinées à faire peur**, telles que l'idée selon laquelle le phénomène transgenre serait un scandale sanitaire, que

193 <https://trans-sante-france.org/congres-2023/>

des traitements hormonaux et des interventions chirurgicales seraient pratiquées sur des enfants, que les médecins seraient transactivistes et en situation de conflits d'intérêts, et qu'il s'agirait d'une mode favorisée par les lobbies LGBT et les réseaux sociaux.

Revenant sur sa **trajectoire personnelle**, Béatrice Danaes explique s'être sentie très mal dans son corps de petit garçon, dès l'âge de 4-5 ans. La transidentité n'était pas connue à l'époque. Elle dit avoir été victime de harcèlement car elle n'aimait pas les jeux de garçons. Elle aurait alors développé une phobie sociale et des idées suicidaires. Ce n'est qu'avec l'arrivée d'Internet qu'elle aurait compris ce qu'était la transidentité et que cela touchait d'autres personnes. Avant, elle ne savait pas si elle était « femme, homme ou monstre ». Béatrice Danaes a alors transitionné à plus de 60 ans, en 2019, et indique n'en avoir pas eu le courage avant. Elle note cependant qu'aujourd'hui, le parcours est beaucoup plus simple, même dans des entreprises de grande taille, comme Amazon.

Elle estime qu'en 2023, il est désormais temps d'entendre les jeunes enfants transgenres, à défaut de quoi ils s'automutilent, font des tentatives de suicide et ne vont plus à l'école. Selon elle, **la détransition n'est pas non plus un problème** et de toutes façons, les chiffres de personnes qui regretteraient d'avoir transitionné sont faux.

Elle conclut par le fait qu'une loi qui interdirait aux enfants transgenres de se déterminer serait dangereuse, car 30 % de ces jeunes font des tentatives de suicide. Elle demande aux élus de la République « *de nous comprendre, on ne veut pas faire la révolution. Il faut respecter les enfants, les ados, les adultes et les aider. Cela ne fera de mal à personne* ». Donner le temps au temps « *n'est pas nécessaire, sinon l'on tombe dans thérapie de conversion. Aujourd'hui, on a les moyens de rendre heureux les enfants, notamment à la Pitié Salpêtrière* ».

2) Anaïs Perrin Prevelle co-présidente de l'association OUTrans

Le 7 novembre 2023, le Groupe de travail a auditionné Madame Perrin Prevelle, co-présidente de l'Association OUTrans¹⁹⁴.

« **OUTrans** est une association féministe d'autosupport trans pour les personnes transmasculines, transféminines, non-binaires, en questionnement, et pour leurs allié·e·s cisgenres, issue de la communauté transmasculine. »

Fondée en avril 2009 par des personnes trans et pour les personnes trans, pour combler le manque en réseau d'autosupport trans et lutter contre la transphobie à tous les niveaux (social, professionnel, institutionnel), OUTrans s'est donnée pour objectifs de :

- Créer un **réseau d'autosupport** (entraide) entre personnes trans

194 <https://outrans.org/>

- **Organiser des rencontres** et des moments de convivialité pour les personnes trans et/ou en questionnement transidentitaire, mais aussi entre les personnes trans et leurs proches
- **Fournir des informations** aux personnes trans et à leur entourage
- Développer des actions visant à **améliorer l'accès à la santé** chez les personnes trans
- **Sensibiliser aux transidentités** les interlocuteurs et interlocutrices potentiel·le·s des trans au cours de leur transition (milieu médical, social, scolaire, administratif, etc.)
- Participer à des **actions militantes** pour les droits des personnes trans
- Défendre les personnes victimes de transphobie
- Produire et diffuser des documents d'information sur les transidentités

Selon Madame Perrin Prevelle, l'association a reçu 1400 demandes de contact l'année dernière. Un groupe de parole réservé aux mineurs a été créé, animé par des bénévoles de l'association. Il se réunit une fois par mois. L'association dispense de très nombreuses formations (90 cette année) pour les collèges, les lycées, les colonies de vacances. Elle édite également des brochures, notamment sur la santé sexuelle, sur les parcours de transition et sur les traitements. Elle conduit enfin une activité de plaidoyer notamment auprès de la DILCRAH, de l'Observatoire des LGBT phobies. L'association OUTrans participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) des hôpitaux Robert Debré et de la Pitié-Salpêtrière.

OUTrans défend le principe de l'autodétermination libre et consciente y compris pour les mineurs.

Selon Madame Perrin Prevelle, l'accès au soin ne suffit pas et il faut une reconnaissance globale des différents genres. Selon elle, la société a imposé l'idée que la transition devait être médicale pour exister. Elle note cependant que de nombreuses personnes trans ne ressentent pas le besoin d'effectuer une transition médicale. Elle souligne que la transition hormonale n'est pas un saut dans le vide duquel on ne peut revenir, qu'une transition sociale ce n'est rien, que ça ne coûte rien de reconnaître quelqu'un dans son genre.

3) Claire Vandendriessche, coordinatrice de la plateforme Trajectoires Jeunes Trans

Le 7 novembre, le Groupe de travail a auditionné Claire Vandendriessche coordinatrice de la plateforme Trajectoires Jeunes Trans¹⁹⁵

Madame Claire Vandendriessche est employée par la plateforme Trajectoire Jeune Trans, qui met en relation 3 associations trans et 9 services médicaux, dont ceux de la Pitié-Salpê-

195 <https://trajectoiresjeunestrans.fr/>

rière et de Robert Debré. Elle est soutenue par l'ARS Ile de France, la Fondation de France et la Ville de Paris. La plateforme comprend également une permanence d'écoute psychologique.

La plateforme a accueilli une quarantaine de personnes en un an. 700 enfants ou adolescents sont accompagnés depuis 2013.

La plateforme dispose d'un site internet avec un formulaire de contact qui permet aux personnes de poser des questions.

Mme Vandendriessche a communiqué un écrit qui est reproduit ici in extenso :

Je m'appelle Claire Vandendriessche, et je suis coordinatrice pour la partie associative de la plateforme Trajectoires Jeunes Trans. Cette plateforme met en relation trois associations parisiennes de personnes trans - Acceptess-T, Espace Santé Trans, OUTrans - avec 9 unités cliniques franciliennes spécialisées dans l'accompagnement des jeunes trans ou en exploration de genre : l'Hôpital Bicêtre, le CIAPA, le CMPP Pichon Rivière, ESPAS, l'Hôpital Jean Verdier, l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, l'Hôpital Robert Debré, l'Hôpital Tenon, et l'Hôpital Trousseau. L'objectif de cette plateforme est d'améliorer en Île-de-France l'accueil et l'accompagnement en santé des jeunes personnes trans ou en exploration de genre, et de leurs familles. Elle est portée par l'AP-HP Sorbonne Université et est soutenue par l'Agence Régionale de Santé d'Île de-France, la Fondation de France, et la Ville de Paris.

Madame la Sénatrice, je vous remercie beaucoup pour cette invitation afin d'aborder cette conversation que j'espère profonde et sincère, sur la "transidentification des mineurs" - ou plus simplement sur l'identification transgenre des mineurs.

Cet intitulé, d'identification transgenre des mineurs, fait référence à un phénomène largement discuté dans le débat public mais faiblement documenté dans le domaine scientifique, par lequel des mineurs, pris à priori comme non-transgenres, s'identifieraient comme transgenres, à la suite d'un événement qui reste lui aussi amplement débattu mais faiblement prouvé : celui d'une "contagion sociale", particulièrement véhiculée par les réseaux sociaux, qui émanerait de personnes trans - souvent amalgamées à des militants dits "transactivistes" - pour "contaminer" des personnes en questionnement de genre. Ayant fait de ce sujet-même un de mes sujets de recherche, vous permettrez je l'espère que je m'appesantisse dessus.

Le thème de la contagion sociale au sujet des minorités LGBT n'est en lui-même pas nouveau : l'homosexualité a elle-même été considérée pendant des décennies par les psychiatres comme une maladie mentale, dont certains s'empressaient de rajouter qu'elle était contagieuse, et menaçait la jeunesse. La loi de 1942, reproduite jusqu'à son abrogation en 1982, instruisit un âge de majorité sexuelle discriminatoire entre les relations hétérosexuelles et homosexuelles, ce qui entraîna la condamnation de dix milles à cinquante milles homosexuels en France, et l'incarcération de 93% d'entre eux jusqu'en 1978, d'après les sociologues Jérémie

Gauthier et Régis Schlagdenhauffen.

Le retour de ce thème de la contagion sociale, à l'endroit aujourd'hui des jeunes trans, est chargé historiquement. Deux idées s'y mêlent. La première idée est cissexiste : elle crée le sentiment que la transidentité est un résultat développemental inférieur, non-souhaitable. Si c'est contagieux, c'est donc que c'est nocif, dangereux. La deuxième idée est relative à la transmissibilité : selon elle, la transidentité se transmet, d'une personne trans à une personne non-trans, et donc se répand dans la population. La conjonction des deux idées fait craindre certains analystes, comme Elisabeth Roudinesco, de l'émergence d'une "épidémie" de jeunes transgenres, sans toutefois soupeser la réalité de la nocivité de la transidentité et la concrétude épidémiologique du fait rapporté. Je vais revenir sur ces idées.

I - De la nocivité des transidentités à la nocivité des soins

En quoi la transidentité d'un individu lui serait-elle néfaste ? Cette idée a été longuement portée par les classifications de maladies, au premier rang desquelles le DSM (manuel diagnostique et statistique des maladies mentales de l'association américaine de psychiatrie) et la CIM (classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé). La pathologisation de la transidentité porte en elle le ferment de l'infériorisation des personnes trans : être malade, en soi, est un résultat développemental non-souhaitable, qu'il faut prévenir voire guérir. Plusieurs classes de traitement ont été proposées historiquement aux personnes trans, en fonction de critères diagnostiques reposant, encore aujourd'hui, sur des critères hétérosexistes de ce que doivent être des femmes ou des hommes, et donc des femmes trans, ou des hommes trans.

La première classe de traitements renvoie aux thérapies d'affirmation. Il s'agit de reconnaître l'identité de genre d'un individu trans, et de lui proposer des soins visant à modifier son corps de sorte qu'il soit lu par son environnement social et lui-même en correspondance avec son identité de genre. Il ne s'agit pas alors de guérir de la transidentité, conceptualisée comme une variation normale du développement humain, mais, au choix, de réduire la dysphorie de genre (définie dans le DSM-5), c'est-à-dire la souffrance souvent associée à l'incongruence de genre (définie dans la CIM-11) ; ou de favoriser sa réalisation en tant qu'homme, femme, ou personne non-binaire, afin d'améliorer son bien-être physique, mental, ou social, et tenter d'atteindre le plein état de santé, selon sa définition par l'OMS de 1948.

La deuxième classe de traitements considère que la transidentité est un résultat développemental non-souhaitable, et plutôt que de réduire la souffrance associée au fait d'être trans dans une société encore violemment transphobe, elle vise à prévenir ou guérir le développement d'une identité transgenre. En France, c'est cette classe de traitements qui s'est imposée sur les enfants en exploration de genre. Comme le rapporte Colette Chiland, pédopsychiatre, aujourd'hui décédée, dans un article de 2004, le "plan de traitement intensif" - ce sont ses

mots - réservé à ces enfants, et plus encore à leurs parents, vise à alerter sur le fait que l'enfant, est en "danger" - je cite - et "court le risque de devenir transsexuel, transvesti, ou homosexuel à l'âge adulte". Il s'agit d'inculquer dans l'esprit des parents la perspective cissexiste et hétérosexiste selon laquelle la transidentité est, en soi, un résultat développemental non souhaitable, inférieur à celui de l'identité cisgenre et hétérosexuelle. Aucune élaboration théorique ou empirique ne vient justifier, dans les écrits de Chiland sur les enfants en exploration de genre, que ces enfants encourent quelconque danger, sinon celui de se développer en tant que personne trans dans une société transphobe. Les efforts psychiatriques et psychanalytiques ont caressé dans le sens du poil la transphobie structurelle de la société : puisqu'il est mal vu d'être trans, alors tentons de supprimer ce trait.

Aujourd'hui, ce qu'on pourrait appeler des thérapies de conversion, n'est plus légal en France, comme vous le savez bien. L'avènement des droits des personnes trans, y compris des mineurs trans, dans la décennie 2010, s'est corrélé d'une évolution des paradigmes de soins. La perspective cissexiste de la nocivité de la transidentité s'est donc substituée par une autre perspective : celle selon laquelle la transidentité n'est pas en soi nocive, mais les soins qui sont proposés aux personnes trans eux, le sont, en particulier pour les mineurs.

Cette perspective, que j'appellerais "sceptique", par analogie au climato-scepticisme, est en contradiction brutale avec le consensus établi par les professionnels de la santé trans réunis autour de la WPATH depuis 1979, dont la 8e version des recommandations a été publiée en 2022, bientôt traduite en français. Ces différentes itérations des recommandations de la WPATH reflètent l'évolution du consensus scientifique à travers des décennies : d'abord très restrictif sur l'accès aux transitions médicales pour les adultes, et interdisant formellement toute forme de transition aux mineurs, y compris sociale, les recommandations ont évolué, à mesure que le stock de connaissances scientifiques convergeait pour indiquer un bienfait de ses soins, contrebalançant les risques, notamment le risque de regret futur.

Aujourd'hui les connaissances médicales s'accroissent - elles sont près de 1500 références étudiées dans les dernières recommandations de la WPATH

- démontrant systématiquement l'amélioration en santé mentale et la réduction des risques suicidaires liées aux approches affirmatives, y compris chez les jeunes trans en demande de soins.

Durwood et collègues, en 2016, trouvent par exemple que les enfants trans effectuant une transition sociale ont une santé mentale similaire aux enfants non-trans, en fort contraste avec les enfants trans à qui on refuse cette transition sociale. Vries et collègues, en 2011, ont constaté les effets bénéfiques sur la santé mentale des adolescents trans ayant recours aux bloqueurs de puberté. Turban et collègues, en 2020, ont démontré, sur un échantillon de 20000 personnes trans, que les adultes trans ayant reçu dans leur adolescence des bloqueurs de puberté avaient développé moins de risques suicidaires que les adultes trans n'ayant pas reçu ces traitements mais qui les avaient souhaité. Turban et d'autres collègues, en 2022,

ont démontré, sur un échantillon de taille similaire, que les adultes trans qui ont bénéficié depuis l'adolescence d'hormones sexuelles, avaient moins de risques suicidaires que ceux qui n'en ont jamais bénéficié mais qui les auraient souhaité. Diana Tordoff, en 2022, dans un suivi rétrospectif d'un an de 104 adolescents trans et non-binaires, a décelé que les traitements d'affirmation de genre, qu'il s'agisse de bloqueurs de puberté ou d'hormones sexuelles, étaient liés à des risques dépressifs 60% moins importants, et à des risques suicidaires 73% moins importants. Tan et collègues, en 2022, analysant les besoins de soins de 608 jeunes trans, trouvent que les besoins de soins trans-spécifiques non adressés étaient liés à une moindre santé mentale ; les jeunes qui ne reçoivent pas d'hormones en dépit d'en avoir besoin avaient des risques de tentatives de suicides deux fois plus importants que les mêmes jeunes qui reçoivent des hormones. Green et collègues, en 2022, dans une étude de près de 12000 jeunes trans, démontrent que les traitements d'affirmation de genre étaient associés significativement à de moindres risques dépressifs et de moindres risques de tentatives de suicide, par rapport à l'absence de ces traitements chez les mineurs trans qui en expriment le besoin. Costa et collègues, en 2015, ont analysé longitudinalement les effets séparés du soutien psychosocial et des bloqueurs de puberté sur 201 adolescents trans, et ont démontré une amélioration du fonctionnement global lié au soutien psychosocial, ainsi que lié aux bloqueurs de puberté en comparaison au soutien psychosocial seul. Allen et collègues, en 2019, en analysant longitudinalement 47 adolescents sur plusieurs mois, ont observé l'effet positif des traitements hormonaux sur l'amélioration du bien-être global et la réduction des risques suicidaires. Achille et collègues, en 2020, ont démontré longitudinalement sur 50 adolescents trans, la réduction des risques dépressifs et suicidaires liée à l'intervention endocrinologique - des bloqueurs de puberté ou des hormones sexuelles - en contrôlant l'effet d'éventuelles médications psychiatriques et de soutien psychosocial. Ce ne sont que quelques études parmi d'autres. Il en existe des quantités, presque toutes analysées par la WPATH pour élaborer ses recommandations médicales. Chaque mois, sur le site de Trajectoires Jeunes Trans, on recense plusieurs dizaines d'études démontrant, l'une après l'autre, l'appui scientifique, toutes disciplines confondues, dont jouissent les approches affirmatives de genre, chez l'adulte comme chez le mineur. Se positionner contre ces approches, c'est se positionner contre un consensus scientifique et médical profondément ancré dans une expertise clinique longue de décennies de recherche.

Pourtant, dans tout consensus, il existe des sceptiques. Un consensus scientifique établi par une société savante n'a certes pas besoin de réunir l'approbation de 100% de ses membres. À la WPATH, le taux d'approbation doit être de 75% des experts, qui sont plus d'une centaine. C'est autant que le taux d'approbation de l'Académie Nationale de Médecine sur son appel à la prudence entourant les transitions médicales des mineurs, en 2022. J'y reviendrai. Donc il existe des personnes qui sont sceptiques sur ce consensus. L'Observatoire Petite Sirène me semble-t-il en fait partie. J'alerte sur le fait qu'être sceptique n'exonère pas de l'obligation, pour un médecin, de rendre compte avec sincérité de l'état de la science, des consensus existants, particulièrement sur des sujets à controverses. Nous avons rappelé à l'Observatoire

que nul médecin n'est au-dessus du code de déontologie médicale obligeant ses actions d'information du public à ne faire état que des données confirmées, faire preuve de prudence, et avoir le souci des répercussions auprès du public. Nous le rappellerons autant de fois que nécessaire.

