

YPOMONI



POUR UNE APPROCHE ÉTHIQUE DES QUESTIONS DE GENRE

GUIDE
à l'intention des
PARENTS
confrontés au
questionnement de
GENRE
de leur enfant

Remerciements

Merci à Genspect, à l'Observatoire de La petite Sirène et à tous les parents qui ont eu la force de partager leurs doutes et ont contribué à l'écriture de ce guide.

Sommaire

1. Quelques clés de compréhension	10
I. La dysphorie de genre : naissance d'une notion.....	10
A. La dysphorie de genre dans les classifications internationales.....	11
B. Aujourd'hui, le DSM V	12
II. La WPATH	16
III. Qu'est-ce qu'une transition ?	17
A. Définition générale	17
B. Les transitions non-médicales	19
i. La transition sociale.....	19
ii. La transition administrative.....	20
1) Le changement de prénom.....	20
2) Le changement de sexe à l'état civil.....	20
C. Transitions médicales	20
i. Traitement hormonal de la dysphorie de genre	20
1) Les bloqueurs de puberté.....	20
2) Les indications pédiatriques du traitement	21
3) Aspects pharmacologiques des bloqueurs de puberté	21
4) Effets secondaires fréquents ou très fréquents	22
ii. Les traitements hormonaux des Trans FtoM	23
1) Pharmacologie : les androgènes (testostérone et dihydrotestostérone)	23
2) Médicaments contenant de la testostérone	23
A/ Effets de la testostérone chez les filles	23
B/ Effets secondaires habituels de l'androtardyl	24
iii. Les traitements hormonaux des Trans MtoF	24
1) Pharmacologie	24
A/ La classe des anti-androgènes	24
Effets cliniques attendus des anti-androgènes	25
Effets secondaires.....	25
B/ Les traitements œstrogéniques.....	25
Effets cliniques attendus des traitements œstrogéniques.....	25
Effets secondaires des œstrogènes.....	26
C/ Les complications spécifiques des œstrogènes sur les garçons	26
iv. Traitements chirurgicaux.....	27

1) Actes chirurgicaux pour les jeunes filles et les femmes souhaitant se donner une apparence plus masculine.....	27
I) La mammectomie totale bilatérale.....	27
II) La chirurgie génitale, alias "chirurgie du bas"	28
A/ Actes chirurgicaux pour les femmes souhaitant se donner une apparence plus masculine.....	28
L'hystérectomie totale	28
Actes chirurgicaux visant à créer des « néo pénis »	28
B/ Actes chirurgicaux pour les hommes souhaitant se donner une apparence plus féminine.....	29
Implants mammaires	29
Castration et vaginoplastie	29
Autres interventions.....	29
IV. Comment la transidentité a-t-elle évoluée au cours des dix dernières années ?....	30
A. En France.....	30
B. A l'étranger.....	31
V. Pourquoi de tels changements, si vite et si soudainement ?	33
VI. Les comorbidités chez les adolescents	36
A. Le confinement et les troubles anxio dépressifs.....	36
B. Autisme	40
i. Les esprits autistes.....	41
1) L'autisme et le paysage de l'identité de genre	41
2) Les identités non binaires et l'autisme	43
3) L'autisme et la santé mentale	43
Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) autour de la transidentité	43
Troubles de l'alimentation.....	43
Dysmorphophobie	43
Traumatismes	44
Erreur de diagnostic.....	44
ii. Les corps des autistes	44
1) La puberté, l'autisme et l'identité de genre	44
Le développement de la poitrine	44
Les règles.....	44
La régulation émotionnelle.....	45
L'alexithymie	45
L'intéroception	45
Les 'binders' et la pression sensorielle.....	45
2) Les difficultés de communication sociales.....	46

L'influence des facteurs externes	46
Internet.....	46
Les stéréotypes basés sur le sexe.....	47
Les intérêts spécifiques.....	47
iii. L'autisme, le genre et la société	47
Les associations pour les personnes autistes	47
La parentalité et l'autisme	48
*	
2. Mon enfant et moi	49
I. Comment accueillir l'annonce de transidentité ?	49
II. Le changement de prénom et de pronoms	51
III. Comment en parler avec l'établissement scolaire ?.....	51
IV. Les vêtements, le binder	53
V. Conserver dialogue et confiance avec son enfant ?.....	55
VI. La thérapie de conversion.....	56
VII. Les frères et sœurs.....	57
VIII. Faut-il interdire les réseaux sociaux ?	57
IX. Comment choisir un psy ?.....	58
X. Comment en parler à son entourage ?	58
XI. Qu'en est-il du risque suicidaire ?.....	59
XII. Est-ce qu'on peut parler sexualité ?.....	60
XIII. La fertilité et la parentalité	60
Les bloqueurs de puberté.....	61
Conservation des gamètes	62
XIV. La détransition.....	62
XV. Quelques recommandations.....	65
*	
Annexes.....	68
Où s'informer ?	68
A. Sites	68
B. Textes officiels en français.....	69
Lexique trans	70
Bibliographie en français.....	83

LE QUESTIONNEMENT DE GENRE A L'ADOLESCENCE, UN POINT DE VUE PARENTAL

« Je souhaite être appelé Arthur et non plus Florence ». C'est parfois écrit, parfois dit en face, mais la demande reste sidérante. Notre enfant est non binaire, ou notre enfant dit appartenir à un autre genre que son genre de naissance et nous demande de l'accompagner. Nous découvrons que cet accompagnement correspond à une position précise, celle d'une acceptation sans faille, sans remise en question. Une chose nous chiffonne. Ces mots ne sont pas les siens, les expressions sonnent creux, la présentation PowerPoint sans faute d'orthographe ne peut être la sienne. Dans la majorité des cas, nous n'avons décelé aucun signe avant-coureur. Des signes de malaise, il y en avait, majorés pendant le confinement : dépression, déscolarisation, scarification, anorexie, tentative de suicide, hospitalisation... nous avons accompagné, aménagé, consulté, envoyé en vacances, contenu. Nous avons fait ce que nous avons pu, et même au-delà.

Nous nous sommes alors tournés vers notre médecin généraliste, ou un psy de confiance, et avons découvert le principe de l'auto-affirmation. Nous attendions une réponse sensée, soignante, déontologique, nous voilà sommés d'accompagner, parfois confrontés à la menace de suicide si nous émettons des réserves.

Nous découvrons qu'ils sont plusieurs au lycée ou au collège. Certains profs les nomment déjà différemment, ils écrivent leur nouveau prénom en haut de leurs copies sans que personne ne nous ait prévenu.

Nous sommes des parents d'enfants et de jeunes adultes en questionnement de genre, et nous nous sommes rassemblés au sein du collectif Ypomoni. Les pages suivantes sont tirées de nos questionnements et de nos rencontres, de nos discussions. Nous reconnaissons pleinement les droits des personnes trans, nous ne luttons pas contre elles.

La question a tout d'abord été intime et familiale pour nous, elle s'est rapidement révélée sociale et politique. La violence des attaques, les accusations de complotisme et d'appartenance à l'extrême droite se sont abattues sur nous. Notre demande est simple : réfléchir, consulter, évaluer les risques pour éviter une médicalisation et le recours à des chirurgies qui feront de

nos enfants des patients à vie. Nous voyons leur souffrance, nous souffrons également. Mais nous pensons qu'entre 12 et 25 ans il se passe beaucoup de choses, et que si un tatouage ridicule peut être assumé plus tard, la modification de sa voix ou l'ablation de ses seins n'est pas du même registre. Rien de plus. Que des adultes souhaitent avoir accès à ces traitements lourds est pour nous un droit. Que certains de nos enfants y aient recours une fois adultes nous paraît tout à fait envisageable. Mais nous nous nous insurgeons contre la précipitation dans laquelle cela peut se faire.

Nous avons conscience que le débat est un débat de société, qui nous dépasse. Nous refusons que nos enfants soient instrumentalisés.

Cet ouvrage n'est pas écrit par des professionnels mais par des parents. Nous avons cependant mis nos ressources en commun, certains parmi nous ayant des compétences scientifiques ou médicales.

1. QUELQUES CLES DE COMPREHENSION

I. LA DYSPHORIE DE GENRE : NAISSANCE D'UNE NOTION

Le genre est un concept protéiforme, toutes les définitions que nous pourrions en donner sont parcellaires. On note une apparition du mot dans l'analyse que fait Roland Barthes de *La Sarrasine* de Balzac, dans son ouvrage *S/Z*, en 1967, sur l'histoire d'un castrat du XVIII^e siècle¹. C'est Judith Butler, avec son ouvrage *Trouble dans le genre* qui a popularisé la notion de genre, s'appuyant sur une lecture très personnelle de la French Theory (Barthes, Derrida, Foucault)². Le genre serait performatif c'est-à-dire que son énonciation constitue simultanément l'action qu'il exprime. Un exemple d'énoncé performatif serait « Je jure, je promets ».

Un élément fait consensus : le genre est une construction sociale.

L'adolescence est le moment de la crise identitaire et de nombreuses tentatives d'auto-définition. Nous pourrions être dans un questionnement philosophique et ontologique sans conséquences majeures, que beaucoup de parents assimileraient à une crise d'adolescence classique. Gothique, punk, racaille, ou trans, quelle est la différence ? La différence est de taille, elle réside dans l'aspect médical de la question et dans ses conséquences irréversibles. Beaucoup assimilent la transidentité et son acceptation à l'homosexualité, le psychiatre Serge Hefez en tête, qui en parlant du livre *La Fabrique de l'enfant transgenre* dit à Libération³ « si vous remplacez « transgenre » par « homosexuel » dans le livre, vous avez les cheveux qui se dressent sur la tête ». Nous sommes désolés pour l'arrangement capillaire du Docteur Hefez, mais une orientation sexuelle ne demande aucune chirurgie ni aucun traitement médical à vie. Elle n'a pas d'impact non plus sur les distinctions sociales, professionnelles, ou encore sur l'état civil. Elle reste intime. D'ailleurs, la plupart de nos enfants se sont déclarés homosexuels sans déclencher la moindre inquiétude dans nos familles.

¹ <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-nuits-de-france-culture/quand-roland-barthes-analysait-sarrasine-de-balzac-4885344>.

² Cf. Éric Marty, *Le Sexe des modernes*, pour une analyse très fine des liens entre french Theory et son utilisation par Butler.

³ Article d'Adrien Naselli, publié dans Libération le 25 décembre 2022.