Les sceptiques se présentent parfois en lanceurs d'alerte et s'arc-boutent sur ce qu'ils présentent comme un arrêt des transitions chez les mineurs ordonné pour motifs sanitaires dans trois pays présentés comme "pionniers" de l'accompagnement des mineurs trans : la Suède, la Finlande, et la Grande-Bretagne. Balayons le fait que ces pays ne sont en rien pionniers du sujet, à la différence des Pays-Bas et du Canada, qui ont formé plusieurs équipes françaises. Ces trois pays ont-ils arrêté les transitions, comme on l'entend partout ? En rien. Dans les recommandations suédoises de 2022, on peut lire en suédois que "la procédure documentée et progressive du protocole néerlandais - dans laquelle un traitement antipubertaire, des hormones d'affirmation sexuelle et une intervention chirurgicale ont été proposés aux jeunes selon des critères clairement décrits et où un suivi dans le temps est documenté - représente la meilleure connaissance disponible et devrait donc être utilisé." Dans le résumé en anglais des recommandations finlandaises de 2020, on peut lire : "D'après ces évaluations, un traitement de suppression de la puberté peut être initié au cas par cas après une réflexion attentive et des examens diagnostiques appropriés si les indications médicales pour le traitement sont présentes et s'il n'y a pas de contre-indications. [...] En se basant sur une réflexion approfondie au cas par cas, l'initiation d'interventions hormonales qui modifient les caractéristiques sexuelles peut être envisagée avant l'âge de 18 ans uniquement s'il est possible de déterminer que leur identité en tant que l'autre sexe est permanente et provoque une dysphorie sévère." En Grande-Bretagne, je cite les recommandations du rapport intérimaire d'Hilary Cass de 2022, souvent présenté comme mettant un coup d'arrêt aux transitions : "Tout enfant ou jeune envisagé pour un traitement hormonal devrait avoir un diagnostic formel et une formulation qui aborde l'ensemble des facteurs affectant leur bien-être physique, mental, développemental et psychosocial. Cette formulation devrait ensuite orienter les options de soutien et d'intervention qui pourraient être bénéfiques pour cet enfant ou jeune. [...] Le but déclaré des bloqueurs de la puberté tel qu'expliqué à l'enfant ou au jeune et à leurs parents doit être clairement indiqué. Il doit y avoir une documentation précise de quelles informations ont été fournies à chaque enfant ou jeune concernant les résultats probables et les effets secondaires de tous les traitements hormonaux, ainsi que les incertitudes concernant les résultats à long terme." Rien n'indique, en GB, en Suède, en Finlande, que les autorités médicales compétentes aient fait barrage aux transitions hormonales pour les mineurs, bien que des critères plus restrictifs qu'auparavant aient été formulés. Il existe une manœuvre politique pour faire fermer la consultation spécialisée de la clinique Tavistock à Londres, de la part du gouvernement conservateur. C'est en ligne politique avec l'interdiction des transitions chez les mineurs trans et la criminalisation de leurs soignants venant de 13 États conservateurs américains, ainsi que de la Russie, et bien sûr de quantités de pays du Sud qui pénalisent les transidentités tout comme l'homosexualité.

En Europe, pas d'interdit. J'ignore si votre projet serait d'interdire les transitions médicales aux mineurs, mais je vous mets en garde contre un projet puissamment décorrélé du consensus médical. Même l'Académie Nationale de Médecine, pourtant peu considérée comme une alliée des luttes LGBT, elle qui mettrait en garde la "PMA pour toutes" comme une "rupture anthropologique majeure", n'a en rien recommandé l'interdiction des transitions médicales des mineurs, sinon appelé à la prudence, et insisté sur le rôle premier du soutien psychologique.

Le rôle de la psychologie et de la pédopsychiatrie en première intention ne va pas de soi : les transidentités, pour les adultes comme les mineurs, ayant été retirées des listes de maladies mentales, en France dès 2010, et dans le monde par l'OMS en 2019. Mais c'est bel et bien l'évaluation et le soutien psychologique que les enfants et adolescents trans ou en exploration de genre bénéficient en première intention dans toutes les unités de soins de l'AP-HP (il faut lire à ce sujet l'article de Condat & Cohen, 2022). Il résulte de cette large place laissée à la parole, dénuée de tout contexte psychopathologique mais au contraire d'une affirmation des variations de genre exprimées, un moindre besoin exprimé en bloqueurs de puberté : à la Pitié-Salpêtrière, seuls 11% des adolescents en âge de les considérer ont effectivement choisi d'accéder aux bloqueurs de puberté (je vous réfère ici à l'étude rétrospective de L agrange et collègues, 2023).

Enfin, s'agissant des faibles preuves médicales en support des bloqueurs de puberté chez les mineurs, je ne les conteste pas. Les preuves sont existantes, mais gradées faiblement, du fait des designs des études cliniques qui ne permettent éthiquement pas de groupe contrôle dans la population trans mineure ayant besoin de ces médicaments. Les preuves qui bénéficient de la meilleure gradation sont les essais randomisés contrôlés, mais ils ne peuvent pas être mis en place du fait de l'impossibilité de mise en place d'une procédure à l'aveugle (les effets de la puberté ou de son absence se voyant) ; du fait de la non-adhésion au protocole des patients se retrouvant en groupe contrôle (ce qui a déjà été éprouvé dans un essai randomisé contrôlé des bloqueurs de puberté sur l'indication de puberté précoce centrale) ; de la généralisabilité impossible : les seuls qui accepteraient le protocole sont ceux qui n'ont pas d'autres accès aux soins (en France ou à l'étranger) ou ceux dont les parents sont les moins soutenant, affectant les variables dépendantes de l'expérimentation ; et du groupe traitement lui-même, traité de façon homogène alors qu'il y a un fort besoin d'individualisation du traitement. Du reste, ce problème de design expérimental se retrouve pour beaucoup d'interventions : l'avortement n'a pas d'appui d'ERC, uniquement d'études observationnelles ; en France, de très nombreux médicaments en pédiatrie sont pris en charge hors AMM donc sans essai clinique (50% des enfants en prennent) ; sur 608 revues systématiques effectuées, seulement 13.5% des interventions cliniques sont soutenues par des ERC. L'absence de preuves fortes ne signifie pas que les recommandations sont faibles : plus de la moitié des recommandations fortes de l'OMS ne sont pas soutenues par des ERC.

En dépit de l'absence de preuves fortes, les recommandations de la WPATH peuvent être fortes. Elles le sont, fondées sur l'agglomération des études observationnelles et l'expertise clinique collectivement accumulée. Et du fait que les alternatives thérapeutiques, dont les "thérapies exploratoires du genre", qui contrairement à ce que leur nom indique, ne visent pas une libre exploration du genre, mais cherchent à explorer et identifier une cause à la transidentité et à la traiter, n'ont pas apporté la moindre preuve clinique de leur bien-fondé.

II - Transmissibilité des transidentités : où est l'épidémie ?

La deuxième idée derrière la contagion sociale est celle de la transmissibilité supposée de la transitude, d'une personne trans, souvent dépeinte comme un militant "transactiviste" prosélyte, à une personne non-trans mais peut-être en questionnement de genre. Pour côtoyer les fameux transactivistes de près depuis des années, dans les groupes d'auto-support des associations, je tiens à être formelle : nulle part, jamais, on a vu des animateurs de ces groupes venir imposer une transidentité à des personnes en questionnement, ni pour des mineurs, ni pour des adultes. La subjectivité est importante, le "je" est partout : dans ces groupes, on témoigne de ces expériences personnelles dans la navigation du genre, on ne vient jamais projeter son expérience personnelle sur une autre personne, fut-elle trans elle-même. Libre à chacun de s'y retrouver ou non, la découverte de sa propre transidentité est une expérience intime et personnelle. Personne n'a le droit de dire à notre place si on est trans ou non : ni un psychiatre, ni un juge, ni un prêtre, ni même une personne trans. Ce n'est pas une religion : la transidentité ne se transmet pas de parents à enfants, il n'y a pas non plus de conversion, il n'y a pas d'exclusivité des croyances, pas même sur l'épineuse question du genre. La construction éventuelle du "nous" vient de la communisation des expériences de vie, souvent discriminatoires, mais souvent aussi heureuses et libératoires.

Ceci étant dit, certains chiffres montrent un phénomène croissant : celui des prises en soins chez les mineurs. On parle même parfois d'une croissance exponentielle à 3000% ! Qu'en est-il ? Une étude de l'assurance maladie permet de repérer l'évolution des obtentions d'ALD (prises en charge pour "affection longue durée") chez les mineurs trans, et permet une estimation basse des prises en soins. En 2013, 9 mineurs étaient pris en charge par l'assurance maladie au titre de la transidentité. En 2020, ils étaient 295. Il s'agit effectivement d'une croissance importante, mais de deux choses l'une : 2013 est l'année de fondation des équipes médicales spécialisées sur Paris, il est donc normal que la prise en soins fût minime l'année de démarrage de ces services, ce qui implique une forte croissance. Asymptotiquement, quand on part de 0, le taux de croissance est infini. Ces taux de croissance à 3000% n'ont donc pas beaucoup de sens. L'autre chose, c'est que la croissance est surtout marquée à partir de 2017, où les prises en soins bondissent de 27 mineurs à 75 d'une année sur l'autre. S'ensuit un tassement de la croissance, en 2019-2020, peut-être en lien avec le Covid - on manque encore de recul des données - ou peut-être en lien avec l'atteinte de la taille finie

des demandes de prises en soins chez les mineurs. Auquel cas, on est loin d'une "épidémie" : 300 demandes de transition annuelles sur tout le territoire, c'est gérable. En Suède et en Belgique, un phénomène similaire à la France a été trouvé, respectivement en 2013 et 2018 : une élévation brusque des diagnostics ou des obtentions de changement d'état civil, respectivement, au moment du passage de la loi facilitant les changements d'état civil, suivi d'une décélération brusque. En France, cette loi est arrivée en 2016-2017, soit exactement au moment de l'inflexion de la courbe des ALD de mineurs. Il y a peut-être là un phénomène à étudier de plus près, qui expliquerait une croissance exponentielle localisée, mais globalement sigmoïde (une croissance forte puis une décélération).

L'étude de l'assurance maladie témoigne aussi d'un autre phénomène, relatif aux ratios de genre chez les mineurs, avec une prédominance de 72% d'adolescents transmasculins (c'est-à-dire assignés fille à la naissance), en 2020. C'est cohérent avec l'ensemble des retours d'expériences des cliniques d'identité de genre dans le monde, y compris de la Pitié-Salpêtrière. Pour autant, sur l'ensemble des classes d'âge, le ratio de genre s'équilibre : il y a 46% de personnes transmasculines en France sous ALD. S'agit-il d'un effet générationnel, y aurait-il de plus en plus de transitions masculinisantes précoces ? C'est l'argument sous-jacent à l'hypothèse de Lisa Littman du Rapid-Onset Gender Dysphoria, ou ROGD, pour dysphorie de genre d'apparition rapide.

Lisa Littman est la principale artisanne de l'hypothèse de la contagion sociale chez les mineurs trans. Dans son étude descriptive de 2018, elle interrogeait des parents, recrutés sur des plateformes pour l'essentiel hostiles aux transitions, sur les conditions de vie de leur adolescent trans, dont l'un des critères de sélection était que les parents pensaient qu'il avait une dysphorie de genre d'apparition rapide. L'un des résultats construits à partir de cet échantillon de convenance était que les parents considéraient que leur adolescent avait été particulièrement influencé dans son identification transgenre, par des réseaux de pairs, et que cette identification transgenre soudaine s'associait d'une dégradation de leur santé mentale. Si l'on peut s'inquiéter en effet de la santé mentale d'adolescents trans dont les parents sont hostiles à leur transition, on peut aussi s'interroger sur la validité et l'inféribilité causale de cette étude, largement critiquée (ici ou là), et corrigée en 2019. La correction fait état de l'absence de validité de l'étude du fait qu'elle repose uniquement sur des perspectives de parents, et non croisée avec les expériences des adolescents et les constats des cliniciens. Par ailleurs, la correction de l'étude rappelle que celle-ci ne permet aucune association causale, faute de design le permettant. L'hypothèse du ROGD sera testée dans un échantillon clinique d'adolescents trans, en 2022, par Bauer et collègues, et ne trouvera aucun soutien en faveur de l'hypothèse. Ce n'est pas une preuve forte, donc, mais cela n'a pas empêché l'Académie Nationale de Médecine de se reposer entièrement dessus et de lui trouver une validité et une valeur causale inexistantes, et dans les faits, contredites par les résultats d'études cliniques.

Il reste à expliquer pourquoi tant d'adolescents transmasculins par rapport aux ados

transféminines (c'est-à-dire assignées garçon à la naissance), y compris dans l'échantillon de Littman. C'est l'un des objets de l'étude que je mène avec David Cohen sur les données de l'Agence Européenne des Droits Fondamentaux, portant sur près de 20.000 personnes transgenres et 100.000 personnes LGB (lesbiennes, gays, bis) cisgenres, dans 30 pays européens.

La conclusion la plus importante de notre étude, à mon avis, concerne la question du ratio des genres chez les adolescents trans. La plupart des ratios retrouvés dans les cliniques d'identité de genre s'expliquerait en fait par une moindre probabilité que les adolescentes transféminines révèlent leur identité trans à leur entourage et, par conséquent, une moindre probabilité pour elles de fréquenter une clinique d'identité de genre, en comparaison avec les adolescents transmasculins, lorsque nous contrôlons les données de manière à ce que les adolescents transféminines et transmasculins aient le même âge de révélation intime. Les personnes transféminines révèlent aux autres leur identité plus tard que les personnes transmasculines, principalement à l'âge adulte, où nous observons des ratios de genre inversés, de sorte que globalement, à travers les âges, le nombre des personnes transmasculines et transféminines est proche de l'équilibre.

La «pénalité transmisogyne» qui affecte la capacité des adolescentes transféminines à s'exprimer en tant que trans ne se limite pas à la communauté trans, car elle fait partie d'un phénomène plus vaste qui affecte également les adolescentes cis LGB. Nous avons en effet constaté que les jeunes hommes cis gays et bissexuels ont moins de chances de révéler leur orientation sexuelle à l'adolescence que les jeunes femmes cis lesbiennes et bissexuelles, en maintenant l'âge de révélation intime égal. Les personnes LGBT assignées garçon à la naissance, dans leur ensemble, ont moins de chances de révéler leur identité aux autres que les personnes LGBT assignées fille à la naissance, et une explication possible à cela est le coût social plus élevé de la transgression de la masculinité par rapport à la transgression de la féminité. Cette «pénalité de la transgression de la masculinité» pourrait être liée aux normes nationales en ce qui concerne les personnes LGBT : lorsque nous examinons les 30 pays enquêtés en Europe, dans chacun d'entre eux, les personnes LGBT assignées garçon à la naissance révèlent leur identité en moyenne plus tard que les personnes LGBT assignées fille à la naissance ; mais nous observons une corrélation significative entre l'ampleur du retard de révélation et l'indice national de l'ILGA-Europe sur les droits et libertés des LGBT, ce qui nous amène à croire que si les personnes LGBT assignées garçon à la naissance révèlent leur identité en moyenne plus tard, cela est davantage dû aux politiques nationales et aux réglementations impactant la vie des LGBT qu'à un effet de l'utilisation différenciée des médias sociaux entre personnes assignées garçon et personnes assignées fille à la naissance.

Un autre point de fixation des sceptiques est relatif aux regrets de transition et détransitions. Pour ces critiques, ils seraient massifs chez les enfants et adolescents trans. Chez les adultes en effet, les regrets sont rares : une étude néerlandaise les établit, pour les chirurgies d'affirmation de genre, à 0.6% chez les femmes trans ; et 0.3% chez les hommes trans.

Mais pour les mineurs, les cohortes néerlandaises longues de 20 ans n'indiquent pas les taux de détransition, indiquant juste que celle-ci était "très rare". Les sceptiques s'appuient eux sur des taux de désistance de l'identification transgenre, autour de 80% chez les jeunes. Ce taux de 80% est ancien. On le retrouve également chez Colette Chiland, qui, citant des études américaines, affirme que "les trois quarts des garçons féminins deviennent homosexuels ou bisexuels à l'âge adulte, l'autre quart devient hétérosexuel". On le retrouve également dans les anciennes données du CAMH de Toronto au Canada. Le problème qu'ont ces données, c'est qu'elles n'indiquent en rien une "désistance naturelle", comme l'affirment pourtant à leur sujet les critiques des approches affirmatives. Les enfants et adolescents suivis dans les cliniques qui ont produit ces chiffres avaient un biais clinique considérant qu'être trans est un résultat développemental non souhaitable qu'il fallait prévenir ou guérir. En somme, ils pratiquaient systématiquement des thérapies de conversion sur les enfants trans, pratique qui n'est plus légale aujourd'hui au Canada et qui a justifié la dissolution de la consultation dédiée du CAMH de Toronto. Il n'y a rien de "naturel" là-dedans : face à des docteurs qui leur faisaient bien comprendre que devenir trans était un problème dangereux, ces jeunes trans sont tout simplement retournés dans le placard, laissant à leur clinicien le soin d'interpréter cela comme une désistance. Les thérapies de conversion sur les enfants trans sont responsables d'une multiplication par quatre du risque suicidaire. Chez les personnes trans, les détransitions elles-mêmes sont pour 82.5% d'entre elles dues à des facteurs externes, principalement la pression familiale et le stigmate social. Quand un enfant trans fait sa transition sociale, pour peu qu'il soit soutenu par son entourage, il conservera à l'adolescence son identité trans, pour près de 97.5% d'entre eux. La détransition est un phénomène rare, et massivement lié à la transphobie structurelle de la société qui réprime les transitions. Si vous souhaitez prévenir le risque de détransition, le premier effort à faire est de soutenir les transitions.

Ma conclusion sur l'ensemble de ces points est que la transidentité n'est pas nocive en soi. Que les soins eux-mêmes, s'ils sont pris en compte dans une démarche globale d'acceptation de la transidentité d'une personne, sont

non-seulement non-nocifs pour la personne, mais peuvent être puissamment bienfaiteurs pour son équilibre, son bien-être, et sa santé, à court comme à long terme. Les données épidémiologiques font état d'une croissance de la prise en soins des mineurs trans, pourtant cette croissance n'est pas explosive, et le nombre de mineurs trans en transition médicale reste limité à quelques centaines sur tout le territoire. Aucune preuve d'une influence des réseaux sociaux sur les parcours de transition n'a été rapportée par les recherches sur le sujet. Les jeunes assignés fille à la naissance ne sont pas plus enclins à faire des transitions que les jeunes assignés garçon, mais ils ont des possibilités de les faire plus précocement. Les détransitions sont rares, et principalement expliquées par la force de la transphobie s'exerçant sur les parcours de transition. Les jeunes trans existent, ils ont toujours existé, ce qui est nouveau aujourd'hui c'est que la société considère qu'ils méritent mieux que la négation de leur existence.

En conclusion, les intervenantes voudraient que la santé ne soit pas forcément le point d'entrée des trans pour reconnaître la transidentité.

A la question de savoir si une évolution de la législation est nécessaire, les deux dernières intervenantes répondent qu'il faut permettre le changement de sexe à l'état civil pour les mineurs et qu'il convient de sécuriser les parcours de soins dans la loi, car la France est dépourvue de standards de soins dans la prise en charge des personnes trans, mineures comme majeures.

4) Madeline Le Pollès pour le collectif l'Être trans

Le Groupe de travail a auditionné le 5 décembre 2023, le collectif l'Être trans représenté par sa fondatrice, Madeline Le Pollès.

Ce collectif se définit ainsi :

« Collectif transsexuelles en rupture des idéaux #transgenre #queer actuels LGB / TQ+. Pour une approche rationnelle, éthique de la #transition de #genre chez les mineurs en France et en Europe. »

Nous reproduisons l'intégralité de son audition qu'elle a bien voulu nous communiquer.

Mesdames, Messieurs, je vous remercie pour cette invitation à échanger autour du sujet qui nous réunit ici les « dites » transidentités qui amènent de nombreux jeunes, mineurs et adolescent(e)s vers une médicalisation de leur corps par un soi-disant ressenti au parcours possiblement mutilant et stérilisant.

Peut-on échapper à sa vraie nature ? A cette réalité qui post-gestation de 9 mois et d'un accouchement, fait de nous ce que nous sommes et qui, il y a encore peu, le faisait jusqu'à notre départ de cette terre, notre décès.

Un être venant au monde sexué, mâle ou femelle et donc par définition un homme ou une femme. Le sexe est immuable. Il se constate à la naissance et pour 99% de la population venant au monde sur cette belle terre, une simple observation en sortie du corps de la mère, de la femme, de la femelle qui a porté l'enfant, permet la confirmation.

Sans faire ici un cours de biologie élémentaire. Notre espèce est segmentée en deux classes d'êtres humains qui ont permis jusqu'ici de faire évoluer l'humanité et la perpétuer.

L'une est composée des chromosomes XY que l'on retrouve chez l'homme qui produit de petites gamètes, appelées aussi « spermatozoïdes » et l'autre composée de chromosomes XX qui font référence à la femme qui elle produit de grosses gamètes, appelées aussi « ovule ». Notre espèce est binaire comme l'ensemble des mammifères qui foulent notre terre. Pourquoi le nier ?

La diversité chromosomique existante n'étant que des exceptions en rapport aux troubles du développement sexuels connus (DSD) qui font parfois dévier la construction physique de l'enfant à naître mais qui, quoi qu'il en soit, font des êtres humains venant au monde, sexués mâles ou femelles donc homme ou femme avec des particularités phénotypiques, fonctionnelles et/ou dysfonctionnelles qui leur sont propres. L'humanité est fondée sur la binarité des sexes et ces personnes « dites » intersexes, en situation d'intersexuation, ne sont que l'exception qui confirme la règle. Il n'y a bien que deux sexes et non un spectre sexuel comme voudrait nous le faire croire la sociologie.

L'être humain, l'homme et la femme, a deux bras, deux yeux ou encore deux jambes de manière générale. Il, elle peut naître avec un trouble du développement du fœtus qui fera de l'enfant venant en ce monde, une personne en situation d'handicap. On peut penser par exemple aux enfants qui naissent avec le syndrome de Down, une trisomie 21, ou encore aux enfants naissant polyhandicapés, atteint en cours de grossesse, par les possibles addictions de la mère, l'alcool par exemple.

Mais peut-on naître « trans », « transgenre » ? Est-ce une condition d'un trouble du développement biologique néo-natal ? Rien ne le prouve, ni aujourd'hui, ni hier et pour demain rien ne semble le penser tant ce qu'on appelle désormais « les transidentités » en lieu et place « de la dysphorie de genre et sexuelle », sont poussées par les sciences « dites » sociales et non les sciences dures qui, elles, analysent la nature matérielle des choses.

Dès lors, peut-on y voir un nouveau mouvement social revendiquant toujours plus la libération des corps dans ce marché libéral ? Le corps comme support. Le corps qui ne serait qu'un amas de pièces détachées prêtes à être remplacées et donc des transidentités qui traduiraient le désir narcissique, fétichiste ou encore nombriliste de trouver sa place en société en se récréant, en se donnant une autre image, pour espérer mieux vivre, paraître différent en méprisant dame nature mais aussi pour certains, être pionnier dans un progressisme qui tend grâce à la technologie vers ce que j'appelle désormais la première marche du transhumanisme qui tait son nom.

Un certain psychologue clinicien Brestois, *lui-même trans*, disait dans le documentaire militant « L'ordre des Mots » des sœurs Cynthia et Mélissa Arra en 2007, « Ils n'ont pas réussi à nous guérir alors pourquoi nous empêcher d'être » et faisait la promotion de sa vision des transidentités sur les ondes radio dans son émission au titre évocateur « Bistouri Oui Oui ».

En 16 années, les outils de propagation ont évolué : géolocalisation des médecins trans-friendly (affirmatifs dans le genre), support vidéo via *Youtube* (guides), *Tik-tok*, *Instagram*, des applications de messageries privées (et chiffrées) telles que *WhatsApp*, *Télégram* ou encore sur celles dédiées aux jeux vidéo comme *Discord*, les cagnottes participatives, se payer une

« mammectomie bilatérale (torsoplastie) » grâce à *Leetchi*. Des jeunes se mettent en scène avec en tête un désir de rupture propre à la construction de l'être lors de l'adolescence par le biais d'artifices sociaux qui leur permettent de performer ce qu'ils, qu'elles appellent « le genre » soi-disant assigné à la naissance.

Lui, le psychologue Brestois, dessert toujours par internet ses certificats psy quand ils sont encore demandés pour une cinquantaine d'euros sans même voir la personne et le *Planning Familial* français s'est aligné sur le *Planned Parenthood* Américain en prescrivant désormais des hormones aux adolescents, adolescentes et jeunes adultes en questionnement de genre ou plutôt en situation de souffrance corporelle et psychique.

La France n'est-elle pas dans un déraisonnement intellectuel et sociétal qui par un désir d'inclusivité a plongée dans un grand déni de l'existence du sexe, diffuse de nouvelles croyances et anime cette nouvelle religion transgenriste ?

A l'aube de 2024, je constate depuis de nombreuses années une certaine dissonance cognitive qui se propage telle une épidémie dans notre société qui par l'adoption de loi sur ses dix dernières années ne reconnaît plus à sa juste place et valeur la réalité matérielle, l'existence de ce qui a fondé notre humanité.

Je constate une révision des termes, des mots qui composent notre langue française et qui décrivaient jusqu'à lors l'exactitude de ce que nous sommes. Le *lexique trans* publié par le *Planning Familial* est un exemple concret du révisionnisme en cours, ne dites plus « femme » mais « personne à vulve ». Il y aurait des *Femmes CIS* et des *Femmes TRANS* comme si la femme, la femelle adulte humaine était une sous-catégorie d'elle-même.

Parait-il aujourd'hui, on pourrait être une *femme avec un pénis*, un organe sexuel mâle et mère nature aurait permis à des hommes de tomber enceint. Transsexuelle que je suis je vous pose la question, dans quel monde vivons-nous ? Dame nature doit se retourner dans sa tombe et c'est bien là, la main de l'homme qui est l'œuvre dans cette dystopie.

Qu'on ne s'y trompe pas, les corps trans n'existent qu'à travers les modifications apportées par l'homme lui-même et les avancées technologiques. Les femmes trans et les hommes trans sont un abus de langage tout comme l'est l'abus de dire qu'un enfant serait trans et pourrait le savoir dès le plus jeune âge. Bien que le vent tourne, aux États-Unis, des enfants sont poussés sur le toboggan de la transition sociale dès l'âge de 3 ans et vers la transition médicale au moment de leur puberté.

A mes yeux, en France, depuis la diffusion du film militant « Petite fille, Sacha 8 ans qui serait une fille née dans le corps d'un garçon » de *Sébastien Lifshitz* nous sommes devant une vague de manipulation médiatique et une euphorisation sur les réseaux sociaux du trouble que je ressens depuis toute petite. Paraît-il, on peut naître dans le mauvais corps et c'est en fait l'âme qui serait sexuée.

Le *transsexualisme* par lequel on a défini mon trouble mettait en avant une problématique liée au corps, à la psyché de ma personne et à un inconfort, un rejet de mon sexe. Renommé par la suite « *trouble de l'identité de genre* » avec comme marqueur un terme fourre-tout « *genre* » qui a agi tel un *Cheval de Troie* en excluant la réflexion autour du sexe et en pointant

plutôt un malaise de reconnaissance sociale et sociétale, donc de son corps en rapport aux exigences et aux yeux de notre société occidentale.

Les termes aujourd'hui employés d'incongruence de genre, de transidentité, sont à mes yeux un nouveau polissage d'une doctrine pour faire accepter à tous et à toutes, la possibilité que mère nature peut, elle aussi, se tromper. Les influenceurs, les associations d'usagers et les égéries trans étant un des vecteurs actuels du mal-être existentiel à l'adolescence qui s'installe chez les jeunes.

Si te tu poses la question, c'est que tu l'es, si tu regardes cette vidéo, c'est que tu l'es, si tu t'es inscrite sur ce forum de discussion c'est que tu es TRANS. Seul toi peut le savoir mais pour moi on n'est pas trans ! On le devient par une souffrance si on tente d'aller mieux en arborant le chemin de transition corporelle.

À mon regard, il y a une exploitation de la souffrance pubertaire couverte d'un ressenti dit-on non mesurable qui a tout de l'idéologie. Des adultes ayant fait ce choix de vie et qui désirent valider leur existence et celle de leurs adelphees par la possibilité que les enfants eux-mêmes seraient transgenres. Comme disent désormais ces nombreux adeptes (adelphees) : *mon corps, mon choix, ta gueule !* On peut lire sur les réseaux sociaux mais pas que, qu'il ne s'agirait pas d'une maladie, qu'une dysphorie n'est pas nécessaire pour se sentir « Trans » et que le sexe n'aurait rien à voir avec cela bien que ce trouble a été réaffecté par l'Assurance Maladie dans la *santé sexuelle* en lieu et place de la santé psychique, la santé mentale.

Paraît-il et d'après les associations comme Trans Santé France, chaque personne trans a des besoins différents. Certains veulent juste changer leur état civil, d'autres ne recevoir qu'une chirurgie ou encore juste une hormonothérapie ou la totale. La médecine a créé l'existence à la carte et les politiques ces dernières années l'ont entériné.

Le psychologue Brestois transgenre que je citais précédemment, *Monsieur Tom Reucher*, écrivait déjà en 2014 dans ses certificats que « **le sexe à sa propre vie** ». A comprendre comme déconnecté du corps ou vivant une vie parallèle. Déconnecté dès lors de son emprise de l'hypophyse, la glande qui pourtant orchestre les hormones de notre corps et qui ne situe guère au niveau du sexe, ni même au niveau pelvien chez les êtres humains. La glande étant située sous le cerveau.

Il faut le souligner ce professionnel de santé à fait sa thèse universitaire sur le syndrome de Benjamin, syndrome portant le nom de Harry Benjamin, un des pères fondateurs des prémices idéologiques d'aujourd'hui et de ce qu'est désormais promu par la WPATH, l'association militante et internationale professionnelle pour la santé des personnes transgenres.

Il est encore temps de remettre des barrières, de retrouver la raison et une certainement rationalité sur un *traitement qui ne devrait être à mes yeux qu'exceptionnel, utilisé comme dernier recours*. Et qui n'en plaise aux personnes se disant concernées, il n'est pas transphobe de le penser.

Je suis pleinement consciente d'être née garçon, d'avoir un corps façonné, développé par le gène SRY qui a fait de moi un homme au caryotype XY. Je suis venu au monde et j'ai vécu

en tant que mâle de notre espèce et donc homme socialement parlant jusqu'à l'âge de 35 ans.

Ce fait est incontestable mais aussi indélébile. Gravé jusqu'à la preuve du contraire dans chacune de mes cellules selon notre science moderne. On naît homme et qu'on le veuille ou non, on mourra homme. Je le sais et pourtant.

Depuis aussi loin que je m'en souviens ou du moins que mon esprit, ma mémoire me permet aujourd'hui d'accéder, de me situer dans le temps, j'ai semble-t-il plutôt bien vécu le début de ma vie et c'est aux alentours de l'âge de 9 ans, soit dans un positionnement pré-pubère chez un petit garçon que je pose les premières pierres d'un questionnement qui me rongera pendant 26 ans, que je compare, toutes proportions gardées au fonctionnement de la sclérose en plaques qui par poussées vous afflige une souffrance psychique, physique et donc de nombreux déséquilibres au cours d'une vie.

A cet âge, 9 ans, un enfant sait différencier les filles des garçons par le simple regard de la silhouette, en terme scientifique, par le phénotype. Je comprenais être un garçon et j'agissais comme tel mais mes pensées allaient, m'attiraient déjà vers un désir de vivre comme l'autre sexe. A cet âge d'innocence, d'apprentissage et de construction, je me posais la question de savoir pourquoi moi j'avais cette chose entre jambe.

C'est deux années plus tard avec ce questionnement persistant et ce désir d'être prégnant, que je situe à l'âge de 11 ans ce que j'appellerai ici des « déviations du comportement » par mes attirances envers tout ce qui a trait ou du moins ce qu'on accole encore aujourd'hui à la féminité, les stéréotypes sociaux. A cet âge et en classe de 6^{ème}, en 1990, je me transvestissais déjà en ayant recours aux anciens vêtements de ma plus jeune tante (la plus jeune sœur de ma mère avec qui j'ai 5 ans d'écart) et à travers ceux-ci, je vivais mes désirs d'être en reflétant secrètement les filles que je côtoyais à l'école et en dehors.

Cet âge de 11 ans est le réel démarrage d'un jardin secret fait d'anecdotes sur l'accaparement de mon for intérieur féminin (certain dirait identité féminine) mais aussi une prise de conscience, un certain côté sombre si je peux dire de ma vie, celui d'une dissonance psychique et sexuelle en rapport avec mon corps d'adolescent.

Mes pensées n'étaient pas en adéquation avec mon corps et à l'âge de 11 ans, je ne pense pas qu'on puisse parler chez l'enfant de fétichisme ou d'autogynéphilie. Je n'avais guère d'influence familiale même homosexuelle ou de représentation sociale autour de moi allant en ce sens. Au contraire, j'ai été élevée dans un milieu ouvrier au standard familial classique père, mère et enfants ou, seule la possible réussite de vie est à travers l'épanouissement par le travail.

En 1990, les réseaux sociaux n'existaient pas, l'informatique rimait encore avec les disquettes, pas d'internet donc et la télévision ne devait compter que 6 chaînes. Si j'étais née dans les années 2000 on m'aurait certainement étiqueté et je me serais certainement étiquetée moi-même comme « transgenre » avec tout ce qu'un enfant a aujourd'hui à la portée de sa main, de son regard et donc qui influence sa construction et ses perceptions de lui-même et de sa représentation sociale.

Peut-être par honte de ce que j'étais, je vécu avec ce secret et au fur et à mesure du temps

en grandissant avec l'accaparement des codes sociaux attribués aux filles puis aux femmes. Désirant être elles, née comme elles, sans le pouvoir. Je me contempiais régulièrement dans le miroir habillé comme telle en retournant et en coinçant mon appareil génital entre les cuisses afin d'avoir une zone lisse et faire apparaître l'image de moi que je souhaitais avec parfois des pensées folles de se le retirer. Parfois même d'être par mes gestes à la limite de le mutiler.

La réalité de la vie et d'avoir un seul parent pour subvenir à mes besoins et à ceux de mon frère puis de ma sœur m'a obligé à prendre assez vite des responsabilités. La situation d'handicap de ma mère, son nanisme accentuant les choses dans le quotidien et les tâches qu'elle pouvait me déléguer et me récompensait d'un argent poche qui me permettait d'insérer dans ma vie d'adolescent, des éléments esthétiques d'adolescente jusqu'à m'épiler le peu de pilosité que mon corps si mince à l'époque arborait pour toujours plus me rapprocher de l'image que j'idéalisais.

Le peu d'années passées au lycée professionnel a été l'arrivée d'un intéressement de la gente féminine à mon égard. Je ne semblais pas avoir de mal à séduire sans même le vouloir. A mon avis, de par mon désir d'être, j'étais un futur adulte en devenir attentionné, doux et protecteur ou le respect des filles et de leurs paroles respiraient en moi. Je pense que ces traits de caractères rassuraient mais dans le vent de la majorité qui s'approchait l'arrivée d'un premier amour allait réveiller ce que j'essayais de mettre de côté, la sexualité et l'usage de l'organe.

De 17 ans à 35 ans je ne peux pas dire que j'ai trouvé un épanouissement dans le peu d'actes sexuels consentis. Au contraire je subissais pour que ma partenaire, elle, prenne du plaisir et dans ces expériences charnelles ; ma pensée se détachait du moment présent, de l'acte en cours, pour essayer de ressentir ce que serait mon vécu de l'acte en ayant le corps d'une femme, celui de ma partenaire. Mes projections m'ont suivi et mon subconscient me les rappelait. Ce vécu sexuel, lié à mon accointance à la féminité, a accentué mon besoin de m'exprimer.

Jusqu'à 35 ans, en 2014, j'ai vécu ainsi avec l'aide notamment de compagnes acceptant si on peut dire « mes problèmes » du moment que cela restait dans le cadre personnel du couple. Je vivais homme la semaine au travail et femme dans l'apparence et la manière d'être au possible le soir et le week-end quand nous sortions en dehors de notre zone d'habitation.