A. LA DYSPHORIE DE GENRE DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

En psychiatrie, deux classifications sont principalement utilisées au niveau international.

Le DSM est la classification des troubles mentaux proposée par l'association américaine de psychiatrie (APA). C'est une référence simple à utiliser, pendant longtemps le livre avait même la taille idéale pour être glissé dans la poche d'une blouse de médecin. En répondant à une série de questions, il permet de poser un diagnostic à l'aide d'une grille universelle et accessible. Le diagnostic est plutôt posé à partir de la description des troubles et qu'à partir de leur étiologie. Par exemple, on diagnostique un trouble anxio-dépressif à partir des symptômes et on fait des propositions thérapeutiques, mais les hypothèses sur l'origine de l'apparition du trouble ne font pas partie de la démarche diagnostique. Nous en sommes au DSM V aujourd'hui. L'entrée de la question du genre s'est faite très progressivement. Au départ, du DSM I au DSM II, seul le travestissement était mentionné. En 1980 apparaît la catégorie des troubles psycho-sexuels dans le DSM III, dans lequel on trouve les troubles de l'identité sexuelle dont fait partie le transsexualisme⁴. Pour que la transition physique soit remboursée par la sécurité sociale, il faut prouver que la personne est « vraiment trans », ce qui passe par une évaluation psychiatrique. C'est cette psychiatrisation contre laquelle les associations se sont battues pendant des années. Elle justifiait le remboursement complet des procédures de transition, en les considérant comme une affection de longue durée (ALD) pour trouble psychiatrique.

Depuis 2010 en France, le transsexualisme ne fait plus partie des troubles psychiatriques. Mais l'ALD a été conservée, en faisant passer les patients d'une ALD pour troubles psychiatriques de longue durée à une ALD classifiée « hors liste ». Les opérations de féminisation et de masculinisation, les prothèses de seins, les phalloplasties, les chirurgies du visage restent majoritairement remboursées dans le cadre de cette ALD, sous certaines conditions.

⁴ Pour un rappel historique complet <https://journals.openedition.org/socio-logos/2837>, par Arnaud Alessandrin.

La CIM 11, Classification Internationale des Maladies selon l'Organisation Mondiale de la Santé

La CIM-11 permet aux pays de recenser les problèmes de santé et d'établir des statistiques au moyen d'un système de classification actualisé et cliniquement pertinent. Des codes spécifiques sont attribués aux problèmes de santé ou aux accidents. Les données ainsi produites peuvent être utilisées par les gouvernements pour élaborer des politiques de santé publique et en mesurer l'impact, allouer les ressources et améliorer le traitement et la prévention. Cette classification de l'OMS a dépsychiatrisé la question trans en 2018, en mettant en avant l'incongruence de genre, c'est-à-dire la non-adéquation entre le sexe anatomique et le genre. La CIM 11 est entrée en application dans de nombreux pays depuis 2022.

B. AUJOURD'HUI, LE DSM V

L'incongruence de genre des mineurs, telle que définie par un manuel de psychiatrie, le DSM V, correspond à un « ressenti d'identification forte et persistante de genre inverse à l'identité sexuée qui dure depuis au moins 6 mois », et qui peut s'accompagner « d'une souffrance psychique ou d'une altération du champ social, ou d'un risque de souffrance sociale et/ou scolaire, voire seulement d'une augmentation significative du risque de souffrance ou d'altération dans ces domaines », et deux autres critères au moins, qui sont redondants et toujours exprimés par les jeunes qui viennent consulter pour trouble de genre (par exemple souhaiter porter des vêtements de l'autre sexe ou être traité comme une personne de l'autre sexe). Il est question aujourd'hui du risque de souffrance et non d'une souffrance avérée. Pendant longtemps, il fallait au moins deux ans de symptômes de dysphorie pour obtenir une attestation d'un psychiatre qui certifie que c'était un « vrai » cas de transsexualisme. Aujourd'hui, la simple affirmation de son identité de genre suffit pour démarrer une transition. Aucun spécialiste de la santé mentale ne doit désormais valider les dires du patient, ou les infirmer.

Dans les faits, un certain nombre de médecins demandent le certificat d'un psychiatre qui atteste que l'expression d'une transidentité ne vient pas d'un trouble psychiatrique autre, dans le but de ne pas être seuls responsables de cette décision. Il n'est absolument pas obligatoire de passer par les équipes multidisciplinaires des hôpitaux. Seules les opérations génitales

(métoïdioplastie, phalloplastie, vulvoplastie, vaginoplastie) nécessitent la preuve de deux années de suivi par une équipe pluridisciplinaire incluant un psychiatre pour être prises en charge. Les associations vont plus loin, pour eux une affection psychiatrique ou neurologique ne sont pas des contre-indications à un parcours de transition⁵.

Voici le témoignage d'Irina :

« Au moment où j'écris, la voix de ma fille a déjà mué, sa pilosité se développe, en particulier sur les jambes, et, plus inquiétant à mon sens, elle commence à se plaindre de douleurs régulières au bas-ventre. J'ai peur qu'on lui propose la « chirurgie du bas » comme on dit pudiquement, pour cette raison.

Et pourtant, il y a un an, d'après ce qu'elle nous en a dit à son père et à moi-même, elle-même n'avait pas encore conscience de sa transidentité.

Les choses se sont passées extrêmement vite, pour elle comme pour nous. Coming-out en avril, premier rendez-vous médical en juin et première injection de testostérone en juillet. J'ai compris après que le réseau santé trans faisait très bien son travail de lobbying dans notre ville universitaire. Les jeunes sont très rapidement reçus au planning familial, où se pratique la thérapie affirmative.

Dans un premier temps, je pensais l'accompagner dans le sens d'une transition, ne connaissant rien au phénomène et pensant que les médecins seraient de bon conseil. Elle nous avait fait lire une BD qui s'appelle « Transition » quand elle a fait son coming-out. Quand j'y repense, c'est vraiment le monde des Bisounours de la transition. Le message renvoyé est que les problèmes d'acceptation viennent des parents, c'est donc à eux de se prendre en charge pour accepter leur enfant tel qu'il est.

Pour me rassurer, ma fille m'a proposé de l'accompagner au premier rendez-vous au planning familial. Le médecin a minimisé les effets secondaires des hormones, disant que la plupart étaient réversibles, et sorti le fameux argument du risque suicidaire. Le fait qu'on lui ait diagnostiqué au même moment une dépression sévère, un trouble anxieux massif, des TOC, un syndrome post-traumatique n'a pas été considéré comme une contre-

⁵ <https://outrans.org/wp-content/uploads/2022/11/OUTrans-Hormones-et-parcours-trans.pdf> la brochure Outrans, très bien faite.

indication. Ni le fait qu'elle ait 18 ans et n'ai jamais montré de signe de dysphorie de genre auparavant. Ni le fait que ce ressenti soit arrivé au moment où elle a rencontré un groupe d'amis qui sont tous dans un projet de transition (et tous avec des pathologies psychiatriques associées). Le médecin m'a bien dit que mes inquiétudes venaient d'un manque d'information, et que les détransitions étaient quasi-inexistantes.

Nous nous sommes retrouvés avec son père à écrire à la psychiatre qui lui a fait les diagnostics de dépression, trouble anxieux, etc... et lui dire notre inquiétude par rapport à cette transition trop rapide. Le secrétariat du cabinet nous a informé qu'elle avait pris connaissance de notre lettre mais ne répondrait pas, notre fille étant majeure. J'ai pu obtenir d'être reçue avec ma fille, mais en septembre. Le psychiatre m'a expliqué qu'elle validait le traitement hormonal à cause du risque suicidaire (elle n'a pas mis en place de thérapie autre que médicamenteuse pour travailler sur ce risque). Elle ne fait pas le lien avec les autres troubles diagnostiqués. Quand j'ai questionné le fait que le ressenti pourrait changer dans les années à venir, elle m'a répondu que ce n'était pas la question, que ce qui est conseillé pour l'instant en cas de dysphorie est de donner des hormones, mais que si les recommandations changeaient, elle n'aurait pas de mal à conseiller autre chose.

Suite à ce rendez-vous, je me suis fait traiter de transphobe et de réac par ma fille, parce que j'étais contre le traitement médical. Elle a pu revenir sur ses propos peu après mais je ne l'ai vraiment pas reconnue dans le discours qu'elle avait. Elle semblait resservir des arguments appris par cœur.

Nous avons toutes les deux traversé une période très difficile les mois qui ont suivi. Le lien s'est maintenu malgré tout et se restaure petit à petit. Elle vit encore chez moi une semaine sur deux mais on évite de parler de sa transition. On parle facilement de tous les autres sujets, de ses projets d'avenir, de films, de romans ; et j'essaie d'animer un peu notre quotidien avec des activités qui nous plaisent à toutes les 3, sa sœur, elle et moi. J'espère pouvoir l'aider à sortir de là dans l'avenir. En attendant je fais de la prévention avec sa sœur ».

En ce qui concerne les mineurs, les protocoles sont libres. En général la mammectomie est proposée après un an de prise d'hormones, mais ce n'est pas une obligation. Les mineurs peuvent demander et obtenir une ablation des seins avec l'accord des parents et cela est pratiqué en France. Ces opérations étaient au nombre de 48 en 2020 et 69 en 2019 selon le rapport Jutant-Picard⁶.

Kenneth Zucker, un exemple Canadien

Aux Etats-Unis et au Canada depuis les années 2000 les demandes de changement de genre explosent. L'histoire du Docteur Kenneth Zucker illustre l'accélération brusque des dernières années. Kenneth Zucker était le spécialiste internationalement reconnu de la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent jusqu'en 2015. En 2007 c'est lui qui a supervisé la rédaction de la définition du DSM V sur la dysphorie de genre.

Il appréhendait le jeune dans son ensemble. Parfois la dysphorie de genre était une manière de gérer un trauma ou un autre trouble. Il fallait analyser ce que le patient entendait par genre, ce qu'il projetait sur les garçons et les filles. En quoi le changement de sexe pourrait le rendre plus heureux. Ces questions avaient pour but de comprendre son problème et de soulager la dysphorie de genre. Sur 100 enfants et ados traités par le docteur Zucker, 88% ne présentaient plus de dysphorie à la sortie de l'adolescence.

Ce type de thérapie était nommée *le watchful waiting*, l'attente vigilante. Ce terme ne convient plus à Zucker car il simplifie trop l'éventail d'interventions psychothérapeutiques qu'il pouvait proposer. La transition n'était pas un but, mais une possibilité et il ne prenait pas l'auto-diagnostic du patient au premier degré.