Un premier bouleversement dans ma vie a produit un déclic de vouloir vivre telle que je me voyais : la perte de ma mère à la suite d'une rupture d'anévrisme en 2007. Mais comme on me l'avait appris, je me suis réfugié dans le travail et dans cet instant de deuil, je ne voyais rien d'autre me permettant d'essayer d'être et qui sait m'épanouir.

C'est donc sept années plus tard, en 2014 que mon choc psychologique s'est produit. Mes ambitions d'être professionnellement, de monter les échelons, d'apporter une vie stable à ma compagne et d'essayer de vivre normalement malgré mes questionnements. Mes ambitions ont finalement été le déclencheur de par les contraintes vécues et une vie personnelle se réduisant, ne me permettant plus d'exprimer mon for intérieur. Plus que la lourdeur du métier

c'est la charge mentale de ne plus pouvoir être un laps de temps dans la semaine qui m'a fait dériver psychiquement à la limite d'un burn-out.

J'avais perdu beaucoup de poids, je n'étais déjà que l'ombre de moi-même. En février 2014, je quittais mon emploi et après 6 mois de réflexion sur mon devenir et mon désir de vie, je pris la décision de redémarrer ma vie sur une page blanche en faisant éclore la femme que je pensais être.

A 35 ans au moment de cette prise de décision, j'ai cru réellement que je pouvais me débarrasser de l'homme que j'étais pour devenir totalement femme. Avant cet âge, je n'avais pas connaissance d'un possible processus de changement corporel via une hormonothérapie sexuelle et la chirurgie. Mon parcours s'est fait hors protocole de la SOFECT qui à l'époque proposait un suivi en CHU mais non accessible dans ma région.

J'ai donc entamé mon parcours en saisissant le fait que le droit nous autorise le libre choix de ses médecins et c'est pratiquement naturellement que du jour au lendemain j'ai décidé d'enterrer l'homme que j'étais et de sortir en tant que femme esthétiquement parlant. Je suis allée parler à mon généraliste du trouble qui m'animait depuis si longtemps et j'allais constater dès lors, être la seule patiente de sa carrière se terminant abordant cette problématique.

Je pensais avoir un trouble rare, les mois suivants allaient m'ouvrir les yeux sur l'existence des prémices de ce que l'on vit aujourd'hui (en 2023) en quittant régulièrement ma petite campagne pour Paris ou encore Le Mans et finalement pas si loin de chez moi sur Rennes ou encore Saint Brieuc.

Mes premiers examens soulevèrent un questionnement mais qui n'aura jamais trouvé de réponse. Celle d'être un homme dérégulé hormonalement. Mon niveau de testostérone était équivalent à la moyenne constatée chez les hommes de mon âge mais mon taux d'oestrogène lui était à un tout autre niveau, comparable aux femmes selon leur situation.

Mentalement je pris cette découverte comme la cause de mes questionnements malgré un caryotype XY reflétant bien l'homme que j'étais. Que ce soit mon médecin traitant ou mon endocrinologue, il n'a jamais été question de parler d'intersexualité, de DSD, qui pourtant aurait pu correspondre je pense à ma problématique. Celle de présenter des caractéristiques hormonales ne relevant pas strictement des caractéristiques sur sexe masculin observées à la naissance.

De 2015 à 2019, je suis allée plutôt loin dans cette démarche de vouloir éclore et faire corps avec la société, en me conformant pour me fondre dans la masse. Hormonothérapie, nombreuses épilations du visage, réassignation sexuelle, réassignation faciale et pratiquement 5 années d'orthophonie concluent par un geste chirurgical sur mes cordes vocales tant telle une IA, je m'écoutais parler et je me corrigeais à la volée. Les irrégularités de ma voix entraînaient détresse, stress et fatigue psychique.

Une première modification de mon identité civile s'est opérée via un acte de notoriété en 2015 qui m'a permis d'obtenir une civilité d'usage féminine et faciliter le début de mon nouveau parcours professionnel puis l'année suivante, fin 2016 un changement complet de mon état civil.

Dans mes pensées d'être femme, un désir d'être mère était aussi présent. Ma reconversion professionnelle notamment m'incitant à penser à cela à travers le milieu de la petite enfance que j'ai côtoyé de près. Suite à ma chirurgie faciale en 2018 en Espagne, j'étais prête à reprendre l'avion et à tenter l'impossible pour devenir toujours plus femme mais aussi mère par une hypothétique greffe utérine quitte à me mettre en danger.

Après quelques mois de convalescence et un retour à la réalité du terrain, de mon travail. Mes désirs d'enfanter se sont peu à peu transformés en désir d'être maman. Je suis une des rares si ce n'est peut-être la seule personne transsexuelle en France à avoir obtenue après une année de suivi psychologique et social un agrément à l'adoption en tant que femme célibataire pour un enfant Pupille de l'État français.

Une démarche affective qui me tenait à cœur pour me concrétiser. Mais, arrivait aussi l'apparition d'un certain mur de la réalité que je vivais et qui sortait des mots échangés avec mon orthophoniste Mme Kristell Bourdin, qui a su à un moment où je voulais toujours plus et sans me rendre compte des montagnes que j'avais déjà déplacées pour me reconstruire. M'a fait prendre conscience qu'il était peut-être temps de juste vivre et arrêter d'être dans l'hypothétique.

Aujourd'hui, 5 années plus tard, je vis cette part de moi à travers les enfants de mon conjoint et de nouvelles problématiques se posent en plus d'une dysphorie qui est toujours présente, latente et qui me fait dire, admettre que je ne suis pas devenue la femme que je pensais être. Le parcours a fait de moi un être trans-féminin, un être entre deux avec les racines de l'homme saupoudrées d'un soupçon de féminité hormonale et chirurgicale. Je suis stérile et souffre de temps à autres de symptômes qu'on pourrait lier à une ménopause précoce.

J'ai troqué un corps qui était certainement sain mais dont je détestais l'anatomie sexuelle pour un corps reflétant plus mes pensées mais je suis désormais médicalement dépendante à vie des hormones synthétiques.

Cela fera bientôt 10 ans que j'ai fait ce choix d'être. Aujourd'hui et encore plus qu'avant, je recherche une réponse que j'aimerais concrète sur mon trouble qui m'a fait valider consciemment ou inconsciemment tous ces choix de vie. Je sais qu'il me reste encore du travail pour comprendre tout cela, peut-être est-ce un parcours que j'aurai pu éviter avec un accompagnement adéquat et des médecins plus alertes sur mes différents questionnements et désirs de me retirer le sexe.

A présent il faut vivre avec ce corps en partie asexué (un néo-vagin inerte) dont la zone pelvienne conforme à ce que j'attendais n'est d'utilité réelle que pour mon partenaire tant les stigmates sont réels. A défaut d'être, je me sens au moins femme dans ses bras et si j'éprouve toujours un certain trouble et parfois des idées noires, je vis avec un certain épanouissement, celui d'une mémoire qui a retiré de ses archives l'image résiduelle du corps qui présentait mon anatomie sexuelle masculine.

Alors si je suis devant vous aujourd'hui c'est bien pour m'exprimer en tant que personne dysphorique corporelle et sexuelle, je refuse désormais ces différentes étiquettes que sont « transsexuelle, trans, transgenre ». En ce sens, je suis très inquiète de voir notre société

laisser les enfants, nos futures générations en proie aux idéologues et à une médecine qui semble avoir perdue sa boussole.

L'enfant, l'adolescent, le mineur, est une personne fragile, influençable, en construction et dans l'expérimentation. C'est bien parce qu'il n'est pas totalement conscient des choix qu'il aurait à faire, qu'un âge « dit » de majorité est là pour le protéger et permet d'attendre qu'il arrive à un certain âge de maturité pouvant lui conférer de réelles responsabilités.

En France, on ne peut pas conduire une voiture avant 18 ans ou encore acheter de l'alcool avant cet âge mais l'enfant serait en capacité de s'auto-diagnostiquer (s'autodéterminer) et dire, s'il lui faudrait une hormonothérapie ou encore une torsoplastie (mammectomie). Cela me terrifie de savoir dans quoi cela les engage, de l'expérimental voire être cobayes mais aussi contraint pour le reste de leur vie à faire le « deal » avec un secteur de la santé qui pousse à cela en même temps que les méthodes de reproductions assistées : PMA et GPA.

Alors que mon chirurgien Dr Brassard Pierre écrivait de sa main avoir fait de moi une femme via l'ablation de mon anatomie génitale masculine et une vaginoplastie. Cet instant d'être a été finalement éphémère. Rien n'enlève le fait que je ne suis pas venue au monde en tant que telle. Je n'ai pas grandi en tant que telle et ne n'ai même pas été socialisée en tant que fille devenue femme.

J'ai réussi à prendre une telle décision qu'à la 35^{ème} année de ma vie et depuis plusieurs mois (années ?) déjà, je pose les premières briques d'une réconciliation avec moi-même, avec le petit garçon que j'étais. Alors comment un(e) adolescent(e) qui n'a rien vécu avec son corps, son sexe et ses doutes à hauteur de ses 14 ans ou encore 16 ans pourrait affirmer être né(e) dans le mauvais corps ?

Enfin et c'est une de mes prises de paroles aujourd'hui. Je suis aussi très inquiète pour la moitié de notre population, dont je me sens si proche et dont j'ai toujours eu une bienveillance mais aussi un désir de protection, je parle bien des femmes, donc les adolescentes à en devenir dont les droits se voient attaqués par le trans-activisme, leur réalité, ce qui définit être une fille, une femme, leur espaces réservés, le peu de médecine qui leur est dédiée (la gynécologie) jusqu'ici ou encore le sport, les catégories dames sportives dont le gouvernement a mis en place un groupe de travail pour l'intégration des personnes trans-identifiées.

Les personnes transsexuelles n'ont toujours que désiré vivre fondu dans la masse, sans distinction pour éviter les discriminations. Ce qui se passe est un certain basculement de notre société. Si nous ne savons plus décrire la réalité alors comment pourrions mesurer par exemple les discriminations et donc l'égalité qui n'existe déjà pas entre les hommes et les femmes.

Je pense à mon expérience du parcours de transition, de ma vie antérieure qui m'a amené à de telles décisions et l'être que je suis aujourd'hui et la réalité de mon corps, des corps trans, que notre société à travers ses élu(e)s, devrait légiférer pour protéger les plus vulnérables et sanctuariser ce qui doit l'être : la matérialité biologique de l'homme et de la femme. Des filles et des garçons. Être une femme ou un homme n'est pas une identité.

L'état civil devrait refléter notre société et reconnaître l'existence des personnes en situa-

tion d'intersexuation. Et par la même occasion caractériser là aussi l'existence des corps des personnes trans-masculines et trans-féminines.

Je pense qu'il est encore temps d'écrire plus qu'un projet de loi mais un projet de société protégeant les enfants, les adolescents et adolescentes parfois d'eux-mêmes et des dérives sociétales conduites par des adultes qui peuvent mener les mineurs à prendre des décisions irréversibles concernant leur corps.

Merci pour votre écoute et votre attention.

Madeline Le Pollès, fondatrice du Collectif L'Être Trans.

Références

Tom Reucher : Psychologue clinicien et transgenre.

Thèse sur le *Syndrôme de Benjamin, transsexualisme, à l'Université Paris 8 (Harry Benjamin)*. la_sexualite_des_transsexuels_annexes_memoire_Tom_REUCHER.pdf (free.fr)

Fondateur de l'ASB : Association Syndrome de Benjamin créée en 1994

Fondateur de l'EXISTRANS' en 1997

Activiste du GAT

Membre de l'association Sans Contrefaçon.

Co-animateur de l'émission radio Bistouri Oui Oui sur radio libertaire

Acteur dans « L'Ordre des Mots », documentaire militant trans des sœurs Cynthia et Mélissa Arra.

<https://www.lordredesmots-lefilm.com/>

<https://www.lordredesmots-lefilm.com/timeline-transhistorique/transtimeline.html>

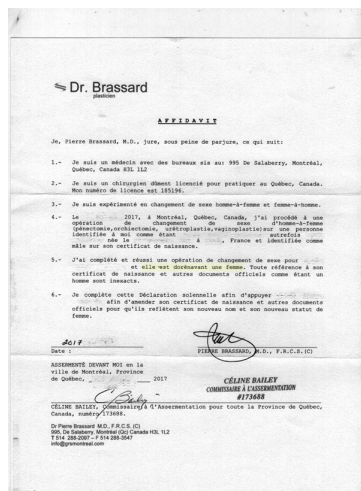
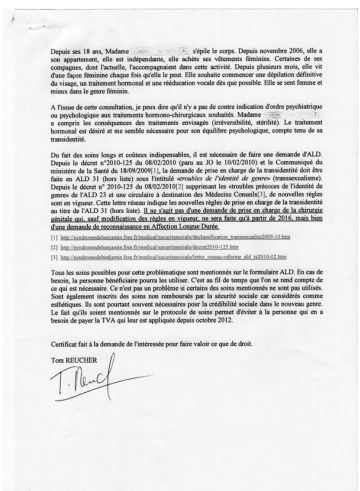
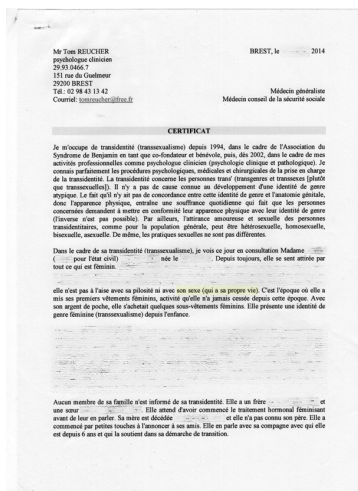
Ses sites :

Transidentité, site scientifique et militant. (free.fr)

Soins énergétiques esséniens, Brest, Finistère (tomreucher.fr)

Tom Reucher, psychologue clinicien à Brest, Finistère

Madeline Le Pollès a souhaité nous transmettre deux certificats de médecins :



C. LE POINT DE VUE DES FÉMINISTES

Certaines féministes considèrent que la « déconstruction » de la binarité sexuelle et des valeurs universalistes fragilise les femmes en les invisibilisant. Elles s'inquiètent aussi des conséquences de cette idéologie sur les filles et les jeunes femmes.

Le 12 juillet 2023, le groupe de travail a entendu trois féministes : Kathleen Stock, Michèle Vianès et Blandine Deverlanges.

1) Kathleen Stock, philosophe et féministe

Écrivaine et commentateur lesbienne de nationalité britannique, elle a été professeur de philosophie à l'Université de Sussex (Royaume-Uni) jusqu'en 2021, contrainte de démissionner après des pressions en raison de ses positions jugées transphobes sur l'importance du sexe biologique

A l'occasion de cette audition, elle évoque d'emblée **l'atmosphère de répression qui entoure son travail**, qu'elle décrit comme typique dès lors que des positions critiques à l'égard de la transidentité sont exprimées dans le débat public, notamment en Angleterre.

Elle explique avoir publié un livre de philosophie « populaire » en 2021, traduit dans plusieurs pays, intitulé *Material girls, Why reality matters for feminism*¹⁹⁶ et vendu à plus de 20 000 exemplaires. Il devrait paraître en France l'année prochaine.

Dans ce livre, elle insiste sur le fait que **les personnes transgenres méritent d'être protégés face à la violence, l'intimidation, et la discrimination**. Cependant, elle rejette l'idée que l'on puisse changer de sexe biologique, soit par la chirurgie et les médicaments, soit par autodétermination. Pour elle, **l'idée du changement de sexe est une fiction**, dans laquelle on peut se plonger, parfois utilement, parfois non, mais sans avoir à être tenu de le faire.

Elle explique que **depuis les années 1990, certains philosophes postmodernes ont lancé une attaque idéologique contre l'idée de sexe biologique** et que l'on entend désormais des choses telles que : « *Le sexe biologique est un spectre* » ; « *Il y a plus de deux sexes* » ; ou encore « *Le sexe est assigné à la naissance* ». Selon elle, les déformateurs « *intersexes* » ont été utilisés sur le plan idéologique pour insinuer, à tort, quelque chose à propos des personnes transgenres, et même à propos de nous tous : c'est-à-dire **que le sexe binaire est construit arbitrairement**. Elle dit poser des objections à tout cela.

196 *Material Girls : pourquoi la réalité compte pour le féminisme*, publié en avril 2022 chez Little, Brown Book Group.

En effet, Kathleen Stock souligne **l'importance de se référer à l'existence et la réalité des sexes biologiques** pour une série de questions sociales, et notamment :

- La sécurité et la dignité des femmes dans les espaces intimes ;
- L'équité dans le sport féminin ;
- L'éducation des enfants ;
- Le traitement des adolescents en proie à la confusion quant à leur identité.

Elle estime que la tolérance et la gentillesse sont des vertus, mais que **d'autres valeurs doivent également être considérées** : la **science, l'équité envers tous**, et pas seulement envers les membres d'un groupe particulier. La liberté d'expression et de pensée dans ce domaine doivent être favorisées.

Ainsi, Kathleen Stock dit **s'opposer au fait que des espaces réservés aux femmes (pour se déshabiller ; pour dormir) puissent être ouverts aux hommes (considérés sur le plan biologique) sur la seule base de l'autodétermination de la personne**, car ceci peut présenter « *un risque grave pour les femmes* ».

Par ailleurs, elle juge « *profondément injuste de laisser participer ceux, qui sont passés par une puberté masculine, à des **compétitions sportives entre des femmes*** ».

En outre, elle soutient qu'il est **contraire à l'éthique de soumettre les adolescents à une transition médicale**, avec des médicaments expérimentaux et parfois des opérations chirurgicales, avant qu'ils n'aient l'âge de bien en comprendre les conséquences, et de fournir un consentement éclairé. Elle considère ces procédures comme « *expérimentales* » et « *dont les preuves de l'utilité sont très faibles* ».

S'agissant des enfants, Kathleen Stock estime que **d'autres problèmes de nature éthique se posent**. Ainsi, la grande majorité des adolescents qui s'identifient comme trans sont de sexe féminin. Un nombre important de mineurs souffrant de dysphorie de genre sont attirés par le même sexe, ou sont autistes. Parmi les autres facteurs de risques figurent les traumatismes subis pendant l'enfance. De nombreux détransitionneurs apparaissent aujourd'hui, ils sont irrémédiablement lésés par des procédures chirurgicales ou hormonales.