En 2015, l'Ontario a interdit les thérapies de conversion concernant le genre. Kenneth Zucker a été accusé de pratiquer des thérapies de conversion et a dû arrêter d'exercer. Le message aux

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>, p.33.

professionnels de santé était clair : soit pratiquer l’affirmative care, soit disparaître. Le docteur Zucker a gagné son procès contre l’institution et a été réhabilité en 2018.

Beaucoup de thérapeutes restent en désaccord avec l’affirmative care et considèrent que la dysphorie de genre n’est pas une expression d’identité dont il faut se réjouir mais un symptôme. Ils continuent à travailler discrètement, en pensant que le traitement de la dysphorie de genre par la transition n’est pas toujours un service rendu au patient, sans évidemment l’exclure.

Aujourd’hui, pour résumer, l’incongruence entre le sexe de naissance et le genre ressenti n’est pas considérée comme un trouble. C’est le risque de souffrance créée par cette incongruence qui est important. Et le seul moyen de traitement acceptable pour diminuer cette incongruence serait d’adapter le corps à ce ressenti. Quand vous irez consulter un psychiatre spécialisé, il vous expliquera sans doute qu’il s’appuie sur les recommandations de la société savante internationale, la WPATH.

II. LA WPATH

Voici la présentation officielle de la WPATH sur leur site web :

« L’Association professionnelle mondiale pour la santé des transgenres (WPATH), anciennement connue sous le nom de Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), est une organisation professionnelle et éducative interdisciplinaire à but non lucratif consacrée à la santé des transgenres. Nos membres professionnels, de support et étudiants s’engagent dans la recherche clinique et académique pour développer une médecine basée sur des preuves et s’efforcent de promouvoir une haute qualité de soins pour les personnes transsexuelles, transgenres et non-conformes au genre au niveau international. Nous sommes financés principalement par le soutien de nos membres, ainsi que par des dons et des subventions parrainées par des sources non commerciales.

Mission : Promouvoir les soins fondés sur des preuves, l’éducation, la recherche, les politiques publiques et le respect en matière de santé des transsexuels.

Vision : Nous envisageons un monde dans lequel les personnes de toutes les identités et expressions de genre ont accès à des soins de santé, des services sociaux, la justice et l’égalité fondés sur des preuves ».

Un programme tout à fait honorable. Dans leurs Standards de Soins, présentés comme la référence internationale sur le sujet, ils mentionnent l'absence de conflit d'intérêts, tout en remerciant la fondation Tawani pour leurs dons généreux. La fondation Tawani est la fondation du milliardaire américain J. N. Pritzker, devenu femme, en aout 2013 officiellement, après avoir été entre autres colonel dans l'armée américaine. J. N. Pritzker a arrêté de financer le parti républicain et finance aujourd'hui le parti libertarien pour de petits montants. La Fondation Tawani a financé des chaires dans les grandes universités américaines et des projets de soins et d'accompagnement aux personnes transgenres beaucoup plus modestes⁷.

Les Standards de Soins sont très instructifs quand on prend le temps de les lire. Tout est fondé sur l'auto-détermination quelle qu'elle soit. Le chapitre 9 traite des eunuques, par exemple, pour leur proposer l'ablation de leurs organes génitaux. Ces Standards de Soins poussent la logique de l'auto-détermination jusqu'au bout, dans une forme de cohérence.

Nous vous proposons de rester sur la définition des « simples » transitions pratiquées en France.

III. QU'EST-CE QU'UNE TRANSITION ?

A. DEFINITION GENERALE

Selon Wikitrans⁸, la transition est la période durant laquelle une personne trans réalise un certain nombre d'actes pour adapter son quotidien à son identité de genre. La transition est généralement divisée en trois parties :

- **Sociale** (faire son coming-out, changer sa garde-robe, ses pronoms...)
- **Administrative** (changer son prénom et/ou sa mention de genre à l'état civil)
- **Médicale** (Traitement Hormonal de Substitution, orthophonie, opérations...)

⁷ <https://www.tawanifoundation.org/our-grants/?category=gender-human-sexuality>.

⁸ <https://wikitrans.co/>.

Aucune personne trans n'a l'obligation d'effectuer une transition et chaque personne trans doit pouvoir réaliser la transition unique qui lui convient. L'idée est vraiment de tout faire à la carte pour que la nouvelle situation fasse diminuer l'incongruence de genre.

Le sexe biologique (en dehors du cas des personnes intersexuées que nous nous refuserons d'instrumentaliser et dont les questions sont très différentes des nôtres) a été requalifié de « sexe assigné à la naissance ». On ne peut s'empêcher d'imaginer la sage-femme, telle la fée Carabosse, se penchant au-dessus du berceau du nouveau-né et prononçant le sort qui sera jeté au bébé : « tu seras garçon ! ... ou fille ! ». Le fait qu'elle ait de vulgaires indices comme une vulve ou un pénis sous les yeux n'a aucune importance, car dans un glissement sémantique, le genre et le sexe deviennent un continuum, un spectre en évolution constante. La binarité sexuelle n'est plus, dans cette logique en dehors de toute preuve scientifique. Sur ce sujet, le prix Nobel de médecine Christiane Nüsslein-Volhard rappelle qu'il n'y a que deux sexes⁹. Jerry Coyne, célèbre biologiste américain, tient des propos similaires dans le magazine l'Express daté du 22 décembre 2022 : « on voudrait nous faire croire que le sexe lui-même serait un spectre, comme le genre. Mais c'est faux ! Seule une toute petite minorité de personnes ne rentre pas dans ces catégories. Il y a des mâles et des femelles chez tous les vertébrés. Parfois, ils peuvent être hermaphrodites, à l'image du poisson-clown qui a la capacité de passer de mâle à femelle. Mais dans tous les cas, il n'y a pas plus de deux sexes. Même chez les plantes, il y a un organe mâle et femelle. La raison de cette binarité est simple : l'évolution a produit deux sexes distincts qui s'accouplent l'un avec l'autre pour produire une progéniture. Dénier ces deux sexes chez les humains est l'exemple le plus flagrant de comment l'idéologie maltraite la biologie. La biologiste Anne Fausto-Sterling est par exemple allée jusqu'à affirmer qu'il y aurait cinq sexes... La gauche (NDLR: politique en France) procède à ses distorsions parce qu'elle soutient – à juste titre – le droit des personnes à choisir le rôle de genre qu'elles souhaitent. Mais les humains ne sont pas libres de choisir leur sexe biologique. Si nous voulons promouvoir la diversité de genre, nous ne devrions pas nous tourner vers la science et la biologie pour y chercher une justification ».

⁹ <https://tradfem.wordpress.com/2022/08/25/il-ny-a-que-deux-sexes-sans-aucun-doute/>.

LES TRANSITIONS NON-MEDICALES

i. La transition sociale

- **Le coming-out** : l'annonce de son changement de genre et les conséquences. Souvent mis en scène, vous verrez l'ado concentré sur son téléphone frénétiquement avant et après. Le coming-out est une forme de renaissance pour lui, une auto-consécration. Il en existe plusieurs versions : le petit discours appris par cœur, la présentation PowerPoint, la petite phrase, dans le salon, en voiture, lors d'une réunion familiale. Mais on sent bien que le point essentiel est ce qui sera partagé sur Instagram avec sa vraie famille. Car quand l'enfant fait son coming-out, il utilise un nouveau prénom en général depuis un moment. Un exemple de conseils, ne soyez pas étonnés si vous avez une impression de déjà-vu : <https://wikitrans.co/2018/11/01/comment-preparer-un-coming-out/>

« J'ai reçu un sms me disant qu'il fallait que j'accepte, ma fille était un garçon. Je pouvais lire la BD Transition pour comprendre. De toutes façons il n'y avait rien à expliquer puisqu'il s'agissait d'un ressenti. C'était signé : ton enfant »

- **Les pronoms** : le coming-out s'accompagne d'une demande de changement de pronom. Avec parfois une variante polyglotte, ils demandent le « they/them » (ou iel) s'ils se sentent non binaires.

- **Le prénom** : les prénoms de garçons sont souvent les mêmes : Arthur, Max, Nathan, Diego... des prénoms de livres pour ados. Enfin ils peuvent décider, comme des grands ! Et ainsi mettre fin à ce prénom que vous aviez choisi à sa naissance, pour sa signification, ce qu'il portait, ce qu'il représentait de sa filiation. On est dans la toute-puissance infantile, l'humilité devant ce qui nous a été donné n'est pas une option. L'ancien prénom devient le *deadname*, et continuer à l'utiliser provoquera des crises d'angoisse. Ou des heures de plainte sur Instagram. Ou une crise de dysphorie de genre qui mènera à un acte d'automutilation.

Pour les mineurs, cette transition commence souvent à l'école, sans prévenir les parents. Nous reviendrons plus tard sur la circulaire Blanquer et son application discutable. Les enseignants sont très divisés sur le sujet, tous pensent bien faire. Ils acceptent, refusent, mais quasiment aucun ne prévient les parents de la situation.

ii. La transition administrative

1) Le changement de prénom

Pour les mineurs non émancipés, il faut l'autorisation des deux parents. Il s'agit aujourd'hui d'une simple formalité en mairie. Pour les majeurs comme pour les mineurs, deux justificatifs simples sont demandés. Ces justificatifs n'ont rien à voir avec un certificat médical, plutôt des attestations prouvant que la personne utilise ce prénom de manière habituelle.

2) Le changement de sexe à l'état civil

Il est uniquement possible pour les majeurs auprès du TJ. Le nouveau sexe doit correspondre à l'identité sociale, pas besoin d'avoir pris un traitement ou d'avoir été opéré.

TRANSITIONS MEDICALES

Nous aborderons d'abord la partie hormonale, puis la partie chirurgicale, de manière assez générale, pour que vous puissiez vous y retrouver rapidement.

i. Traitement hormonal de la dysphorie de genre¹⁰

1) Les bloqueurs de puberté

Plusieurs médicaments peuvent bloquer la puberté, ce sont des agonistes de la LHRH (Luteinizing Hormone Releasing Hormone), Hormone de libération de la lutéinostimuline, aussi appelée hormone de libération de la gonadotropine = GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone). Un agoniste est une substance qui va activer un récepteur, provoquant une réaction. Dans le cas des bloqueurs de puberté, c'est le récepteur de production de la GnRH qui est activé. Au début, de la GnRH est donc produite mais au fur et à mesure, le récepteur devient insensible. La production de GnRH baisse jusqu'à devenir quasiment nulle. Le fonctionnement naturel du corps peut être rétabli en arrêtant le traitement.