Elle précise qu'en 2021, après la publication de son livre, elle a été « *chassée de son poste à l'Université* », traitée de « *TERF* » (acronyme anglais désignant les féministes qui excluent les femmes trans des luttes féministes), de « *fasciste* » et « *d'extrême droite* ». Elle explique « *être de gauche, être féministe (mais pas radicale), être lesbienne, mais pas transphobe* ».

Selon elle, au Royaume-Uni, **il est « impossible » de critiquer un aspect quelconque du transactivisme (dans le féminisme, le sport, la médecine) sans être traité de transphobe**.

Dans de nombreuses organisations et lieux de travail, l'atmosphère est plutôt culturelle, ou du moins quasi-religieuse. Il y a des écritures sacrées, des incantations, des prêtres, et critiquer est une hérésie... Dans les Universités britanniques, les discussions sur ces questions

se déroulent généralement dans une atmosphère répressive. Les mots et les images utilisés contre les critiques du transactivisme sont souvent violents. Les professionnels de la médecine, de la psychologie, de la philosophie et de l'éducation ont peur de dire ce qu'ils pensent honnêtement, par crainte d'être qualifiés de transphobes ou de fascistes.

L'effort est grand **pour faire taire les critiques du transactivisme**. Des personnes ont été licenciées, ont vu leurs promotions menacées, ou encore ont fait l'objet de menaces. Les accusations automatiques de transphobie et de bigoterie sont très courantes. Or, **la critique de l'identité de genre n'est pas une critique des personnes transgenres : c'est la critique d'une idéologie** (partagée par de nombreuses personnes qui ne sont pas trans, voire désavouée par certaines personnes trans).

Pour Kathleen Stock, des femmes et des filles vulnérables se retrouvent à partager des espaces privés avec des hommes parfois dangereux. Le sport féminin risque d'être faussé. Les enfants qui sont victimes de fautes médicales souffrent, en particulier les jeunes lesbiennes et homosexuels.

Les parents veulent faire ce qu'il y a de mieux pour leurs enfants qui disent souffrir de dysphorie de genre, mais en réalité ils ne savent pas quoi faire. En conclusion, il est très **difficile d'avoir un débat public responsable sur ces problèmes**.

2) Michèle Vianès, présidente de Regards de femmes

Elle est présidente de l'association *Regards de femmes*, association loi 1901, laïque et républicaine, accréditée auprès de l'ONU. Cette association a été créée en 1998 « *pour dénoncer les stéréotypes qui enferment filles et garçons dans des comportements attendus, pour promouvoir la parité politique et professionnelle, pour lutter contre les violences morales, psychiques et physiques faites aux femmes parce que femmes et favoriser la solidarité entre les femmes de France, d'Europe, du monde* ».

Selon elle, chaque enfant doit avoir un état civil, ce qui n'est pas neutre sur la question des transgenres. Elle fait part du fait que, lors des réunions internationales, de plus en plus de menaces sont portées aux droits des femmes et des filles par des masculinistes (des défenseurs des droits des hommes).

Michèle Vianès retrace d'abord les **manœuvres et stratégies de certains activistes** :

Elle évoque un guide, datant de 2010, qui retrace les différentes formes de militantismes capables d'influencer les Gouvernements. Elle décrit **ensuite la volonté de certains d'effacer les femmes, notamment par le remplacement du terme « sexe » par celui de « genre »**, ce qui fait perdre leur sens aux mots et est loin d'être neutre.

Pour elle, l'essence de ce mouvement d'influence est **d'utiliser le langage des droits des femmes, de remplacer le terme « femme » par celui, obscur, de « genre », pour ensuite**

mieux invisibiliser les femmes. Elle précise que le genre, qui est une donnée sociale, n'est pas interchangeable avec la notion de sexe, qui renvoie au biologique. Cette confusion volontaire vise à faire disparaître la notion, si importante, de sexe à l'état civil, notamment pour les enfants. L'idéologie à l'œuvre joue « *sur la compassion victimaire* », sur la « *confusion entre homophobie et transphobie* ».

En France, la loi comprend une **liste de 23 discriminations qui inclut la notion de « genre », sans que l'on sache pour autant à quoi cela renvoie précisément.**

Désormais, **le changement de sexe à l'état civil est rendu possible sans changement de nature médicale**, dans le but d'éviter des traitements lourds et des chirurgies mutilantes pour les adultes. On nous dit pourtant que ce changement d'apparence est acceptable pour des enfants au consentement prétendument éclairé, ce qui interroge.

Lors de l'examen de la **loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France**, un amendement issu de la gauche a été déposé pour substituer au mot « genre », les mots « *identités de genre* ». Les sportifs peuvent gagner des épreuves de femme, alors qu'ils sont des hommes sur le plan biologique.

Lors de l'examen de la **loi pour la confiance dans l'institution judiciaire du 22 décembre 2021**, un amendement de même nature a été discuté, dans le but que soit prise en compte l'égalité des genres, afin de permettre aux personnes transgenres, encore en transition (MtF¹⁹⁷), d'accéder aux prisons pour femmes.

Plus récemment encore, la **loi du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne (thérapies de conversion)** a prévu l'accompagnement et le soutien de personnes ayant des questionnements sur l'orientation sexuelle ou sur leur identité de genre, y compris les mineurs, filles ou garçons.

Michèle Vianès estime, en outre, que **les influenceurs sur les réseaux sociaux livrent des modes d'emploi « clé en main » aux jeunes.**

Selon elle, « *l'approche transaffirmative apporte aux troubles d'identité des enfants des réponses immédiates et sexuelles* ». « *Comment tolère-t-on l'administration d'hormones et de bloqueurs à des mineurs ?* » Pour les filles, elle rappelle que les hormones peuvent entraîner le développement anormal du clitoris, ce qui crée des douleurs et des gênes. Pourtant, la France pénalise l'excision. Le port de « *binder* » (bandeau pour compresser les seins) est valorisé, ce qui n'est pas sans rappeler de violentes traditions africaines ou chinoises (« *repassage des seins* » au Cameroun, par exemple).

197 MtF (de l'anglicisme Male-to-Female) est utilisé pour désigner les personnes trans qui passent ou passeront d'homme vers femme dans le cadre d'une transition de genre.

Michèle Vianès décrit la **stratégie d'influence établie par le cabinet d'avocat Reuters et Dentons** (cf. *infra*)

- Cibler les jeunes politiciens ;
- Démédicaliser la campagne (alors qu'elle prise en charge par l'assurance maladie) ;
- Prendre de l'avance sur l'ordre du jour du Gouvernement et l'espoir des médias
- Utiliser les droits de l'homme ;
- Lier la campagne à quelque chose de plus populaire (exemple du mariage gay en Irlande) ;
- Eviter une couverture médiatique excessive.

Ensuite, Michèle Vianès aborde la question de la **protection législative des enfants**.

Elle explique que nous avons des lois, mais qu'en France, **le parcours médical pour les enfants souffrant d'une dysphorie de genre ne respecte pas les grands principes français**.

Pour elle, le code pénal (articles 222-9 et suivants), le code de déontologie médicale, codes qui encadrent plus généralement les choses, ne sont pas strictement respectés. Or, tous les enfants ont droit à la protection de l'Etat, indépendamment des dispositions idéologiques de leurs parents ou de tiers. Nul ne peut s'affranchir de la loi commune au motif d'appartenance à un groupe (CIDE).

En conclusion, elle estime que **le cadre légal en la matière doit reposer sur la prise en charge par des professionnels neutres**. Elle formule deux recommandations :

- La protection des mineurs contre la promotion de parcours médicaux dans les médias ;
- La protection des mineurs en détresse, par un encadrement strict des traitements médicaux ou chirurgicaux. Un enfant en grande détresse est en danger face à des pressions de lobbies. En vertu du code civil, l'Etat doit veiller à la santé, la sécurité et la moralité des mineurs.

Rapport Reuters & Denton « Seulement les adultes ? Bonnes pratiques en matière de reconnaissance légale du genre pour les jeunes »¹⁹⁸

«les États devraient prendre des mesures à l'encontre des parents qui font obstacle au libre développement de l'identité d'un jeune trans en refusant de donner l'autorisation parentale lorsqu'elle est requise.» (Reuters & Denton)

198 <https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/8cf56139-c7bb-447c-babf-dd5ae56cd177/file>

11 « bonnes pratiques » sont recommandées :

1. *Cibler les jeunes politiciens*
2. *Démédicaliser la campagne*
3. *Utiliser des études de cas de personnes réelles*
4. *Anonymiser les récits*
5. ***Prendre de l'avance sur l'ordre du jour du gouvernement et sur l'histoire des médias***
6. *Utiliser les droits de l'homme comme argument de campagne*
7. ***Liez votre campagne à une réforme plus populaire***
8. *Éviter une couverture médiatique et une exposition excessive*
9. *Carpe diem*
10. *Travailler ensemble*
11. *Méfiez-vous des compromis »*

Telle est la liste des « *techniques efficaces* » destinée aux activistes pour faire progresser les droits des transgenres en Europe, en mettant l'accent sur les mineurs. Datant de 2019, cette liste est établie par deux acteurs parmi les plus importants au monde dans leur domaine respectif: Thomson Reuters, côté media ; Dentons, côté juridique.

Citation :

La leçon la plus importante à tirer de l'expérience irlandaise est sans doute que les défenseurs des droits des transgenres peuvent être beaucoup plus stratégiques en essayant de faire passer la législation «sous le radar» en rattachant la législation sur les droits des transgenres à des réformes juridiques plus populaires (par exemple, l'égalité du mariage), plutôt qu'en adoptant des approches plus combatives et publiques.

Lobbying, relations médias, programmes scolaires, oppositions à des lois fantômes, le rapport montre à quel point l'intention de prendre le devant sur le politique est présente et les moyens pour y arriver, organisés, structurés et largement soutenus - en tous cas par leurs auteurs.

Analyse et mise en perspective : <https://www.spectator.co.uk/article/the-document-that-reveals-the-remarkable-tactics-of-trans-lobbyists>

Le groupe de travail a ensuite entendu

3) Blandine Deverlanges, Rebelles du Genre

Professeur de Sciences Economiques et Sociales en lycée. Après le mouvement #MeToo, elle a monté l'antenne locale d'Osez le féminisme dans le Vaucluse. Elle appartient également à un groupe (de femmes) de défense des droits de femmes Nous Femmes, et anime un podcast intitulé Rebelles du Genre, qui recense aujourd'hui 73 témoignages relatifs à l'idéologie de genre

Blandine Deverlanges livre d'abord une analyse politique : ce n'est pas un sujet seulement psychologique, mais social et collectif sur le plan des causes, comme des conséquences. **Les valeurs universalistes sont remises en cause, ce qui fragilise les droits des mineurs et des femmes.**

Elle considère qu'aucune démonstration scientifique ne ressemble de près ou de loin à la notion « *d'identité de genre* » : « *cette idée est née dans la tête de penseurs postmodernes* ». Cette notion conduit à la perte de modèle pour les enfants. Elle juge qu'un enfant ne peut pas consentir de manière éclairée à une décision d'une telle gravité (castration, stérilisation, mutilation, handicap). Selon elle, l'âge n'est pas une construction sociale.

Elle dénombre certaines causes qu'elle identifie au phénomène de dysphorie de genre des mineurs : **l'influence des violences sexuelles, le fait de vivre dans un environnement hypersexualisé, la féminité vécue comme source de violence, l'attraction romantique et sexuelle de filles envers d'autres filles et la prévalence de l'homosexualité féminine.**

Elle indique qu'aujourd'hui, dans les collèges et lycées, « *il n'y a plus de lesbiennes, mais seulement des filles trans* ».

Blandine Deverlanges évoque plusieurs épisodes de son podcast¹⁹⁹, numérotés, qui sont autant de témoignages, tels que l'épisode n° 32, par Floriane, lesbienne transactiviste harcelée, ou encore l'épisode 4, par Marie, lesbienne qui raconte avoir été harcelée au planning familial.

Les épisodes n° 48 (Chloé) et n° 31 (Danielle) sont deux témoignages de détransitionneuses.

L'épisode n° 51 (Éléonore) évoque la maladie bipolaire. L'épisode 37 (Mel) aborde les hospitalisations en psychiatrie et les dépressions vécues par beaucoup d'enfants transidentifiés.

L'épisode n° 62 (Axelle) s'attarde sur le sujet de la promotion de la violence, l'érotisation de souvenirs traumatiques de pratiques BDSM, dans le cadre de la prostitution. Elle raconte avoir été poussée par le planning familial de Grenoble, qui ne lui a posé aucune question sur son mal-être, à opérer une transition. La détransition aurait changé sa vie, et elle vit désormais cachée en raison de menaces de représailles.

Selon Blandine Deverlanges, **le discours activiste empêche toute prise en charge de la recherche du mal-être.** Les filles perdent leur modèle, leurs repères, leurs opportunités.

199 On peut retrouver toutes les vidéos ici : <https://www.youtube.com/@RebellesDuGenre/videos>

Elles sont mises en danger dans les sports d'équipe (arts martiaux, rugby). L'idéologie trans est dangereuse et s'attaque directement aux femmes, en ce qu'elle invisibilise les violences qui leur sont faites.

L'épisode 22 (Esther) explique comment cette jeune femme a appris tout un vocabulaire associé à la dysphorie de genre, et la manière dont elle a été encouragée à se méfier de ses parents, qualifiés de transphobes.

Elle estime que les enfants perdent alors la confiance dans les institutions, censées pourtant les défendre, à cause de cette « *dérive sectaire* » **produisant un « argumentaire délirant qui contamine nos institutions »**. Elle conclut en soulignant **l'entrisme très performant qui règne dans les institutions en lien avec les adolescents** (*Éducation nationale, « circulaire Blanquer », planning familial, CAF, PJJ, Ministère de la justice, Ministère de la Santé, police qui prend des plaintes pour « mégenrage »*). Elle s'interroge enfin sur la **compatibilité de ces positions avec le respect de la laïcité dans l'école**.

D. « LA DÉTRANSITION » : UN PARCOURS DIFFICILE

Certains jeunes ayant entrepris mineurs leur parcours de transition médicale voire chirurgicale, regrettent leur choix plusieurs années après et arrêtent leur traitement. Elles conviennent qu'elles (car il s'agit le plus souvent de filles) ne seront jamais des garçons. On les appelle des « détransitionneuses ». On utilise le vocable « désisteuses » pour celles qui n'ont pas entamer de traitements médicaux, ni hormones ni chirurgie mais ont effectué une transition sociale (changement de prénom et de pronom).

Bien souvent, il s'agit d'une prise de conscience que la dysphorie de genre était le symptôme d'un autre problème d'ordre psychologique. Parfois encore il s'agit d'un désaccord politique ou philosophique avec la communauté transgenre.

Des filles qui ont détransitionné décrivent bien la nécessité d'aller de plus en plus loin dans la transition mais que finalement elles n'obtenaient pas les résultats escomptés et continuaient à souffrir. Parfois même, les problèmes se sont aggravés, c'est ainsi que les regrets les ont amenées à s'engager dans un processus d'arrêt du traitement hormonal.

Certains professionnels estiment que les détransitions sont peu fréquentes voire exceptionnelles alors que d'autres études montrent des chiffres tout à fait différents et en augmentation (cf. infra tableau). Dans plusieurs pays dont les USA, le Canada, le Royaume-Uni, la Belgique etc., il existe des associations ou collectifs qui ont créé des sites de ressources en lignes de détransitionneuses qui prodiguent des conseils et permet de lutter contre les attaques dont elles font l'objet notamment sur les réseaux sociaux. A notre connaissance, il n'existe pas encore d'association similaire en France.

La recherche universitaire sur la détransition est peu développée. Certains chercheurs estiment qu'elle est frappée de censure dès lors qu'ils questionnent le sujet.

Des personnes en détransition déclarent ressentir une perte de soutien de leurs amis et de la communauté LGBT.

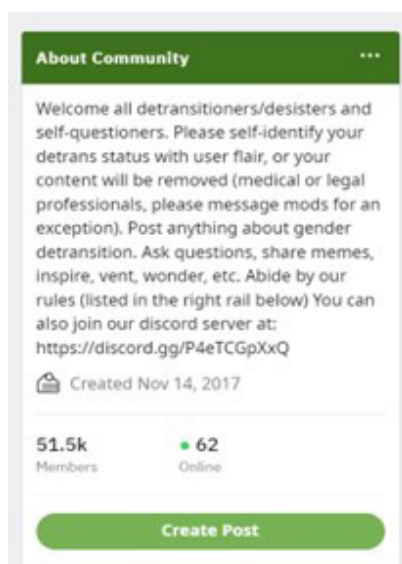
Par ailleurs, selon une étude (Littman, 2021, cf. infra) seulement 24 % des personnes qui ont effectué une détransition ont déclaré avoir informé leur clinique. Comme ces cliniques sont composées de chercheurs cliniciens qui effectuent des études de cohorte, il est difficile d'obtenir des informations objectives.

Les personnes qui regrettent commencent à le dire discrètement mais sur des forums et souvent de manière anonyme.

Un forum international en langue anglaise, nommé subreddit / detransition²⁰⁰ rassemble aujourd'hui (fin 2023) près de 51 500 abonnés.

Il en comptait 198 en octobre 2018, un an plus tard près de 7000. Toutes ces personnes ne sont pas des détransitionneurs mais s'interrogent sur leur transition.

En mars 2023, le forum réalise une enquête auprès de ses abonnés que l'on peut consulter²⁰¹.



200 https://www.reddit.com/r/detrans/?onetap_auto=true

201 Résumé : https://www.reddit.com/r/detrans/comments/11sfyvu/the_rdetrans_2023_screened_demographic_summary

Résultats :

https://www.reddit.com/r/detrans/comments/10uge64/the_rdetrans_nonscreened_through_demographic/ /

En Belgique, deux détransitionneuses ont créé Post Trans. Voici leur présentation : « Nous sommes Elie et Nele, deux femmes détransitionneuses de Belgique et d'Allemagne. Post Trans est un projet que nous avons décidé de créer car nous avons réalisé qu'il y avait un grand vide sur le sujet de la détransition. Nous croyons qu'il est de plus en plus important d'aborder ce problème et de soutenir les femmes qui ont cessé de s'identifier comme trans. Notre objectif est de fournir un espace aux femmes détransitionneuses pour partager leurs expériences ainsi que de donner un récit alternatif aux discussions communes sur la transidentité. »²⁰²

L'un d'elles, Elie, est une étudiante belge en sciences sociales de 24 ans. Elle a commencé à prendre de la testostérone à l'âge de 16 ans, suivie d'une mastectomie à 17 ans et d'une détransition à 20 ans. Elle a fait des recherches sur le sujet de la détransition et se consacre à l'amélioration de la vie des personnes dysphoriques et des femmes et filles non conformes au genre.

Voici l'un des témoignages sur ce site :

« Quand j'étais trans, j'avais l'impression qu'être gay serait la réponse à certains de mes problèmes, comme la haine de soi, le manque de féminité et le malheur général. Je pensais que la masculinité gay me paraissait plus sûre et plus respectable que d'être une femme qui n'avait aucune utilité pour les normes de genre. Je me suis injecté de la testostérone et j'ai subi une mastectomie, cela a été approuvé par mes médecins même si j'étais suicidaire à l'époque. Mais la transition ne m'a pas aidé à me sentir mieux. Ce n'est que grâce à la thérapie que j'ai commencé à m'accepter et à m'aimer en tant que femme et femelle. Pour moi, la détransition signifie se pardonner ses défauts et accepter son corps et son esprit tels qu'ils sont au lieu d'essayer de mettre un masque d'identité de genre. Pour moi, la détransition, c'est devenir mentalement bien et ne pas être freinée par les attentes de genre données par la société ou par vous-même. Pour moi, la détransition signifie devenir entier en aimant chaque partie de soi-même et en n'essayant pas de changer des choses que vous percevez de manière irrationnelle comme n'étant pas assez bonnes. »²⁰³

1) Une détransitionneuse

Le groupe de travail a reçu le 6 juillet 2023 **une jeune détransitionneuse qui a tenu à rester anonyme.**

Née fille, elle a dit avoir été « *garçon manqué* » dans l'enfance. Elle raconte s'être sentie mal dans sa peau vers la fin du collège, en 3^{ème}, à 13-14 ans, notamment du fait du changement de son corps. Elle dit ne pas s'être retrouvée dans ce qu'on attendait d'elle en tant que fille. Au moment de la puberté, elle a perçu le changement de comportement des filles autour d'elles, qui sont rentrés dans des codes qui ne lui convenaient pas. La transidentité est alors apparue

202 <https://post-trans.com/About-Us>

On trouve sur leur site ce guide afin d'aider les personnes en détransition <https://post-trans.com/De-transition-Booklet>

203 <https://post-trans.com/Detransition-3>

comme une solution. Après avoir regardé des vidéos sur Internet en lien avec la transidentité, elle s'est questionnée sur ce sujet. Toutefois, elle précise qu'elle n'était pas engagée dans les « *milieux trans* ».

De fil en aiguille, sur les conseils de l'infirmière scolaire, elle a consulté un psychiatre spécialisé dans la transidentité à Paris, qu'elle juge avec le recul « pas très carré ». Avec le soutien de ses parents, elle a également consulté un endocrinologue, puis un chirurgien. Elle estime a posteriori qu'à aucun moment de son cheminement de vouloir changer de sexe (fille vers garçon), elle n'a été remise en question par les médecins. Des traitements hormonaux (testostérone) lui ont été prescrits au bout d'un an, puis elle a subi une mastectomie, deux ans plus tard, à l'âge de 16 ans, dans un hôpital privé français.

Elle explique avoir choisi de faire une « *détransition* » à 18 ans. Elle en a aujourd'hui 20. Elle dit se sentir mieux, avec un recul de deux années, qui lui ont permis de mieux accepter son corps. Cependant, elle exprime son regret d'avoir « pris » une telle décision aussi jeune, et aussi rapidement. Elle dit avoir été en dépression pendant un an et demi.

Ses parents la soutiennent aujourd'hui dans son projet de détransition et s'interrogent sur le rôle qu'ont joué les médecins à l'époque. Selon elle, le fait de laisser le temps aux jeunes en situation de transidentification doit leur permettre de mettre à profit ce temps pour rechercher les causes de leur mal être. Elle juge que les délais qu'on lui a laissés n'ont pas été utiles, car si les premiers rendez-vous avec le pédopsychiatre ont duré une heure, les suivants ne duraient plus que cinq minutes, à l'occasion desquels le médecin se bornait à demander si elle était toujours d'accord.

Le chirurgien, après l'auscultation, lui a demandé si elle était sûre de son choix de subir une mastectomie. Elle raconte avoir dit oui, tout en faisant non de la tête, sans que cela n'ait été questionné.

Elle estime que face à des mineurs en situation de transidentité, il convient de respecter les pronoms et prénoms qu'ils se choisissent, tout en essayant de répondre à leur mal-être sans prendre de décisions médicales radicales.

Elle garde aujourd'hui des séquelles physiques de sa transition (voix masculine, ablation de la poitrine) et continue à consulter l'endocrinologue. Selon ce médecin, elle est le seul cas de personne ayant regretté son choix, dans le groupe d'une centaine de patients qu'elle suit. Elle s'interroge toutefois sur le fait de savoir si ceux qui regrettent sont revenus, ou s'ils n'ont pas été perdus de vue.

Cette jeune femme est retournée voir le pédopsychiatre pour lui exprimer ses regrets. Il lui aurait répondu qu'elle pouvait faire une opération de reconstruction. Ce discours l'a ramené à son cheminement antérieur : « *si tu n'es pas à l'aise avec ton corps, changes en !* ». Elle

indique ne pas souhaiter faire de reconstruction, car son objectif est d'apprendre à s'aimer comme elle est. Elle conclut en disant qu'après avoir vécu sans vie affective / amoureuse pendant sa transition, ce qui lui a beaucoup pesé, elle a aujourd'hui repris une « *vie normale* ».

Voici son témoignage écrit :

Je suis née de sexe féminin, mais j'ai toujours été plutôt garçon manqué dans mon enfance. À l'adolescence j'ai commencé à me sentir mal avec mon corps et ma féminité, c'est à ce moment-là que j'ai découvert la transidentité grâce au réseaux sociaux ; c'est un concept qui venait comme une solution et une explication à tous mes problèmes et à partir de ce moment je me suis considérée comme un garçon.

J'ai fait mon coming out trans à mes parents peu de temps après à 14 ans. J'ai tout d'abord été suivie par une psychologue proche de chez moi mais le suivi de me convenant pas, mes parents m'ont rapidement fait voir un psychiatre de Paris spécialisé dans la transidentité chez les jeunes.

J'ai été suivie par ce psychiatre pendant 3 ans. Après 1 an de suivi j'ai pu commencer la prise de testostérone à 15 ans. J'ai par la suite eu une mastectomie 1 an plus tard, à 16 ans, réalisée par un chirurgien dont c'était également la spécialité à Lyon.

Tout ce parcours m'a aidé un temps à soulager le mal-être que j'éprouvais vis à vis de mon corps féminin ; j'éprouvais cependant des doutes par moment (Est ce que j'ai fait le bon choix ? Est-ce que je suis en train de détruire mon corps ?) Mais que j'arrivais à faire taire.

À 18 ans, après 2 ans et demi de transition médicale j'ai réalisé que je regrettais cette transition et les changements apportés à mon corps. J'ai donc arrêté la prise d'hormones, et un an plus tard j'ai commencé à me présenter de nouveau à mon entourage en tant que femme. J'avais le ressenti d'avoir détruit mon corps et ma féminité, ce que j'ai dû travailler à l'aide d'un suivi psychologique.

D'année en année j'ai su trouver des solutions pour renouer avec mon identité féminine : un suivi orthophoniste pendant quelques mois, un traitement par laser pour effacer ma pilosité faciale par exemple.

Je regrette d'avoir réalisé une transition médicale aussi jeune ; j'ai eu la sensation de solutions « baguette magique » à mon mal-être ; mais aujourd'hui je me sens bien en tant que femme, et je suis reconnue par mon entourage comme telle. Je continue d'apprendre à accepter mon corps comme il a été modifié à l'adolescence.

2) Références sur les détransitions

Les demandes de détransition sont beaucoup plus nombreuses chez les filles que chez les garçons. Nombre d'études montrent que ces retours à l'identité sexuée d'origine sont en augmentation : 7 à 10% de détransitions sont observées dans l'étude du GIC (Hall, Mitchell, Sachdeva, 2021). D'après les auteurs, elles sont sous-estimées et devraient encore s'accroître dans les prochaines années : selon eux, il faut au moins 8 ans post traitement pour évaluer le nombre de détransitions, alors qu'ils n'ont que 16 mois de recul. Des chiffres de 20% (Boyd, Hackett, Bewley, 2022) à 30% (Roberts, Klein, Adirim, Schvey, Hisle-Gorman, 2022) d'arrêts de traitement sont observés par ailleurs. Si ces comportements ne sont pas à proprement parler des détransitions, ils peuvent en être les prémices.

Tout converge pour penser qu'une augmentation importante des détransitions sera observée dans les prochaines années. Le début de l'augmentation des demandes date des années 2013 tandis que l'âge moyen des détransitionneuses est un peu inférieur à 25 ans.

Le chiffre de 1% présenté par les médecins du genre et les militants se fonde sur des études peu fiables.

Nous présentons ici (pages 340 à 363) 24 études, des extraits, résumés et critiques.

Détransition : articles, études, et critiques

GD = Gender Dysphoria ; TG = Transgenre ; GAMC = gender-affirming medical care (soins d'affirmation de genre) ; GI = genre incongru ; GAH(T) = gender-affirming hormone therapy : hormonothérapie d'affirmation de genre ; SOC = Standards of Care (Norme de soins) ; GnRHa = Analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines (bloqueur de puberté) ; GICE : gender identity conversion efforts : efforts de conversion de l'identité de genre. SGT = Transition sociale de genre

Articles	Sous-thème	Auteur	Titre étude/revue source, lien
1)	Article BMJ	MacKinnon, Expósito-Campos, Gould	Detransition needs further understanding, not controversy, BMJ. "Kinnon MacKinnon et ses collègues appellent à des recherches solides et sensibles pour éclairer les services complets de soins de genre pour les personnes en transition".
2)	Article relu par les pairs	Pablo Expósito-Campo	A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers, Arch Sex Behav.
3)	Article évalué par les pairs	J. Cohn	Le taux de détransition est inconnu, Archives of Sexual Behavior. Analyse des études sur les détransition fréquemment citées dans les médias, identification des limites.
4)		J. Cohn	Défauts et limites de plusieurs études sur les regrets, la détransition et l'arrêt du traitement, tableau issu de l'article Le taux de détransition est inconnu, Cohn, Archives of Sexual Behavior

Date	Extrait, résumé
12 juin 2023	<p>Extrait : "Messages clé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les services de recherche et de soins ont négligé les personnes qui détransitionnent • Des besoins de santé physique et mentale non satisfaits sont fréquemment signalés parmi la population détrans • Les études à court terme sur la transition peuvent avoir involontairement exclu et effacé la détransition • Des recherches solides sont nécessaires pour éclairer le développement de connaissances précises, de directives de pratique et de services de soins pour soutenir les personnes en transition"
Janvier 2021	<p>Conclusion : "Face à une personne qui décide de détransitionner, les cliniciens doivent toujours adopter une attitude compatissante et sans jugement. La détransition peut être aussi difficile que la transition en raison du manque de compréhension de la société, de l'isolement social, de la peur, de la honte, des traumatismes et du manque de réponses et de ressources pour ceux qui empruntent cette voie. Même lorsque la personne n'a subi qu'une transition sociale, le retour à la vie selon son sexe de naissance peut être gênant"</p>
12 juin 2023	<p>Extrait : "Les taux extrêmement bas sont basés sur des études comportant des défauts qui compromettent la fiabilité de leurs taux rapportés, ou se réfèrent à une population aux caractéristiques très différentes du grand nombre de jeunes qui envisagent ou subissent une intervention médicale aujourd'hui. Plus précisément, les résultats ne doivent pas être mesurés trop tôt, les perdus de vue devraient être faibles, et les mesures et définitions de regret ou de détransition devrait être appropriée. De plus, les taux rapportés doivent correspondre à un échantillon qui n'est pas biaisé ou autrement non représentatif ou non pertinent pour le cas d'intérêt. (...) De nombreuses études sur le regret et la détransition peuvent être facilement considérées comme produisant des taux non fiables simplement en tenant compte du temps de suivi et de la perte de suivi."</p>
12 juin 2023	<p>Etudes du tableau : Dhejne et al (2014) ; Wiepjes et al. (2018) ; Davies et al. (2019) ; Hall et al. (2021) ; Narayan et al. (2021) ; Turban et al. (2021) ; Boyd et al. (2022) ; Roberts et al., 2022 ; Tang et al. (2022) ; van der Loos et al. (2022) ; Jedrzejewski et al. (2023)</p>

Détransition : articles, études, et critiques			
5)	Article évalué par les pairs	Sarah Jorgensen	Iatrogenic Harm in Gender Medicine, Archives of Sexual Behavior
6)	Article évalué par les pairs	Sarah Jorgensen	Transition Regret and Detransition: Meaning and Uncertainties, Archives of Sexual Behavior
7)	Article évalué par les pairs	Michael S Irwig	Detransition among transgender people and gender diverse - an increasing and increasingly complex phenomenon, JCEM the Journal of Endocrinology & Metabolism

<p>19 juin 2023</p>	<p>Extrait : " Aucune étude à grande échelle n'a suivi à long terme les personnes qui ont fait la transition à l'adolescence, et dans une enquête, seulement 24 % des personnes qui ont détransition ont déclaré être retournées à leur clinique de genre pour les informer de leur détransition (Littman, Citation 2021). Les études décrivant de faibles taux de regret se sont largement concentrées sur les personnes qui ont fait la transition à l'âge adulte à une époque où de nombreuses autres garanties étaient en place".</p> <p>Le Dr Sarah Jorgensen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • demande que la communauté médicale reconnaisse les détransitionneurs comme des survivants d'un préjudice iatrogène et leur fournisse des soins complets. • critique les partisans des interventions médicales qui minimisent le regret et la détransition en la présentant comme un résultat neutre ou positif. pointe la difficulté pour les détransitionneurs de trouver des cliniciens pour les conseiller sur l'arrêt des hormones et gérer les effets indésirables des thérapies hormonales et des complications chirurgicales. • pointe l'absence d'orientation sur les meilleures pratiques pour les cliniciens impliqués dans les soins aux détransitionneurs.
<p>2 juin 2023</p>	<p>Extrait : "Bien que des données récentes aient mis en lumière une gamme complexe d'expériences qui conduisent les gens à la détransition, la recherche en est encore à ses balbutiements. On sait peu de choses sur les besoins médicaux et mentaux de ces patients, et il n'existe actuellement aucune orientation sur les meilleures pratiques pour les cliniciens impliqués dans leurs soins."</p>
<p>9 juin 2023</p>	<p>Extrait : "Le manque de données sur les détransitions et regrets est dû au fait de l'important taux de personnes TG n'étant plus suivies (36%). Un sondage effectué en ligne auprès de détransitionneuses a montré le manque de prise en compte de leurs besoins en santé mentale et le défaut d'informations sur les traitements hormonaux. La principale raison de détrans est que le diag de GD (Dysphorie de Genre) était en rapport avec d'autres troubles mentaux : dépression (70%), anxiété (63%), SSPT (33%), TDAH (24%), TSA (20%), TCA (19%), troubles du comportement (17%). Compte tenu de l'actuel modèle de soins, moins restrictif qu'auparavant (affirmative care & informed consent), il est très probable que le nombre de détrans/regrets augmente."</p>

Détransition : articles, études, et critiques

8)	Article Reuters	Reuters	Pourquoi les détransitionnaires sont cruciaux pour la science de soins de genre, Reuters Témoignages de : Robert MacKinnon (homme trans ayant mené une étude sur les détrans), Marcy Bowers (présidente WPATH). 6 études à la loupe : Dehjne, Wiepjes, van der Loos, Butler, Robert et Turban ; les taux de détransition vont de 1 à 25 %..
----	------------------------	---------	--

déc 2022

Extrait : "Pour cet article, Reuters s'est entretenu avec 17 personnes qui ont commencé la transition médicale alors qu'elles étaient mineures et ont déclaré qu'elles regrettaient maintenant une partie ou la totalité de leur transition. Beaucoup ont dit qu'ils n'avaient réalisé qu'après la transition qu'ils étaient homosexuels, ou qu'ils avaient toujours su qu'ils étaient lesbiennes ou gays, mais qu'ils estimaient, à l'adolescence, qu'il était plus sûr ou plus souhaitable de passer à un genre qui les rendait hétérosexuels. D'autres ont déclaré que les abus sexuels ou les agressions les avaient poussés à quitter le sexe associé à ce traumatisme. Beaucoup ont également déclaré avoir des problèmes d'autisme ou de santé mentale tels que le trouble bipolaire qui compliquaient leur recherche d'identité à l'adolescence. Aucune étude à grande échelle n'a suivi les personnes qui ont reçu des soins de genre à l'adolescence pour déterminer combien sont restées satisfaites de leur traitement en vieillissant et combien ont finalement regretté d'avoir fait la transition."