¹⁰ Athea N., Les traitements hormonaux des mineurs Trans <http://observatoirepetitesirene.org/>.

2) *Les indications pédiatriques du traitement*

En pédiatrie, ce traitement a été mis en place pour différer la puberté des enfants dont les premiers signes pubertaires sont très précoces. Ce sont des équipes néerlandaises qui ont mis en place un protocole de traitement pour les plus jeunes qui déclaraient vouloir faire une transition, avec des bloqueurs de puberté utilisés dans le traitement des pubertés précoces, mais hors AMM (autorisation de mise sur le marché). C'est-à-dire que le médicament est prescrit pour d'autres usages, mais que des études suffisantes n'ont pas été menées pour l'usage dont il est question ici. Il s'agit dans ce cas de traiter des enfants qui sont au tout début de leur puberté (stade de Tanner 1-2), puberté qui peut débiter vers 8-9 ans pour les plus jeunes, 10-11 ans en général, pour empêcher le processus pubertaire physiologique d'avoir lieu. Ils peuvent être utilisés jusqu'à l'âge de 16 ans dans ce cadre, avant la prescription d'hormones du sexe opposé.

3) *Aspects pharmacologiques des bloqueurs de puberté*

Les bloqueurs de puberté utilisés sont représentés par :

- la **leuproréline**, commercialisée en France sous le nom d'**ENANTONE** ; elle est disponible sous forme d'injection, avec de faibles doses en injection quotidienne, et des formes à libération prolongée, dont le dosage est plus important. (3,75MG, 11,25mg.). Dans les pays anglo-saxons, ce médicament est commercialisé sous le nom de **LUPRON**.

- la **triptoréline**, commercialisée sous le nom de **DECAPEPTYL**, sous forme d'injection avec comme le produit précédent, des faibles doses en injection quotidienne et de fortes doses en libération prolongées. (0,1mg, LP 3mg, et 11,25mg). En pédiatrie, les produits à libération prolongée sont utilisés.

- En **pédiatrie**, tous ces produits sont utilisés aujourd'hui sous la forme à libération prolongée

Pour les jeunes enfants dont la puberté va être bloquée, la durée du traitement s'étend entre 6 mois et 5 ans. Les risques délétères sur le capital osseux et la fragilisation osseuse provoquée par les bloqueurs de puberté sont importants.

Les médecins qui prescrivent ces bloqueurs de puberté en parlent comme d'un bouton pause, dès que l'on arrête, la puberté reprend. Il faut imaginer un enfant de collège qui ne développe pas de signes sexuels secondaires au moment où tous les autres entrent dans la puberté. Il ne connaîtra pas la puberté dans son sexe de naissance, mais une non-puberté suivie d'une puberté dans le sexe de destination. Est-ce vraiment une simple pause, ou le début d'un processus

irréversible ? Le *Dutch Protocol* évoque les 98% de patients qui ne changent pas d'avis entre la prescription de bloqueurs de puberté et celles d'hormones du sexe souhaité comme la preuve d'absence de regrets¹¹. Y a-t-il une place pour ce regret ?

4) *Effets secondaires fréquents ou très fréquents*

- Dépression, Changements d'humeur, Insomnies, Irritabilité
- Ostéoporose
- Paresthésies des membres inférieurs, Douleur dorsale, Douleurs musculaires,
- Hyperhydrose (excès de sudation)
- Asthénie, Anémie
- Céphalées, Sensation vertigineuses
- Bouche sèche
- Douleurs pelviennes
- Rhinopharyngite
- Réaction anaphylactique
- État confusionnel, Problème de mémoire, Purpura
- Anorexie, Diabète, hyperlipidémie, Appétit augmenté, Poids augmenté, Hypertension
- Acouphènes
- Acné
- Atrophie testiculaire, baisse de la libido

La fertilité peut être altérée puisque les organes sexuels, ovaires et testicules ne se développent pas. Une préservation de gamètes peut être faite. Les effets potentiels de l'absence de ces hormones sexuelles à la puberté sur la maturité de certaines zones du cerveau sont explorés aujourd'hui. Le traitement place des enfants sains dans une médicalisation lourde et surtout en fait des patients à vie. Comment le processus de séparation/individuation de l'adolescence est-

¹¹ Wiepjes, C.M., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., Klaver, M., de Vries, A.L.C., Wensing-Kruger, S.A., de Jongh, R.T., Bouman, M.B., Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L.J.G., Kreukels, B.P.C. & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *Journal of Sexual Medicine* 15 (4).

il affecté à la fois par cette médicalisation et par cette évolution physique différente de celle des autres enfants ?

ii. Les traitements hormonaux des Trans FtoM

Les effets sont classés selon le système Médra, c'est-à-dire

- Est considéré fréquent un effet survenant moins d'une fois sur 100 (ou égal à 1/100)
- Et peu fréquent un effet survenant au-delà de 1/100 jusqu'à 1/1000.

1) Pharmacologie : les androgènes (testostérone et dihydrotestostérone)

Ce traitement est habituellement indiqué pour les hypogonadismes masculins (manque de testostérone lié à l'âge ou par carence génétique). Il est prescrit hors AMM (autorisation de mise sur le marché) pour les femmes. Chez l'enfant, en plus de la virilisation, la testostérone peut entraîner une accélération de la croissance et de la maturation osseuse, ainsi qu'une soudure prématurée des cartilages de conjugaison, ceci conduisant à une diminution de la taille définitive. En conséquence, l'utilisation de ce médicament n'est pas recommandée chez les enfants et adolescents. Il n'y a pas eu d'études cliniques chez les jeunes de moins de 18 ans.

2) Médicaments contenant de la testostérone

Androtardyl : en injection tous les 15 jours à 3 semaines (c'est la version la plus utilisée).

A/ Effets de la testostérone chez les filles

Les effets virilisants apparaissent très rapidement. Certains sont durables ou irréversibles ¹²:

- Modification de la voix (voix de basse)
- Développement de la pilosité
- Perte des cheveux : golfes temporaux
- Augmentation du clitoris (avec sensibilité / douleur associées)

¹² Source <https://outrans.org/wp-content/uploads/2022/11/OUTrans-Hormones-et-parcours-trans.pdf>.

D'autres sont temporaires ou réversibles

- Arrêt des menstruations
- Redistribution de la masse graisseuse
- Développement de la masse musculaire
- Atrophie vaginale (réversible jusqu'à un certain point)
- Augmentation de la libido
- Odeur corporelle
- Peau grasse/acné

B/ Effets secondaires habituels de l'androtardyl

- Irritabilité, prise de poids, nervosité, modification de la libido avec hyperexcitation sexuelle ; bouffées de chaleur sont des effets fréquents, ainsi qu'une hyperséborrhée
- Une acné difficile à traiter

iii. Les traitements hormonaux des Trans MtoF

1) Pharmacologie

Les garçons, après qu'ils aient ou non reçu des bloqueurs de puberté, quand ils arrivent à l'âge de 15-16 ans, vont être traités par hormones sexuelles inversées. Deux types de médicaments peuvent être associés : les anti-androgènes et les traitements œstrogéniques.

A/ La classe des anti-androgènes

Le but est la réduction de l'action et de la production de la testostérone par l'administration d'anti-androgènes qui bloquent l'action des hormones masculines. Jusqu'en 2018 on donnait de l'acétate de cyprostérone (Androcur). Ce traitement était prescrit habituellement dans son AMM pour l'acné, et dans la contraception et actuellement dans l'hirsutisme mais les études ont montré une augmentation des méningiomes. Actuellement le médicament le plus prescrit est le bicalutamide ou Casodex. L'indication AMM pour ce médicament est le cancer de la prostate métastasé. Dans l'indication transidentité, il est prescrit hors AMM, il n'en est fait aucune mention dans le Vidal.

Effets cliniques attendus des anti-androgènes

Développement modéré du volume mammaire, diminution de la libido et des érections, diminution de la pilosité et de la masse musculaire, redistribution des graisses vers fesses et hanches.

Effets secondaires

- Anémie, asthénie
- Risque cardiaque
- Baisse de la libido
- Dépression
- Bouffées de chaleur
- Troubles digestifs, hépatotoxicité, ictère
- Alopecie (Chute temporaire des cheveux ou des poils, partielle ou totale)
- Prise de poids

B/ Les traitements œstrogéniques

Les traitements œstrogéniques sont utilisés pour leur action féminisante.

Effets cliniques attendus des traitements œstrogéniques

Ces traitements étaient associés auparavant à l'Androcur, dont l'action dévirilisante était importante mais qui sont donc actuellement associés au Bicalutamide. De plus en plus de personnes trans vont recevoir des œstrogènes seuls et ils sont très attachés à l'action féminisante de ces médicaments. Cependant, leur action est très variable d'un sujet à l'autre et demande du temps pour être visible. L'action essentielle des œstrogènes est la poussée mammaire qui est lente ; elle débute après plusieurs mois de traitement et on peut estimer qu'elle ne se modifiera plus après deux ans. Il y a extrêmement peu d'autres effets féminisants des œstrogènes.

Plusieurs types d'œstrogènes sont prescrits :

- les œstrogènes naturels donnés par voie orale (estradiol 2 à 4 mg) doivent être préférés aux œstrogènes de type éthinyl-estradiol qui présentent beaucoup plus d'effets nocifs métaboliques et cardio-vasculaires.

- les œstrogènes percutanés (estradiol transdermique 100 mg) : ce sont des œstrogènes qui, étalés sous forme de crème sur la peau, peuvent pénétrer dans l'organisme. Ils sont

mieux tolérés sur le plan métabolique et cardio-vasculaire mais d'application plus contraignante. Ils ont cependant les mêmes contre-indications que les œstrogènes naturels.

De la même façon que pour les androgènes, toutes les études ayant conduit à vérifier la sécurité pour permettre l'autorisation de mise sur le marché ont été effectuées sur des femmes. Les travaux conduits sur des personnes trans sont limités et ne permettent pas d'assurer la validité des données de pharmacovigilance connues.

Effets secondaires des œstrogènes

Les effets fréquents suivants sont décrits : céphalées, modification du poids, en plus ou en moins, tension ou douleurs mammaires, prurit ou éruption cutanée, nausée, douleurs abdominales. Parmi d'autres effets, citons : les sensations de vertiges, les troubles visuels, les palpitations, une urticaire, une anxiété, une baisse de la libido, une humeur dépressive. Chez certains sujets à risque, des thromboses vasculaires peuvent s'observer : l'absence d'antécédents de cet ordre chez eux ou dans leur famille doit être vérifiée avant toute prescription.

C/ Les complications spécifiques des œstrogènes sur les garçons

Des thromboses veineuses ont été décrites (risque multiplié par 5 après deux ans de suivi, soit 3 fois plus élevé que chez les femmes) **ainsi que des accidents vasculaires cérébraux** (risque multiplié par 10 soit 4 fois plus élevés chez les femme-cis). **L'infarctus du myocarde** est deux fois et demie plus fréquent que chez les hommes-cis. Ils sont plus fréquents que dans une

population d'hommes-cisgenre et également de femme-cisgenre^{13, 14, 15} et surviennent après une certaine durée de prise.

iv. Traitements chirurgicaux

La chirurgie de « réassignation » est remboursée à 100% par l'Assurance Maladie lorsque les patients bénéficient du cadre de l'ALD 31 hors liste pour transidentité. Ce remboursement s'effectue sur la base des tarifs des actes de la CCAM (classification commune des actes médicaux) fixés par l'Assurance Maladie. De nombreux chirurgiens exerçant en clinique privée pratiquent toutefois des « dépassements d'honoraires » parfois substantiels qui eux ne sont pas remboursés. Les listes d'attente dans le public pour les opérations sont très longues, les patients se tournent donc de plus en plus vers le secteur privé.

1) Actes chirurgicaux pour les jeunes filles et les femmes souhaitant se donner une apparence plus masculine.

A/ La mammectomie totale bilatérale

Aussi appelée « mammecc », terme employé parfois sur les réseaux sociaux, mastectomie ou « torsoplastie », terme édulcoré cherchant à assimiler cette intervention à une simple chirurgie esthétique. Il s'agit dans les faits d'un acte mutilant puisqu'il consiste à pratiquer l'ablation totale des deux glandes mammaires. Interdite sur les mineures sauf en cas d'autorisation des deux parents, cette intervention est la première effectuée et la plus fréquente. Le nombre de mammectomies a augmenté de manière considérable ces dernières années chez les mineures et les jeunes majeures en France. Les autorités de santé n'ont jusqu'à présent publié aucune donnée chiffrée sur ce phénomène. Comme pour beaucoup d'actes de chirurgie esthétique, c'est une source de profits considérable pour des chirurgiens exerçant en clinique privée, moyennant

¹³ Getahun D, Nash R, Flanders WD, Baird TC, Becerra-Culqui TA, Cromwell L, Hunkeler E, Lash TL, Millman A, Quinn VP, Robinson B, Roblin D, Silverberg MJ, Safer J, Slovis J, Tangpricha V, Goodman M. Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2018 Aug 21;169(4):205-213. doi: 10.7326/M17-2785. Epub 2018 Jul 10. PMID: 29987313; PMCID: PMC6636681.

¹⁴ Irwig, MS Santé cardiovasculaire chez les personnes transgenres. *Rev Endocr Metab Disord* **19**, 243–251 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454->.

¹⁵ Goodman et al, *Ibid.*

de larges dépassements d'honoraires. On trouve sur You Tube de nombreux exemples de cette démarche¹⁶. Plusieurs témoignages d'infirmières de bloc font état d'opérations à la chaîne dans leurs services.

B/ La chirurgie génitale, alias "chirurgie du bas"

Actes chirurgicaux pour les femmes souhaitant se donner une apparence plus masculine

L'hystérectomie totale

Il s'agit de l'ablation de l'utérus, des trompes et des ovaires. Interdite en France sur des mineures, cette intervention impose une hormonothérapie à vie afin de pallier les effets graves de la privation de production d'hormones sexuelles par le corps. Effectuée à la demande de majeures parfois très jeunes, sa réalisation peut être rendue plus précoce en raison de complications gynécologiques liées aux injections de testostérone (douleurs pelviennes, saignements).

Actes chirurgicaux visant à créer des « néo pénis »

Les chirurgies sont de plusieurs types.

- La **métoidioplastie** consiste à se servir du clitoris hypertrophié sous l'effet de la testostérone en guise de néo pénis. Cette hypertrophie aboutit à la création d'un micropénis qui ne permet pas la pénétration.

- La **phalloplastie** tente de créer un néo pénis à partir de larges implants cutanés prélevés suivant les cas sur les avant bras, l'abdomen, le dos ou les cuisses. Ces techniques s'accompagnent d'artifices visant à créer un néo scrotum, à y adjoindre des prothèses testiculaires. Les chirurgiens proposent également une plastie du canal urinaire destinée à l'évacuation des urines par l'extrémité du néo pénis. Ces chirurgies lourdes ne sont pas sans risques et effets secondaires en particulier sur le plan urinaire. Par ailleurs des cas de thrombose, nécrose ou de rejet de la prothèse érectile ont été décrits. Sur le plan fonctionnel, ces chirurgies n'aboutissent qu'à des ersatz de pénis où l'érection n'est obtenue que

¹⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=orL14QorpGo>.

moyennant l'usage de prothèses à activer manuellement et la capacité d'orgasmes reste très aléatoire.

- **Liposuction des hanches, des joues, chirurgie maxillo-faciale virilisante...** ces techniques de chirurgie esthétique sont également possibles dans le cadre d'un « parcours de réassignation ».

Actes chirurgicaux pour les hommes souhaitant se donner une apparence plus féminine

Implants mammaires

Lorsque l'effet d'hypertrophie mammaire sous l'effet des hormones féminisantes est jugé insuffisant, certains ont recours à la pose d'implants mammaires. Il s'agit des mêmes techniques que celles utilisées en chirurgie esthétique par les femmes qui cherchent à accroître le volume de leur poitrine. Ces actes sont pris en charge à 100% grâce à l'ALD 31.

Castration et vaginoplastie

Cette intervention complexe vise à créer une néo cavité en lieu et place des organes génitaux masculins. La cavité est généralement constituée de la peau du pénis. Lorsque la quantité de peau du pénis est insuffisante, une greffe de peau du scrotum (préalablement épilée au laser) ou de peau du pli inguinal est rajoutée. Dans certains cas, cette néo cavité est constituée par un segment d'intestin du patient. Un néo clitoris est construit à partir d'une partie du gland, des néo grandes lèvres avec une partie de la peau du scrotum, le canal urinaire est raccourci et les testicules sont enlevés (castration).

Les complications fonctionnelles de ces interventions ne sont pas rares : défaut de lubrification, problème d'odeur en cas de plastie intestinale, calibre insuffisant de la néo cavité nécessitant des dilatations.

Autres interventions

De nombreuses autres interventions existent telles qu'épilation, chirurgie de féminisation du visage, réduction de la pomme d'Adam, là aussi prises en charge à 100% dans la cadre de l'ALD 31.

IV. COMMENT LA TRANSIDENTITE A-T-ELLE EVOLUEE AU COURS DES DIX DERNIERES ANNEES ?

A. EN FRANCE

Le ministère de la santé Olivier Véran a commandé un rapport en 2021, rapport écrit par deux militants trans. Ce fait n'est pas particulièrement surprenant quand on connaît le contexte, en matière de transidentité, les associations ont gagné une place d'expert. Elles participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires dans les hôpitaux, ce qui n'est le cas pour aucune autre affection médicale. Qui mieux que des militants pouvait donc rendre ce rapport, écrit avec « le soutien de l'Igas » (inspection générale des affaires sociales) et qui est maintenant nommé « le rapport de l'Igas » par la Haute autorité de santé (HAS) ? Nous nous permettons cependant de nous poser la question du conflit d'intérêts, les seuls experts de la question étant les principaux intéressés.

Selon ce rapport « Le nombre de bénéficiaires de l'ALD au titre d'un diagnostic de transidentité ou dysphorie de genre a fortement augmenté depuis 10 ans, tout en restant relativement modeste : 9000 personnes sont concernées en 2020 dont 3300 admises dans l'année (soit 10 fois plus d'admissions qu'en 2013 selon la CNAM). 70% des bénéficiaires ont entre 18 et 35 ans. En 2019, le nombre de demandes et d'avis favorables d'ALD concernant des hommes trans (FtM) a rejoint celui des femmes trans (MtF) ». Selon ce rapport, 294 mineurs bénéficient de l'ALD pour « transidentité » ; 1% des séjours hospitaliers avec un diagnostic principal de « transidentité » concernent des mineurs. Ces chiffres paraissent faibles par rapport à ce que nous constatons chez les mineurs, notre modeste association représente 120 familles de mineurs.

L'explication la plus évidente est que le parcours de soins en France est très varié, et que beaucoup de personnes ne demandent pas l'ALD. Les traitements hormonaux de substitution ne demandent pas un énorme investissement financier, l'ALD ne devant nécessairement "financièrement" que devant la multiplication des opérations chirurgicales lourdes.

Il devient plus difficile de tracer le nombre de patients pris en charge. De nombreux professionnels accèdent aux souhaits des jeunes en demande de transidentité. Une endocrinologue n'hésitera pas à donner à un mineur les coordonnées d'un chirurgien pratiquant des mammectomies dans le privé, sans nécessité de passer par une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Les jeunes trans ne sont pas tous demandeurs d'une transition complète, ils choisissent à la carte leur traitement et leurs opérations.

À l'instar d'autres sites, faciles à trouver sur internet, BDD trans propose un TripAdvisor médical répertoriant les médecins complaisants et ceux trop curieux : donne le certificat en une fois, deux, par visio, pose trop de questions, etc.