Détransition : articles, études, et critiques

9)	Revue systématique	Bustos et al.	<p>Regret après une chirurgie d'affirmation de genre : une revue systématique et une méta-analyse de la prévalence, Plastic and Reconstructive Surgery Global Open. Revue de de 27 études, regroupant au totale 7928 patients transgenres ayant subi tout type de chirurgie. Critiques : par JL Cederblom, chercheur indépendant : À quel moment l'incompétence devient-elle une fraude ? (Médium) et par Exposito-Campos et D'Angelo dans une lettre à l'éditeur. par Cohn : Le taux de détransition est inconnu, Arch. du comport. Sexuel, juin 2023</p>
----	-------------------------------	---------------	--

mars 2021

Conclusion : "Sur la base de cette revue, il existe une prévalence extrêmement faible de regret chez les patients transgenres après un SGA." **Critique, par Cederblom :** "Le tableau 2 comporte 10 colonnes et, d'une manière ou d'une autre, Bustos et al. ont **réussi à mettre des données erronées dans huit d'entre eux pour Wiepjes et al.** (...) Si l'on inclut les incohérences et les notes de bas de page, erronées, **le nombre approche les 50 — pour un seul tableau !** Il y a **des erreurs dans chaque colonne et pour 19 des 27 articles.** L'erreur la plus fréquente est que Bustos et al. affirme que **les données n'étaient « pas spécifiées »** dans un document alors **qu'elles l'étaient** en réalité. Par exemple dans Landén et al. (qu'ils appellent ici Laden) le **sex-ratio** est clairement **fourni** mais est **répertorié comme non spécifié dans la revue**, l'une des dizaines de ce type d'erreur. (...) Les tailles d'échantillon erronées sont accrocheuses, mais le plus fondamental est peut-être leur **mauvaise déclaration de « l'outil d'évaluation », la façon dont le regret a été mesuré dans ces articles.** (...) **Critique de Expósito-Campos et D'Angelo dans une lettre publiée à l'éditeur :** "Les conclusions de leur revue systématique et de leur méta-analyse sont discutables en raison des **limites de leurs méthodes et des lacunes des études sélectionnées**" (...) les auteurs ont passé **sous silence de nombreuses études pertinentes**, dont l'une des plus connues (Dhejne et al., 2014). Une étude a été **incluse de manière inappropriée** car elle n'enquêtait que sur le regret concernant le choix de la procédure chirurgicale, et non sur la chirurgie elle-même (...) il existe d'importantes **erreurs d'extraction de données, conduisant à des conclusions erronées.** (...) De nombreuses études incluses avaient des participants avec des **périodes de suivi de seulement 1 ou 2 ans après la transition chirurgicale.** Aucun ne semble avoir une **période de suivi suffisamment longue pour identifier de manière fiable le regret.** (...) Bustos et al reconnaissent « un risque de **biais modéré à élever** dans certaines études ». En fait, **cela concerne 23 des 27 études.** (...) La cohorte présentant aujourd'hui une dysphorie de genre **est sensiblement différente de la cohorte présentant pendant les périodes de recherche des études incluses.**". **Critique de Cohn :** "Avec un choix prudent de 8 ans de suivi minimum pour la chirurgie, toutes les études incluses dans une récente méta-analyse du regret chirurgical par Bustos et al. (2021) **sont inadéquates en raison d'une perte de suivi excessive**, d'une durée de suivi trop courte pour certains patients, ou des deux.

Détransition : articles, études, et critiques

2,2 (regret)	Étude	Dhejne et al.	Une analyse de toutes les demandes de chirurgie de changement de sexe en Suède, 1960-2010 : prévalence, incidence et regrets, Arch. of. Sex. Behav.. Analyse sur une période de 50 ans (1960-2010) des 767 personnes ont demandé un changement de sexe légal et chirurgical.
-----------------	--------------	---------------	--

mai 2014

Conclusion : "Il y a eu 15 (5 MF et 10 MF) demandes de regret correspondant à un taux de regret de 2,2 % pour les deux sexes. Il y a eu une diminution significative des regrets sur la période de temps." Limites, par Reuters : "Les auteurs ont déclaré que le taux de regret des patients au cours de la dernière décennie examinée, de 2001 à 2010, pourrait avoir augmenté avec le temps. "La dernière période est encore incertaine puisque le délai médian jusqu'à la demande d'annulation était de 8 ans", selon l'étude. Beaucoup moins d'adolescents ont reçu des soins médicaux d'affirmation de genre avant 2010. De plus, la phase d'évaluation des patients de l'étude était beaucoup plus longue que ce que Reuters a trouvé la plupart des cliniques de genre pour les jeunes aux États-Unis offrent aujourd'hui. Selon l'étude, les spécialistes des soins de genre en Suède ont effectué environ un an d'évaluation avant de recommander un traitement.."

Détransition : articles, études, et critiques

10)	Étude	Wiepjes et al.	<p>Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria (1972-2015) : tendances en matière de prévalence, de traitement et de regrets, J Sex Med. Les dossiers médicaux de toutes les personnes (6 793 personnes) qui ont fréquenté la clinique d'identité de genre d'Amsterdam de 1972 à 2015 ont été examinés rétrospectivement. Critiquée par Our Duty : Regret de transition : chiffres et raisons, ainsi que par Reuters : Pourquoi les détransitionnaires sont cruciaux pour la science des soins de genre, décembre 2022. Par Cohn : Le taux de détransition est inconnu, Archives of Sexual Behavior, juin 2023.</p>
-----	--------------	----------------	--

Avril 2018

Conclusion : "Le pourcentage de personnes qui ont regretté une gonadectomie est resté faible et n'a pas montré de tendance à augmenter" Critique par Our Duty "Cette étude présentait des limites importantes et ne peut pas être utilisée comme référence pour la cohorte actuelle :

Tous les participants à l'étude étaient des adultes et ceux qui avaient une importante dysphorie de genre pré-pubère.

La définition du « regret » exclut la plupart des détransitionneurs . L'étude comprenait :

- UNIQUEMENT ceux dont les testicules ou les ovaires ont été retirés
- UNIQUEMENT ceux qui ont repris les hormones sexuelles natales
- UNIQUEMENT ceux qui sont retournés chez le fournisseur de soins de santé d'origine - la plupart n'informent pas leur fournisseur d'origine qu'ils ont détransitionné

L'étude N'INCLUT PAS :

- ceux qui se sont suicidés ou ceux qui sont décédés à la suite de complications liées au traitement lié au genre
- ceux qui regrettent les bloqueurs de la puberté, les hormones sexuelles croisées, la mastectomie ou l'augmentation mammaire

20% ont été perdus de vue" Limites constatées par Reuters : "Les personnes traitées au cours de la dernière décennie de l'étude peuvent signaler des regrets plus tard. "Dans notre population, le temps moyen pour regretter était de 130 mois, il est donc peut-être trop tôt pour examiner les taux de regret chez les personnes qui ont commencé (l'hormonothérapie) au cours des 10 dernières années", ont écrit les auteurs." Limites par Cohn : "[limites mentionnées dans le tableau 2] : Temps de suivi inconnu, Perte de suivie inconnue, Méthode de recherche, Échantillon : patients actifs de la clinique.] (...) La présentation tardive mal comprise (début à l'adolescence, souvent avec des comorbidités) domine la vague actuelle de cas. De plus, la sélection de caractéristiques qui ne peuvent pas être mesurées à l'avance, par exemple les études de regret ou de détransition ne comprenant que ceux qui continuent à fréquenter une clinique de genre (Davies et al., 2019 ; Wiepjes et al., 2018) manque des classes entières de personnes ayant des regrets ou qui ont effectué une détransition et qui ne rentrent pas dans ces catégories (ceux qui arrêtent le traitement sans annoncer leur regret à leur clinique).

Détransition : articles, études, et critiques			
11)	Étude	Davies et al.	Detransition Rates in a National UK Gender Identity Clinic, 3ème Conférence Biennale EPATH : Inside Matters. Sur le droit, l'éthique et la religion, p. 139/153. Analyse des enregistrements des cliniques d'identité de genre, allant d'août 2016 à août 2017. Enregistrements sur une période d'un an/Analyse des enregistrements électroniques pour les mots liés à la détransition ou au regret, plus examen par les auteurs. Limites par Cohn : Le taux de détransition est inconnu, Archives of Sexual Behavior, juin 2023.
12)	Étude qualit	E. Vandenbussche	Besoins et soutien liés à la détransition : une enquête en ligne transversale, Journal of homosexuality ; enquête transversale en ligne a été menée et a réuni un échantillon de 237 détransitionnaires hommes et femmes
13)	Étude	Narayan et al.	Orienter la conversation—types de regret après une chirurgie d'affirmation de genre et leurs étiologies associées, Annals of translational medicine. Etude comprenant : Enquête envoyée à 154 chirurgiens inscrits à la conférence 2016 de la WPATH et à la conférence 2017 de l'USPATH concernant le regret des patients et les demandes de chirurgie d'inversion ; une revue de la littérature sur le sujet du regret ; un avis d'experts consensuel. 30 % des chirurgiens ont répondu à l'enquête. Limites par Cohn : Le taux de détransition est inconnu, Archives of Sexual Behavior, juin 2023.

<p>Avril 2019</p>	<p>Conclusion : "Dans cette étude, il y avait 3 398 patients, 16 ont mentionné le regret ou la détransition. 12 attribuent cela à la pression sociale, et seulement 3 ont détransitionné sans intention de refaire la transition." Limites par Cohn : "[limites mentionnées dans le Tableau 2] : Temps de suivi inconnu, Perte de suivie inconnue, Méthode de recherche, Échantillon : patients actifs de la clinique.] (...) La présentation tardive mal comprise (début à l'adolescence, souvent avec des comorbidités) domine la vague actuelle de cas. De plus, la sélection de caractéristiques qui ne peuvent pas être mesurées à l'avance, par exemple les études de regret ou de détransition ne comprenant que ceux qui continuent à fréquenter une clinique de genre (Davies et al., 2019 ; Wiepjes et al., 2018) manque des classes entières de personnes ayant des regrets ou qui ont effectué une détransition et qui ne rentrent pas dans ces catégories (ceux qui arrêtent le traitement sans annoncer leur regret à leur clinique).</p>
<p>Avril 2021</p>	<p>"Les résultats ont montré des besoins psychologiques importants en relation avec la dysphorie de genre, les conditions comorbides, les sentiments de regret et les préjugés homophobes et sexistes intériorisés (...) Un manque important de soutien a été signalé par les répondants dans l'ensemble, avec beaucoup d'expériences négatives provenant des systèmes médicaux et de santé mentale et de la communauté LGBT+" (...) 52% déclarent avoir dû apprendre à combattre l'homophobie intériorisée." (...) de nombreux détransitionneurs ont besoin d'un soutien médical, (...) manque important de soutien a été signalé par les répondants dans l'ensemble, avec beaucoup d'expériences négatives provenant des systèmes médicaux et de santé mentale et de la communauté LGBT +"</p>
<p>Avril 2021</p>	<p>Conclusion : "57 % des chirurgiens ont rencontré au moins un patient qui a exprimé des regrets, avec un total de 62 patients exprimant des regrets (0,2 à 0,3 %). Les étiologies du regret étaient variées et classées comme suit : (I) vrai regret lié au sexe (42 %), (II) regret social (37 %) et (III) regret médical (8 %). Limites par Cohn : "[limites mentionnées dans le Tableau 2] : Temps de suivi inconnu, Perte de suivi inconnue, Type de mesure de regret (...) Narayan et al. (2021) ont envoyé une enquête à un groupe de chirurgiens en leur demandant combien de fois ils avaient eu des patients exprimant des regrets ; le taux de regret a ensuite été calculé en divisant le nombre de ces rencontres par le nombre total de chirurgies effectuées par ces chirurgiens. Cette méthode présente une durée de suivi peu claire, une perte de suivi et même un instrument de mesure incertain (les questions sur les regrets étaient-elles posées systématiquement et existait-il une définition cohérente du regret ?"</p>

Détransition : articles, études, et critiques

14)	Étude	Turban et al.	<p>Facteurs menant à la « détransition » chez les personnes transgenres et de genre divers aux États-Unis : une analyse à méthodes mixtes Cette étude a été critiquée : par des détransitionneuses : "Une lettre ouverte", avril 2021 (voir extraits ci-contre). Ainsi que par J Singal dans son article Les médias répandent de la mauvaise science trans (traduit en français, avril 2023) Étude présente dans la bibliographie de la note de cadrage de la HAS, sept. 2022. Limite soulevée également par Reuters (dec. 2022). Par Cohn : Le taux de détransition est inconnu, Archives of Sexual Behavior, juin 2023.</p>
15)	Étude rétrospective	Hall, Mitchell, Sachdev	<p>Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review, Cambridge University Press: Cohorte de 175 adultes. Étude de cas rétrospective sur 1 an (2017-2018)</p>

<p>Juin 2021</p>	<p>Conclusion. "Parmi les adultes avec dysphorie de genre ayant des antécédents de détransition, la grande majorité a déclaré que leur détransition était motivée par des pressions externes. " Limites soulevée par les détransitionneuses : "enquête de commodité en ligne qui a été promue par des sites de promotion de la transition, regorgant de questions biaisées. 100% des répondants étaient identifiés comme transgenres et ne s'identifiaient pas comme détransitionnaires. (...) Ces conclusions ignorent ceux qui ont détransitionné en raison du regret de la transition et qui ont été exclus de l'enquête parce qu'ils n'étaient plus identifiés comme transgenres." Critique de Singal : "C'est techniquement vrai, mais c'est aussi assez trompeur parce que l'enquête en question — l'enquête américaine sur les transgenres de 2015 (qui a d'importants problèmes d'échantillonnage [décrits dans l'article Science Vs de Singal traduit en français, page 29] — portait sur des personnes actuellement transgenres. Cela est indiqué dans la première phrase du résumé. Les recherches basées sur cette enquête ne peuvent évidemment pas nous fournir d'informations fiables sur les raisons pour lesquelles les gens détransitionnent, car il ne s'agit pas d'une enquête sur les personnes qui détransitionnent." Limites soulevées par Reuters : "De par leur conception, ont déclaré les auteurs, tous les répondants se sont identifiés comme transgenres au moment de l'achèvement de l'enquête, et l'enquête n'était pas destinée à capturer les personnes qui ont détransitionné et ne se sont plus identifiées comme transgenres." Limites par Cohn : "[limites mentionnées dans le Tableau 2] : Temps de suivi inconnu, perte de suivi inconnu, nécessairement TGNB et non-représentatif]. La présentation tardive mal comprise (début à l'adolescence, souvent avec des comorbidités) domine la vague actuelle de cas. De plus, la sélection de caractéristiques qui ne peuvent pas être mesurées à l'avance, par exemple les études de regret ou de détransition ne comprenant que ceux qui s'identifient toujours comme transgenres ou non-binaires (Turban et al., 2021) manque des classes entières de personnes qui regrettent ou qui font une détransition et qui ne rentrent pas dans ces catégories (ceux qui ne se considèrent plus comme transgenres ou non-binaires)."</p>
<p>Octobre 2021</p>	<p>Conclusion : "94% eurent accès aux hormones, 48% à la chirurgie. 22% se sont désengagés, et 19% adressés ailleurs. Une analyse des variables a montré l'existence de désordres neurodéveloppementaux, de ACEs (Adverse Childhood Experiences ie. traumas), mésusage des médicaments et troubles mentaux. 7% rencontraient tous les facteurs de détransition. Conclusions : Les utilisateurs de services peuvent avoir des besoins non satisfaits. Les troubles neurodéveloppementaux ou ECA suggèrent une complexité nécessitant une prise en compte lors du processus d'évaluation. La gestion de la mauvaise santé mentale et de la toxicomanie pendant le traitement doit être optimisée. La détransition pourrait être plus fréquente que précédemment signalé." Limites par Cohn : "[limites mentionnées dans le Tableau 2] : Temps de suivi court.</p>

Détransition : articles, études, et critiques			
16)	Étude qualit.	Littman	Individuals treated for gender dysphoria with medical/surgical transition who subsequently detransition : a survey of 100 detransitionner, Arch Sex Behav. Etude également commentée par la SEGM : "Accent croissant sur la détransition" (2021), recrutement des participants via une enquête anonyme partagée sur les réseaux sociaux, listes de diffusion professionnelles et via un échantillonnage en boule de neige
17)	Étude	Boyd, Hackett, Bewley	Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach, MDPI. Projet d'amélioration de la qualité visant à interroger et à auditer les données des patients trans et des minorités de genre dans une population de soins primaires en Angleterre : méthode par recensement de la population des cabinets, un examen en une étape des dossiers de santé et un audit par rapport aux normes afin d'examiner la prescription et le suivi de la chirurgie. Limites par Cohn : Le taux de détransition est inconnu, Archives of Sexual Behavior, juin 2023.

<p>Nov. 2021</p>	<p>Extrait : "La majorité (55 %) estimaient qu'ils n'avaient pas reçu une évaluation adéquate d'un médecin ou d'un professionnel de la santé mentale avant de commencer la transition.</p> <p>Près de la moitié (46%) ont déclaré que les conseillers avaient trop promis les avantages et environ un quart (26%) ont déclaré que les conseillers avaient minimisé les risques. Les conseillers étaient beaucoup plus susceptibles d'encourager que d'exhorter à la prudence au sujet de la transition médicale. 76 % des répondants n'ont pas informé leurs cliniciens qu'ils avaient détransitionné, ce qui a conduit à une énorme sous-estimation du nombre de personnes regrettant." 23% ont déclaré que la difficulté avec leur sexualité était un facteur de leur transition." (,,,) "Certains ont détransitionné parce qu'ils ont conclu que leur dysphorie de genre était causée par un traumatisme, un problème de santé mentale, une homophobie intériorisée ou une misogynie,"</p>
<p>Janv. 2022</p>	<p>Conclusion : "Compte tenu des résultats de longues attentes, des taux élevés de complexité médicale et de certains résultats de traitement indésirables (y compris un cinquième des patients arrêtant des hormones dont plus de la moitié ont cité des regrets ou des expériences de détransition), cette approche d'amélioration de la qualité petite mais basée sur la population devrait être reproduite et étendue à grande échelle." Limites par Cohn : "[limites mentionnées dans le Tableau 2] : Temps de suivi peu clair.</p>

Détransition : articles, études, et critiques

18)	Étude	Tang et al.	Tendances de la mastectomie affirmant le genre et résultats chirurgicaux chez les adolescents. Annales de chirurgie plastique. Évaluation de l'incidence de la mastectomie, ainsi que les complications postopératoires, y compris le regret, chez les adolescents. Identification de mastectomies réalisées entre 2013 et 2020 chez des adolescentes âgées de 12 à 17 ans au moment de l'orientation au sein de Kaiser Permanente Northern California (KPNC), un vaste système de soins de santé intégré. Limites par Cohn : Le taux de détransition est inconnu, Archives of Sexual Behavior, juin 2023.
19)	Étude	Butler et al.	Analyse des résultats de sortie de 1089 jeunes transgenres référés aux cliniques endocriniennes pédiatriques en Angleterre 2008-2021, Archives of disease in childhood
20)	Etude qualitative (Re/DeTrans Canada)	MacKinnon et al.	Health Care Experiences of Patients Discontinuing or Reversing Prior Gender-Affirming Treatments, JAMA Netw Open. 28 adultes canadiens ayant des identités de genre hétérogènes ont été interrogés sur leurs expériences de détransition : recrutés entre octobre 2021 et janvier 2022 via les réseaux sociaux, et auprès des cliniciens.