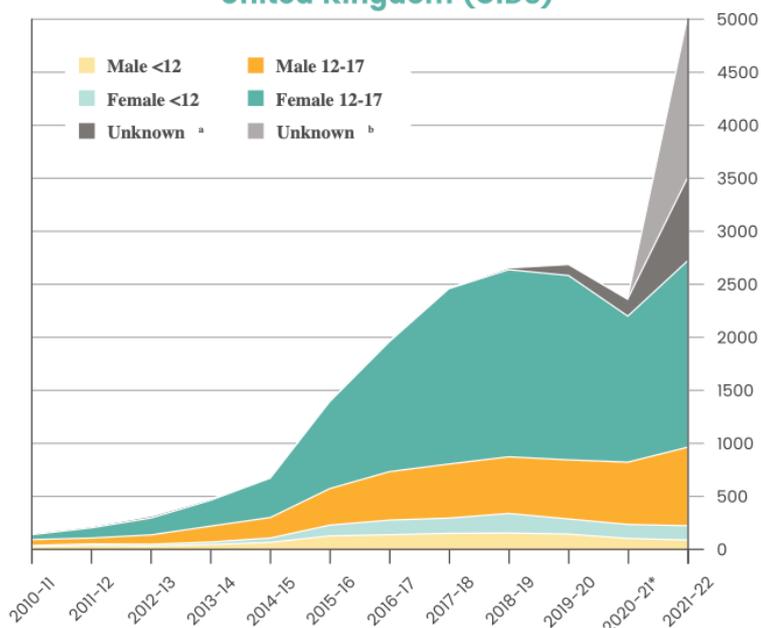
B. À L'ETRANGER

Les chiffres les plus fiables en Europe sont ceux du GIDS (gender identity development service), le service de la Tavistock Clinic de Londres, qui suit les mineurs en demande de transition. En Grande Bretagne, ce service va bientôt fermer après un rapport indépendant qui a pointé l'absence de véritable suivi clinique qui aurait permis d'évaluer la pertinence des transitions médicales. Nous vous conseillons d'ailleurs la lecture du journal de bord de l'experte qui a écrit ce rapport, très édifiant et accessible pour les anglophones¹⁷. Il est régulièrement mis à jour. Aujourd'hui elle entame le travail sur les jeunes adultes, suivant en cela l'exemple de la Finlande.

On y observe une explosion de la demande adolescente au cours des dernières années, + 4000%, et un sex ratio qui montre que les filles sont aujourd'hui majoritaires parmi les mineurs qui demandent à faire une transition.

¹⁷ <https://cass.independent-review.uk/>.

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.

^aBeginning in 2018-19, increasing numbers of referrals are not reported by sex.

^bBeginning 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).

La Suède, précurseur en la matière, recommande aujourd'hui de pratiquer des psychothérapies longues et de ne plus prescrire d'hormones.

La Finlande, dans ses recommandations, préconise de s'abstenir de prescriptions hormonales jusqu'à l'âge de 25 ans.

Certains états américains, comme la Floride et la Caroline du Nord, demandent également la fermeture de cliniques de genre.

On nous oppose souvent que nos chiffres viennent de l'étranger. Il y a une raison assez simple à cela : l'accès aux chiffres est impossible en France. Nous avons fait des demandes, des journalistes d'investigation ont fait de nombreuses tentatives, nous n'obtenons aucune réponse. Avec la multiplication des consultations en libéral, les chiffres des CHU ne sont plus représentatifs depuis longtemps.

V. POURQUOI DE TELS CHANGEMENTS, SI VITE ET SI SOUDAINEMENT ?

La réponse est multiple. Celle proposée par le docteur Lisa Littman est particulièrement intéressante, beaucoup de parents retrouvent leur enfant dans sa description du phénomène de ROGD (Rapid Onset Gender Dysphoria, traduite comme dysphorie de genre à déclenchement rapide).

En 2016, Lisa Littman est intriguée par le coming out trans de 6 adolescentes de sa petite ville de l'état de Rhode Island aux États-Unis. Elle est gynécologue-obstétricienne et son champ de recherches est la contraception et l'avortement. Elle décide de s'intéresser à la question de la transition chez les jeunes filles et plus particulièrement à l'aspect groupal : Comment expliquer qu'un groupe de six amies fasse soudainement son coming out ?

Entre 2016 et 2017 le nombre de chirurgies sur les personnes qui étaient nées femmes a été multiplié par quatre, et les gender clinics paraissent avoir une activité croissante. Dr. Littman étudie la littérature existante sur le sujet et décide de lancer sa propre étude, à partir d'entretiens avec les parents d'adolescentes, 256 au total. Deux modèles paraissaient se dégager : 65% des filles avaient déclaré être transgenre après un temps d'immersion dans les réseaux sociaux. Ensuite, la prévalence d'une identification transgenre était jusqu'à 7 fois plus élevée que la moyenne dans certains groupes de filles. Littman avait conscience que la meilleure visibilité et acceptation sociale avait certainement joué un rôle important dans une partie des coming-outs. Cependant cela n'expliquait pas ce fonctionnement en groupe. Littman décide de nommer ce phénomène « rapid onset gender dysphoria », la dysphorie de genre à déclenchement rapide, ou ROGD. S'il s'agit d'un phénomène de contagion, la réponse des soignants avec des hormones et de la chirurgie ne paraît pas adéquate.

Sa publication a suscité un tollé. Elle a été accusée de n'avoir interrogé que des parents conservateurs et d'avoir blessé des personnes trans. L'article a été attaqué sur le fait d'avoir interrogé les parents et non les adolescents. Il a été retiré du site par l'éditeur. Littman a même perdu son emploi à la suite de cette publication, emploi qui ne concernait pas du tout la question du genre.

Au cours des 10 dernières années, la prévalence de la dysphorie de genre adolescente a été multipliée par 1000 aux USA. En Grande Bretagne, la prévalence a été multipliée par 4000, dont les trois-quarts sont des filles. Le modèle que découvre Littman est toujours le même : une petite fille anxieuse, plutôt docile, sans questions sur le genre, entre au lycée. Elle intègre un

groupe d'amis dont certains se déclarent transgenres. Elle se déclare également transgenre et sa santé mentale décline. Elle devient hostile envers ses parents. Littman compare ce fonctionnement à l'éclosion des sites *proana* et *promia* il y a une dizaine d'années, où des anorexiques et des boulimiques considéraient que c'était un mode de vie et pas une pathologie et échangeaient des conseils. Les sites *proana* transforment en héroïsme social une maladie mentale, poussant la victime à se faire encore plus de mal. Le monde est divisé entre ceux qui vivent cette condition et ceux qui ne peuvent rien comprendre, car ils sont « cis ».

Littman dit que les filles ont tendance à aller rejoindre l'émotion de l'autre, ce qui peut mener à la contagion d'états émotionnels. Littman reprend les 6 critères de la dysphorie de genre chez l'enfant selon le DSM 5. Chez l'enfant, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné se manifeste par au moins 6 des 8 critères suivants, le premier étant obligatoire :

- La présence d'un fort désir ou de la conviction d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)
- Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre
- Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux
- Une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre
- Une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre
- Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation
- Un rejet de son anatomie sexuelle
- Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe

Beaucoup sont des comportements observables par les parents. Littman a créé un questionnaire ouvert de 99 questions. Les résultats sont les suivants :

- 80% des adolescents étaient des filles, avec un âge moyen de 16, 4 ans.
- La majorité vivait chez leurs parents au moment de l'annonce de leur transidentité.
- Aucune ne remplissait les 6 critères de la dysphorie de genre chez l'enfant, la majorité ne présentait même pas un seul critère de dysphorie de genre enfant.
- Un tiers de ces adolescents ne paraissait pas présenter de dysphorie de genre avant leur annonce.

- La majorité avait au moins un diagnostic psychiatrique et s'automutilait avant le début de la dysphorie de genre.
- 41% avaient annoncé une orientation non hétérosexuelle avant la dysphorie de genre.
- Près de la moitié (47%) était considérée comme surdouée.
- Près de 70% appartenaient à un groupe de pairs où au moins une personne était trans. Dans certains groupes, la majorité des amis était trans.
- Plus de 65% avaient augmenté le temps passé sur les réseaux sociaux avant l'annonce.
- Plus de 60% des parents ont constaté une forte augmentation de la popularité de leurs enfants après l'annonce.
- Plus de 90% des parents interrogés sont blancs.
- Plus de 70% des parents ont au moins un niveau licence.
- Plus de 85% des parents soutiennent les droits des homosexuels au mariage.
- Plus de 88% soutiennent les droits des personnes trans.
- Près de 64% se sont fait traiter de transphobe ou intolérant quand ils ont incité à plus de prudence ou ont refusé de changer le prénom ou les pronoms de leur enfant.
- Moins de 13% des parents ont constaté une amélioration de l'état mental de leur enfant après l'annonce, 47% ont constaté que leur état s'est empiré.

L'hypothèse de Littman est celle d'une étiologie différente de celle de la dysphorie de genre classique. Elle émet trois hypothèses sur les aspects qui pourraient être contagieux:

- La croyance que certains symptômes non spécifiques sont considérés comme de la dysphorie de genre et que leur présence est la preuve que la personne est transgenre.
- La croyance que la seule voie vers le bonheur est la transition.
- La croyance que toute personne qui est en désaccord avec l'auto-affirmation d'être transgenre ou est en désaccord avec le plan de transition est transphobe, agressive et le contact doit être coupé avec elle.

Littman parle d'un mécanisme de coping inadapté face à des stress et des émotions réels. Par le passé, on ne constatait pas de coming-out encouragé par un groupe d'amis et du temps passé en ligne. Littman concluait que tous les adolescents ne peuvent être dans le vrai quand ils

attribuent la cause de leurs symptômes. Sept mois après sa publication, son éditeur a publié une version corrigée. Aucun des résultats n'avait été modifié.

VI. LES COMORBIDITES CHEZ LES ADOLESCENTS

Dans une revue systématique¹⁸ des personnes diagnostiquées comme souffrant de dysphorie de genre, 53,2% d'entre elles avaient souffert d'au moins un trouble mental au cours de leur vie. Ces chiffres dépassent largement les taux de prévalence de la psychopathologie comorbide dans la population générale¹⁹ : un autre article²⁰ étudiant les consultations hospitalières a révélé que la prévalence des diagnostics de troubles mentaux était plus élevée dans les consultations de transsexuels (77%) que dans la population générale (37,8%). L'explication donnée par les transactivistes est que la transphobie serait à l'origine de ces troubles. Cette explication nous paraît de plus en plus discutable, les chiffres sont les mêmes en Scandinavie, où par exemple pour la journée du souvenir des personnes trans décédées à cause de la transphobie en Norvège en 2022, ils honorent... 0 mort. Ce qui est une excellente nouvelle, mais met à mal la théorie de la transphobie qui tue ou déclenche des pathologies. Nous aurions plutôt tendance à penser que cela renforce la nécessité d'un diagnostic différentiel.

A. LE CONFINEMENT ET LES TROUBLES ANXIO DEPRESSIFS

Les demandes de soins et d'hospitalisation ont explosé après le confinement, et les services de pédopsychiatrie sont surchargés²¹.

¹⁸ de Freitas, L. D., Léda-Rêgo, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, Â. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74 (2), 99–104.

¹⁹ Zucker, K.J., Lawrence, A.A., Kreukels, B.P. (2016). Gender Dysphoria in Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 12: 217-47.

²⁰ Bishoy, H., Repack, D., Tarang, P., Guirguis, E., Kumar, G. & Sachdeva, R. (2019). Psychiatric disorders in the U.S. transgender population. *Annals of Epidemiology* 39: 1-7.

²¹ https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf.

Pour citer la Défenseure des droits en France dans son rapport de novembre 2021 : « Les troubles dépressifs ont augmenté, depuis l'altération légère de l'humeur jusqu'à l'abattement le plus profond. Il a été démontré que le premier confinement a conduit à une hausse générale des syndromes dépressifs et même à un doublement chez les 15-24 ans (10% d'entre eux présentaient un syndrome dépressif en 2019 contre plus de 20% en 2020). Les troubles anxieux ont augmenté, en particulier les phobies sociales de toutes sortes (« syndrome de la cabane ») ; les phobies scolaires, du fait de l'alternance de séquences confinement/déconfinement, ont pu être soulagées provisoirement puis aggravées. Pour tous les enfants et encore plus pour les adolescents, les temps de confinement ont aggravé les risques d'addictions, du fait d'une consommation accrue d'écrans, de substances psychoactives ou au contraire d'un sevrage forcé faute de substances disponibles. La diffusion des « apéros zoom » chez les jeunes illustre aussi l'apparition de nouvelles conduites addictives ».



GRAPHIQUE 1

Prévalence des syndromes dépressifs en France en 2014, 2019 et mai 2020, par classe d'âge et par sexe



1. Par l'algorithme du PHQ-8 (encadré 1).

Lecture • En mai 2020, période couverte par l'enquête EpiCov, 25,6 % des femmes âgées de 15 à 24 ans présentent un syndrome dépressif.

Champ • Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine (uniquement pour EHS 2014) et Martinique, Guadeloupe et La Réunion (EHS 2019 et EpiCov), hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Sources • Enquêtes EHS 2014 et 2019 : enquête EpiCov (Inserm-DREES), vague 1, mai 2020, répondants du questionnaire long.

Source : Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la 1^{ère} vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHS) de 2014 et 2019

Dans cette période de grande fragilité qu'est l'adolescence, il y a eu une aggravation de ce qui aurait pu passer si la vie s'était déroulée normalement. Les questionnements identitaires ont pris toute la place, alors qu'en temps habituel ils sont contenus par la confrontation quotidienne au réel. On peut se sentir déprimé ou se poser des questions angoissantes, la vie sociale et les routines scolaires, sportives, familiales donnent un cadre à ces questionnements. La perte de l'habitude et de la sécurité a entraîné un repli mortifère. Tout se passait dans le huis clos familial, étouffant pour l'adolescent, la seule vie sociale et les rencontres avec les pairs avaient lieu en ligne.

Cette vie sociale virtuelle pouvait être propice à l'émergence d'une illusion de toute-puissance. Nos ados, qui en temps normal sont sur le fil entre leur monde fantasmagique (je vais devenir une star de la chanson) et la réalité et ses possibles limités (travailler son solfège, respecter les horaires de cours). C'est la période des renoncements (avec ce niveau en maths je ne pourrais pas être ingénieur). Pendant le confinement, le renoncement a été d'une grande brutalité. Le pendant fantasmagique, lui, a proposé un monde des possibles infinis : des paillettes, un genre choisi, un monde avec des expressions narcissiques illimitées. Dans ce monde merveilleux, que faire de son mal-être ? Car l'ado reste un ado, souvent dépressif comme vu plus haut.

C'est là qu'apparaît la seconde figure des réseaux sociaux : la victime. Grâce aux réseaux, ils ont accès à tous les récits, la parole est libre, elle doit être écoutée. Certains choisiront d'aller sauver la planète, eux deviendront victimes. Et ça marche, à la manière des curieux créant un bouchon sur l'autoroute après un accident. Les likes se multiplient, les réactions de soutien aussi. Des agressions imaginaires, un trouble dissociatif de l'identité, une mémoire traumatique qui revient de manière providentielle ? On passe de cet élève du fond de la classe sans grand intérêt, à une personne dont les gens veulent être l'allié. Il n'y a plus qu'à choisir dans la panoplie : Syndrome de Tourette, trouble dissociatif de l'identité, viol, agression sexuelle, les récits sont disponibles. Des affections réelles, dont la démultiplication exponentielle ne peut correspondre à la réalité. Les « neuroatypies » ont également explosé, recouvrant tout et n'importe quoi. De la simple étrangeté au véritable Asperger, tout est placé sur le même plan.

Le malaise est réel, la réponse est multiple et nous ne sommes pas convaincus que modifier le corps à l'adolescence soit une réponse universelle. Beaucoup de jeunes filles dont les parents ont rejoint Ypomoni sont autistes et le coming-out sera l'occasion de consulter et de poser un diagnostic, ce que nous nous proposons d'aborder ici.

B. AUTISME

Chez plus de la moitié des membres de notre collectif, l'annonce de la transidentité par l'enfant a été antérieure au diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), la plupart du temps dans la catégorie Syndrome d'Asperger. Beaucoup de nos enfants se définissent comme neuroatypiques et sur TikTok et Instagram nous constatons que c'est une combinaison fréquente d'autodiagnostic.

Selon deux études menées auprès des patients du Service d'Identité de Genre (GIDS) de la clinique britannique Tavistock & Portman^{22 23}, 76% des patients sont des adolescentes et 35 à 48% des patients ont un diagnostic d'autisme ou ont des traits autistiques. Aujourd'hui, aucune étude fiable ne propose d'hypothèse sur la raison pour laquelle tant de filles et tant d'autistes sont concernés par la transidentité, alors que seul 1% de la population générale est touché par un TSA. Nous vous proposons de mettre en avant quelques caractéristiques des filles présentant un TSA et de reprendre quelques hypothèses sur leur lien avec la question du genre. Nous avons choisi de nous appuyer sur l'ouvrage de Jane Galloway, qui vit avec un trouble de l'attention et un trouble du spectre autistique diagnostiqué seulement à la quarantaine « Transgender Trend – No child is born in the wrong body »²⁴ en l'adaptant au contexte français et en la complétant.

Vous reconnaîtrez sans doute certains traits de vos enfants dans ce chapitre, cela ne vaut absolument pas diagnostic d'autisme. Nous partageons tous une partie de ces traits, sans pour autant être autistes.

²² Churcher Clarke, A. & Spiliadis, A. (2019). 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry* 24 (2): 338-352.

²³ Butler, G., De Graaf, N., Wren, B. & Carmichael, P. (2018) Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Archives of Disease in Childhood* 103:631-636.

²⁴ <https://www.transgendertrend.com/product/autism-gender-identity/>.

i. Les esprits autistes

1) *L'autisme et le paysage de l'identité de genre*

Le professeur Tony Attwood, spécialiste mondialement reconnu de l'autisme, écrit sur son site²⁵, à propos des filles autistes Asperger « (...) elles peuvent préférer jouer avec des garçons dont les jeux sont plus constructifs qu'émotionnels, aventureux que conversationnels. Beaucoup témoignent penser parfois qu'elles ont un cerveau masculin plutôt que féminin parce qu'elles ont une meilleure compréhension et appréciation des intérêts, du mode de pensée et de l'humour des garçons (...) Elles peuvent éprouver une aversion pour le concept de féminité perçu comme la nécessité de porter des vêtements à la mode ou fantaisie et préférer des vêtements pratiques et confortables avec beaucoup de poches (...) Elles peuvent s'identifier avec une autre personne populaire parmi leurs pairs ou des célébrités dont elles adoptent les caractéristiques: elles peuvent être comme des caméléons, changeant de personnage selon la situation sans que personne ne sache qui elles sont vraiment. Elles pensent que la personne réelle doit rester secrète parce qu'elle est défectueuse ».

Souvent les filles autistes sont silencieuses et même si leurs parents peuvent les trouver différentes ou excentriques, les professionnels passent sous silence ces particularités. Leurs intérêts obsessionnels peuvent aussi passer pour normaux selon les stéréotypes de genre féminins. Les filles autistes peuvent atteindre la vingtaine sans avoir un sentiment d'identité fort, ce qui les amène à essayer plusieurs identités pour trouver qui elles sont : elles jouent avec des idées autour du style, du look, de la coiffure, du maquillage. Elles essaient des goûts musicaux ou des carrières différentes « peu conformes » aux stéréotypes féminins. Elles peuvent être vulnérables à la pression des pairs et au désir de plaire à tout prix. Leur compréhension littérale peut les blesser dans leurs relations ou certaines situations sociales et elles peuvent avoir du mal à interpréter les émotions ou les expressions des autres ou les leurs.

Brenda Smith Myles définit le 'curriculum caché' comme toutes les conventions sociales non formellement enseignées mais que nous apprenons ou absorbons par l'observation des gens autour de nous. Cet apprentissage implicite est difficile pour les autistes qui ont du mal à l'interpréter ou le contextualiser. L'autisme peut gêner la compréhension sociale nécessaire

²⁵ Girls and women who have Asperger's: tonyattwood.com.au.

pour passer de la préadolescence androgyne à la présentation de genre soigneusement construite. Mais il est possible d'enseigner ou de montrer aux enfants autistes les normes sociales et les attentes que les enfants neurotypiques intègrent plus facilement. Si les autistes voient qu'une identité trans ou non-binaire leur permettra de maintenir leur individualisme comme rejet des normes de genre, cela peut leur apparaître comme la (fausse bonne) solution aux difficultés sociales.

Les filles autistes ont généralement un niveau d'anxiété bien supérieur à leurs pairs qui peut nécessiter de l'autostimulation (mouvements répétitifs) pour se calmer. Parfois, elles masquent ou cachent leurs émotions à l'extérieur et 'explorent' de retour à la maison. Fréquemment, les filles autistes ont des troubles du sommeil qui peuvent accentuer leurs difficultés à faire face chaque jour aux stimulations sensorielles (hypersensibilité au bruit, à la lumière, au toucher etc...). Certains vêtements peuvent les gratter, les irriter (ceintures, fermetures éclair, fermetures du soutien-gorge etc...) et elles peuvent préférer des vêtements larges, confortables 'non conformes au genre féminin'. Cela peut conduire à des commentaires négatifs ou des questions des pairs ou de membres de la famille inconscients des difficultés sensorielles. D'un autre côté, les garçons autistes peuvent préférer des matériaux plus doux souvent associés à des vêtements féminins.