<p>Mai 2022</p>	<p>Conclusion : "La prévalence des complications chirurgicales était faible et sur plus de 200 adolescents ayant subi une intervention chirurgicale, seuls deux ont exprimé des regrets, aucun d'entre eux n'ayant subi une opération d'inversion." Limites par Cohn : "[limites mentionnées dans le Tableau 2] : Temps de suivi court, Méthode de recherche, Mesure des résultats : Regret mentionné au chirurgien ou au MHP dans les notes du système/recherche d'enregistrement.</p>
<p>Juillet 2022</p>	<p>Conclusion : "90 patients, soit 8,3 %, sur 1 089 adolescents référés pour des soins d'affirmation de genre dans des cliniques d'endocrinologie, n'étaient plus identifiés comme étant de genre différent, que ce soit avant ou après avoir commencé à prendre des bloqueurs de la puberté ou des hormones. L'examen a porté sur des patients qui ont été traités de 2008 à 2021." Les auteurs ont noté que le chiffre de 8,3% peut être une sous-estimation car 62 patients supplémentaires, soit 5,4% de tous les participants, ont déménagé ou n'ont pas suivi les cliniques.</p>
<p>25 juillet 2022</p>	<p>Extrait : "Certains participants ont ressenti des regrets, mais une majorité était satisfaite des résultats des traitements médicaux ou chirurgicaux affirmant le genre. La détransition médicale était souvent vécue comme un défi physique et psychologique, mais l'évitement des soins de santé était courant. Les participants ont décrit avoir été stigmatisés et avoir interagi avec des cliniciens qui n'étaient pas préparés à répondre à leurs besoins médicaux liés à la détransition." Voir des visuels de cette étude : Detransition & 2SLGBTQA+ Communities et DETRANSITION MYTH-BUSTING</p>

Détransition : articles, études, et critiques			
21)	Étude	Roberts et al.	<p>Poursuite des hormones d'affirmation de genre chez les adolescents et les adultes transgenre, JCEM. Analyse des dossiers médicaux et pharmaceutiques de 2009 à 2018 du système de santé militaire américain (627 individus transmasculins et 325 individus transféminins). Évaluation de l'initiation et la poursuite des hormones d'affirmation de genre à l'aide des dossiers de pharmacie. Limite par Reuters : Pourquoi les détransitionnaires sont cruciaux pour la science des soins de genre, décembre 2022.</p>
22)	Étude	Van der Loos et al.	<p>Poursuite des hormones d'affirmation de genre chez les personnes transgenres commençant la suppression de la puberté à l'adolescence : une étude de cohorte aux Pays-Bas, The Lancet, Analyse des données de 720 personnes (enfants et adultes) ayant visité la clinique d'identité de genre de l'UMC d'Amsterdam. Limites par Reuters : Pourquoi les détransitionnaires sont cruciaux pour la science de la prise en charge du genre (déc. 2022).</p>

<p>sept. 2022</p>	<p>Conclusion : "Plus de 70 % des personnes TGD qui commencent à utiliser des hormones d'affirmation de genre continueront à les utiliser au-delà de 4 ans". Limites soulevées par Reuters : "La raison pour laquelle les patients ont arrêté de prendre leurs médicaments n'est pas claire, car l'étude n'a examiné que les dossiers de pharmacie. Les chercheurs ont déclaré que le nombre de patients qui ont arrêté les hormones est probablement surestimé car ils ne pouvaient pas exclure que certains patients aient obtenu des hormones en dehors du système militaire, peut-être à l'université ou avec une autre assurance maladie."</p>
<p>oct. 2022</p>	<p>Conclusion : "704 (98%) personnes qui avaient commencé un traitement médical d'affirmation de genre à l'adolescence ont continué à utiliser des hormones d'affirmation de genre lors du suivi." Limites, par Reuters : Les chercheurs n'ont pas identifié les raisons pour lesquelles 2 % des patients avaient arrêté le traitement . Les adolescents aux Pays-Bas sont également passés par un long processus d'évaluation, un an en moyenne, avant d'être recommandés pour un traitement médical. Pour cette raison, disent les chercheurs néerlandais, leurs résultats pourraient ne pas être applicables plus largement.</p> <p>"Il pourrait y avoir une différence à cause de cette phase de diagnostic", a déclaré le Dr Marianne van der Loos, auteur principal de l'étude et médecin au Centre d'expertise sur la dysphorie de genre du Centre médical de l'Université d'Amsterdam. "Si vous n'avez pas cela, peut-être que plus de gens commenceront un traitement et le reconsidéreront plus tard parce qu'ils n'ont pas été aidés pendant cette phase par un professionnel de la santé mentale."</p>

Détransition : articles, études, et critiques			
23)	Étude	Jedrzejewskiet al.	Regret after Gender-Affirming Surgery: A Multidisciplinary Approach to a Multifaceted Patient Experience, Chirurgie plastique et reconstructive. Description de l'approche actuelle des patients exprimant des regrets après une chirurgie (par le groupe de travail "Regret and Request for Reversal" du programme de santé transgenre (THP) de l'Oregon Health & Science University (OHSU), réuni durant 14 mois). Limites par Cohn : Le taux de détransition est inconnu, Archives of Sexual Behavior, juin 2023.
24)	Étude	MacKinnon et al.	Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults. Arch Sex Behav (2023). https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1

<p>juillet 2023</p>	<p>Conclusion : "Parmi les 1 989 personnes qui ont subi un SGA, six (0,3 %) ont demandé une chirurgie d'inversion ou sont retournées au sexe qui leur avait été attribué à la naissance." Limites par Cohn : "[limites mentionnées dans le Tableau 2] : Temps de suivi court, Perte de suivi inconnue, Mesure du regret : celui-ci devant être exprimé par le patient lors de rencontres. (...) le taux de regret ne comprend que les détransitionneurs qui ont été « enregistrés » et les patients qui ont demandé une chirurgie d'inversion.</p>
<p>Décembre 2023</p>	<p>Conclusion Étude sur un échantillon de jeunes adultes qui s'étaient auparavant identifiés comme transgenres mais qui avaient détransitionné ou renoncé. La plupart des participants sont nés de sexe féminin. Les problèmes de santé mentale, notamment les diagnostics antérieurs et les antécédents d'automutilation, étaient particulièrement courants. Des antécédents de dysphorie de genre durant l'enfance ont été rapportés par une minorité non négligeable de participants. Une légère majorité pensait que leurs antécédents étaient compatibles avec une dysphorie de genre à apparition rapide. Les facteurs les plus associés à la détransition étaient des facteurs internes, reflétant un changement psychologique, plutôt que des facteurs externes, tels que la pression familiale ou sociale. Les participants détransitionnés ont déclaré qu'ils étaient beaucoup moins dysphoriques de genre et beaucoup plus heureux qu'ils ne l'étaient pendant leur période de transidentification</p>

POINT-CLÉS 3 : LA SOCIÉTÉ CIVILE IMPLIQUÉE

▸ Ces dernières années, de plus en plus de parents de mineurs et de jeunes majeurs en questionnement de genre se sont regroupés au sein de collectifs ou d'associations. Pour une partie d'entre eux, ils soutiennent et encouragent l'autodétermination de leurs enfants. D'autres font part de leurs inquiétudes quant à une transition sociale ou médicale rapide de ceux-ci. Tous ces parents en appellent à des informations fiables et sollicitent l'aide des professionnels de santé.

▸ Il apparaît que le débat scientifique et médical sur le sujet est tendu. Sous couvert de la lutte, nécessaire, contre les discriminations et pour les droits des minorités, certaines associations tentent d'imposer dans les instances nationales et internationales le principe de l'autodétermination de l'enfant, au préjudice de l'autorité parentale et de preuves scientifiques de qualité suffisante.

▸ Les féministes, et parmi elles les lesbiennes, ont été parmi les premières à analyser et à s'inquiéter des conséquences des revendications transactivistes sur les femmes en général, et les jeunes filles en particulier.

▸ Les jeunes qui souhaitent revenir à leur identité sexuée d'origine (détransition) sont en augmentation. Plusieurs études montrent que leur nombre est sous-estimé et devrait encore s'accroître dans les prochaines années : il faudrait au moins 5 à 8 ans après un traitement de transition pour évaluer le nombre de détransitions. Les chiffres varient suivant les études, en raison d'un manque de cohérence des données, estimés de 7 à 10 % de retours à l'identité sexuée selon certains et ils vont, pour d'autres études jusqu'à 20 % d'arrêts du traitement. Il en résulte que les personnes souhaitant détransitionner devraient pouvoir bénéficier, sans crainte d'être stigmatisées notamment par leurs pairs, de soins appropriés.

CONCLUSION ET PRÉCONISATIONS

A. CONCLUSION

Les 67 auditions menées par le groupe de travail rendent compte de tous les points de vue, ceux des médecins et des équipes médicales en France et dans le monde, ceux des associations de personnes concernées ainsi que des parents, ceux des institutions. Elles interrogent les pratiques médicales, sociales, éducatives et juridiques en la matière.

Il apparaît que la tendance, dans plusieurs domaines aujourd'hui, est de traiter le jeune comme étant capable d'autodétermination.

De plus en plus de parents de mineurs en questionnement de genre se sont regroupés au sein de collectifs ou d'associations. Pour une partie d'entre eux, ils soutiennent et encouragent l'autodétermination de leurs enfants. D'autres font part de leurs inquiétudes quant à une transition sociale ou médicale rapide de ceux-ci.

Les auditions ont montré que certains parents étaient sous la pression de médecins qui les engagent à accepter et à accompagner la transition médicale de leur enfant, au risque qu'il ne se suicide.

Tous ces parents en appellent à des informations fiables et sollicitent l'aide des professionnels de santé.

La question importante qui se pose est celle de l'âge auquel un mineur est apte à consentir à un traitement médical qui aura, nécessairement, d'importantes répercussions sur sa vie future, sur un plan affectif comme sexuel.

Le diagnostic de « *dysphorie de genre* », tel que façonné par le DSM, semble accélérer le parcours de nombreux adolescents en détresse pubertaire vers une transition médicale, au motif que leur ressenti a valeur de diagnostic, peu important les éventuelles co-morbidités, l'influence des réseaux sociaux ou encore des pairs.

Aujourd'hui, un mineur en questionnement de genre peut consulter dans un centre dédié, à l'hôpital privé ou public, ou encore un médecin non spécialisé en ville, et se faire prescrire des médicaments, hors autorisation de mise sur le marché (AMM), sans que ne s'imposent

des règles précises sur le plan national. Plusieurs études internationales critiques soulignent les effets indésirables des bloqueurs de puberté, qui n'ont pas fait l'objet de recherches suffisantes sur leurs incidences à long terme. La réversibilité des traitements ne semble pas aussi avérée que ce qu'affirment les prescripteurs. En revanche, les effets secondaires sont bien connus.

Pusieurs experts auditionnés, notamment ceux de l'étranger, ont estimé que les lignes directrices actuelles en matière de traitement ne respectaient pas la norme de soins exigée dans le domaine médico-légal, en termes de conformité avec les normes méthodologiques.

Une partie de la communauté médicale semble s'accorder sur le fait que les directives thérapeutiques doivent être révisées sur la base de résultats fondés sur des preuves de qualité.

Dans cinq pays européens, que sont la Finlande, la Suède, la Norvège, le Danemark et le Royaume-Uni, des médecins spécialisés dans le domaine de la transidentité chez les mineurs ont tiré la sonnette d'alarme au vu des résultats cliniques des traitements prodigués. Les autorités sanitaires nationales en ont tiré les conséquences.

À l'automne 2023, trois pays voisins, l'Allemagne, la Suisse et l'Espagne se sont également mobilisés : l'Allemagne en produisant un rapport (Bundestag), la Suisse en votant une motion (Canton de Berne), et l'Espagne en adoptant une loi (Assemblée régionale de Madrid), tous destinés à réguler les pratiques de soin.

Les pays occidentaux nous montrent qu'il existe deux voies pour appréhender la prise en charge médicale des mineurs en questionnement de genre :

1. La prise de recommandations par les autorités sanitaires (Finlande, Suède, Royaume-Uni).
2. L'encadrement des pratiques par la voie législative (Etats-Unis, Espagne).

Quelle que soit la voie choisie, la locution latine « *Primum non nocere* » (« d'abord ne pas nuire »), principe de prudence enseigné aux professionnels de santé, a été régulièrement rappelée lors des auditions.

B. PRÉCONISATIONS

Les préconisations tiennent compte de l'ensemble des avis, analyses et expertises entendus lors des auditions menées par le groupe de travail. Les auditions ont permis d'appréhender le sujet de la transidentité des mineurs sous différents angles (sociétal, médical, philosophique, pédopsychiatrique, ...).

Ce rapport souligne l'évolution de l'épidémiologie de la dysphorie de genre au cours des

dernières années avec un nombre croissant d'enfants et d'adolescents qui présentent une détresse liée à leur sexe. Il est essentiel d'adapter les parcours de soins qui n'ont pas été modifiés depuis 2006, date de publication du Dutch Protocol.

La pédopsychiatrie française s'est paupérisée, les conditions d'accueil des enfants sont difficiles et les délais d'attente pour une prise en charge sont longs, ce qui accroît davantage le risque d'anxiété, voire de détresse, aussi bien pour les enfants que pour les parents. Il est impérieux que les parents puissent bénéficier d'informations éclairées sur le mal-être de leur enfant dont la demande de changement de sexe peut être révélatrice d'une détresse psychologique multifactorielle. Tous les médecins conviennent que ces jeunes ne peuvent attendre avant de recevoir un soutien, une écoute, un accompagnement. Par ailleurs, les parents doivent également être accompagnés et informés de ce qui arrive à leur enfant. Les informations relatives à cette détresse liée à leur corps doivent être dispensées par des professionnels neutres.

Le groupe de travail a fait le choix de ne pas utiliser l'expression « *enfant transgenre* » considérant que l'enfant est un être en développement. Par ailleurs, l'expression « identité de genre » est aujourd'hui discutée. La société tout entière ne peut adopter une phraséologie qui relève davantage du militantisme que de la science.

Le terme « enfant » vise toute personne âgée de moins de 18 ans.

1. Préconisations dans les domaines scientifique et médical

1. **Imposer l'évaluation et le diagnostic de la transidentité des mineurs** par des équipes pédopsychiatriques de proximité (CMP, services pédopsychiatriques, Maison des adolescents, CMPP, pédopsychiatres de ville etc...).
2. En présence de troubles psychopathologiques et/ou neurodéveloppementaux, **prévoir**, en première intention, une prise en **charge psychiatrique et/ou psychothérapeutique** de l'enfant et de sa famille.
3. Si la détresse liée au genre perdure depuis la petite enfance, que le jeune ne présente aucun trouble psychopathologique majeur associé, dans cette seule situation, adresser le mineur vers un service spécialisé dans l'incongruence de genre, à l'instar de ce qui est pratiqué dans plusieurs pays d'Europe du nord.
4. **Interdire la prescription de bloqueurs de puberté** aux mineurs pour l'indication de dysphorie de genre.
5. *Pour les jeunes actuellement sous traitement, celui-ci ne sera pas interrompu. Au moment de la prescription des hormones croisées (si celle-ci reste souhaitée) : réévaluation de l'état psychologique du jeune, de sa prise en charge et de son consentement.*
6. **Interdire la chirurgie dite de réassignation sexuelle aux mineurs.** Par ailleurs,

les apports récents des neurosciences au sujet de la maturité du cerveau montrent que celui-ci continue d'évoluer jusqu'à 25 ans, incitant à la prudence pour toute « réassignation » chirurgicale avant cet âge.

7. **Interdire la prescription et l'administration d'hormones croisées à tous les mineurs.**
8. Prévoir un accueil spécifique à l'hôpital pour **les personnes qui souhaitent dé-transitionner** et favoriser la recherche sur la qualité des soins à leur apporter.
9. **Préconiser, dans le domaine de la recherche, la revue systématique des données, fondée sur les preuves à l'instar des pratiques EBM (evidence based medicine) appliquées en médecine.**

2. Préconisations dans le domaine scolaire et administratif

1. **Abroger la circulaire, dite « Blanquer », du 29 septembre 2021 « Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire ».** Parce qu'elle crée un régime d'exception pour les « élèves transgenres », la circulaire remet en cause les principes de neutralité et d'égalité au sein de l'institution scolaire.
2. **Remplacer la circulaire par une note de service** afin de sécuriser les personnels de l'Éducation nationale, désigner les enfants comme « enfants en questionnement de genre » et non plus « enfants transgenres ». L'objet de la note de service est d'aider les personnels à se positionner clairement dans le respect des lois existantes, en restant neutres.
3. **Veiller au respect par l'Éducation nationale de l'état civil de l'enfant (prénom et sexe).** La controverse scientifique et médicale concernant l'impact de la transition sociale sur les mineurs invite à rester neutre à l'École.
4. **Protéger les espaces non mixtes** s'agissant des sanitaires, douches et vestiaires dans les établissements scolaires.
5. **Interdire l'intervention auprès des élèves, dans les établissements scolaires, des associations qui ne respectent pas le principe de neutralité de l'Éducation nationale.**
6. **Mettre en place une veille, au sein du ministère de l'Éducation nationale, sur le contenu des manuels scolaires mis à disposition des enfants et adolescents concernant l'identité sexuelle, dans un principe de neutralité de l'école.**
7. **Prévoir que les formulaires administratifs, actes, questionnaires, documents, etc. diffusés par une personne publique, ou une personne privée agissant dans le cadre d'une délégation de service public, ne puissent comporter que la mention du sexe masculin ou féminin.**