Même si le développement de l'identité peut être un processus tout au long d'une vie, c'est pendant l'adolescence que la séparation des parents commence avec l'objectif de développer une identité personnelle stable et devenir un adulte indépendant. Pour les personnes autistes, ce processus peut être plus difficile car il est plus difficile d'être accepté par ses pairs neurotypiques : souvent victimes de harcèlement et d'ostracisation, les autistes ont du mal à trouver un groupe d'appartenance. Ainsi, l'émergence de groupes amicaux autour de la transidentité dans les établissements scolaires et la présence de groupes de support « trans » en ligne facilitent le sentiment d'appartenance et rendent la communauté LGBTQ très séduisante pour les autistes.

L'autisme est souvent perçu comme un modèle de déficit, une personne autiste tend à se considérer « moins que ». À l'adolescence, elle doit faire face à une complexité grandissante des règles sociales avec plus de communication non verbale et peut chercher à copier les autres au détriment de sa propre construction identitaire. Des identités « toutes faites » non binaire ou trans peuvent lui paraître faire sens par rapport à son sentiment d'isolement et de non-conformité de genre.

2) *Les identités non binaires et l'autisme*

Les parents devront être particulièrement attentifs à la question de la non-binarité. Des jeunes autistes peuvent penser que les personnes autour d'eux les voient comme eux se voient, avec les risques inhérents.

3) *L'autisme et la santé mentale*

Les personnes autistes peuvent présenter des comorbidités qui ont des symptômes communs avec la transidentité. Le diagnostic différentiel doit être fait avec beaucoup de minutie.

Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) autour de la transidentité

Il ne faut pas confondre la dysphorie de genre et une forme du TOC autour de l'identité de genre où la personne va manifester des pensées intrusives et pénibles autour de la transition ou de la question de l'identité de genre. Le TOC cherche à neutraliser ces pensées à travers des actions compulsives : effectuer des recherches sur la transition, chercher à se rappeler si les pensées ont toujours été présentes, consulter des sites sur le genre, communiquer en ligne avec des communautés LGBT pour poser des questions et chercher des réponses. Plus ces actions sont exécutées, plus les pensées sont perpétuées. Certains éléments peuvent être liés à l'autisme, d'autres au TOC mais c'est parfois difficile de différencier d'où vient le comportement. Les personnes autistes peuvent incorporer à leur routine quotidienne ces actions sans savoir s'il s'agit d'un comportement compulsif pour neutraliser une pensée pénible, si c'est pour réduire l'anxiété ou s'il s'agit d'une activité calmante.

Troubles de l'alimentation

La dysphorie de genre partage certains schémas avec les troubles de l'alimentation chez l'adolescente. Pour beaucoup d'adolescentes autistes, la puberté est expérimentée comme un événement traumatique sur leur corps. La haute prévalence de troubles de l'alimentation chez les filles autistes peut être interprétée comme une réaction à des difficultés sensorielles liées à l'alimentation.

Dysmorphophobie

L'incongruence de genre est maintenant classée parmi les troubles de la sexualité mais si un enfant autiste éprouve un manque de confort avec son corps sexué ou la façon dont son corps change, cela peut être de la dysmorphophobie, classée dans les troubles de la santé mentale.

Traumatismes

La dysphorie de genre peut être l'expression d'un traumatisme vécu pendant l'enfance. Les enfants autistes ont un risque plus élevé d'expérimenter des expériences négatives vécues durant l'enfance ou un Syndrome de Stress Post Traumatique dont ils n'ont pas forcément conscience. D'autre part, les enfants autistes apprennent des comportements pour se conformer mais qui peuvent les amener à suivre des demandes de personnes abusives ou manipulatrices.

Erreur de diagnostic

Parfois, l'autisme est confondu chez les femmes avec le diagnostic du trouble limite de la personnalité perçu négativement dans la société avec lequel il présente des similarités: des relations interpersonnelles intenses et instables, une perturbation de l'identité avec une image de soi manifestement et continuellement instable, une impulsivité dans au moins deux domaines (dépenser de l'argent, le sexe, l'abus de substances, la boulimie, la conduite dangereuse), un comportement suicidaire ou d'automutilation répété (scarifications), une instabilité affective due à des sautes d'humeur marquées, un sentiment chronique de vide, une colère inappropriée et intense difficile à contrôler, une idéation paranoïde transitoire liée au stress ou des symptômes dissociatifs graves.

ii. Les corps des autistes

1) La puberté, l'autisme et l'identité de genre

Le développement de la poitrine

Certaines filles autistes peuvent associer le port du soutien-gorge à une imagerie sexualisée, ce qui peut les conduire au désir d'éviter de grandir. De plus, il n'y a pas de taille standard ou prévisible de la poitrine, ce qui peut leur donner le sentiment que, quel que soit le développement de leur corps, ce ne sera pas bien. Elles peuvent craindre le regard masculin sur leur poitrine et ressentir une culpabilité et une honte internalisées.

Les règles

Le début des règles peut être la partie la plus effrayante de la puberté pour les filles autistes. Beaucoup éprouvent une profonde réaction sensorielle au sang qui peut sentir très fort pour elles et elles peuvent penser que tout le monde le sent aussi. Les sensations du sang collant à leur peau ou lorsque des caillots passent peuvent être très désagréables. Beaucoup de filles autistes ont du mal à faire face à ce qui leur semble être sale et c'est donc très difficile pour

elles de gérer les aspects pratiques. Toucher leur propre sang peut les révolter et déclencher une anxiété extrême. Les filles ayant accès aux informations sur la dysphorie de genre peuvent trouver dans la médicalisation un moyen pratique de stopper la puberté et les règles.

La régulation émotionnelle

Les hormones peuvent avoir un effet dévastateur sur la régulation émotionnelle, les sautes d'humeur imprévisibles peuvent faire très peur aux enfants autistes qui vont essayer de les contrôler mais cela peut conduire à des réactions de peur extrême qui se manifeste par des effondrements ou des crises de colère.

L'alexithymie

Tony Attwood cité précédemment donne comme règle générale : « La maturité émotionnelle des enfants avec le syndrome d'Asperger a en moyenne au moins trois ans de retard sur celle de leurs pairs ». Cela peut être la cause du phénomène d'alexithymie, c'est-à-dire la difficulté à reconnaître ou nommer ses émotions. L'alexithymie cognitive est la difficulté à reconnaître ou nommer ce que nous ressentons ou reconnaissons comme émotions chez les autres. L'alexithymie affective est la difficulté à imaginer les émotions et les sentiments et à reconnaître comment les émotions nous affectent.

L'intéroception

Une personne autiste peut éprouver une difficulté d'intéroception, c'est-à-dire une difficulté à évaluer de manière exacte son activité physiologique. Jane Galloway explique qu'adolescente, elle n'avait pas de cadre de référence sur la manière dont elle devait ressentir son corps. Aujourd'hui, son cerveau adulte n'a pas toujours cette aptitude à savoir interpréter les signaux du corps mais elle a appris entre-temps à compenser cette déconnexion.

Les « binders » et la pression sensorielle

Les filles autistes s'identifiant trans ou non binaire peuvent souhaiter porter un binder ou être encouragées à en porter un. Le port du binder pour atteindre une silhouette plus masculine peut être très néfaste pour la santé (problèmes de peau/tissus, douleurs, problèmes respiratoires symptômes musculo-squelettiques). Selon Temple Grandin, personne autiste, pour beaucoup d'enfants autistes, l'acupression peut réduire la tension et donc le port du binder peut donner à certaines filles autistes un niveau de pression sensorielle qu'elles trouvent calmant. Néanmoins, il est important que les parents évitent le binder en proposant par exemple des brassières de

sport. L'article <https://www.acupression.fr/acupression-et-autisme/> peut donner des pistes pour trouver les bienfaits de l'acupression autrement que par le binder.

2) Les difficultés de communication sociales

Les enfants autistes apprennent le fonctionnement du monde par l'information qu'ils y trouvent : si des filles autistes lisent que « si elles détestent leurs règles, qu'elles veulent porter un binder ou jouer au foot, c'est parce qu'elles sont peut-être des garçons », il est possible qu'elles l'acceptent comme un fait, au moins dans un premier temps. Il peut leur être difficile de savoir si une information est correcte ou pertinente pour elles. Il faut trouver la bonne forme de communication avec un enfant autiste qui peut être très au clair avec sa propre perception, mais pas sur la perception que les autres ont de lui. Il est important de l'interroger sur sa compréhension des concepts de transidentité, d'identité de genre et de transition, que ce soit parce qu'il y a un enfant s'identifiant trans dans son établissement scolaire ou groupe d'amis, ou parce qu'elle parle de son propre ressenti.

Si un enfant autiste « non-trans » perçoit un pair comme étant du même sexe que lui mais qui s'identifie de l'autre sexe, ou ni de l'un ni de l'autre, cela peut être particulièrement perturbant pour lui. Il peut répondre d'une manière perçue comme brutale ou condescendante liée à ce qu'il voit. Le concept de genre séparé du sexe avec les mots souvent interchangeables peut provoquer une confusion lorsque c'est en opposition avec sa perception. Les différences de communication étant déjà un motif de stress chez les enfants autistes, il est essentiel que les adultes comprennent les complexités rajoutées lorsque les enfants autistes sont confrontés aux concepts de leur propre identité de genre ou celle des autres.

L'influence des facteurs externes

Internet

Comme nous l'avons vu précédemment, il est particulièrement difficile pour les jeunes autistes de trier les informations incorrectes ou fictives. Les filles autistes sont particulièrement sensibles aux influenceurs, acteurs et mannequins dont elles miment le comportement et les interactions sociales comme base de leur propre personnalité. Les plateformes YouTube et surtout TikTok avec leur défilement incessant de vidéos courtes sans contrôle de contenu peuvent particulièrement les marquer.

Les stéréotypes basés sur le sexe

Le mot de « garçon manqué » est remplacé progressivement de la langue courante par le mot « trans » et les filles qui ne se conforment pas aux stéréotypes de genre ont du mal à trouver leur espace dans la vie réelle et en ligne. Lorsque la valeur de quelqu'un est calculée sur la base des « likes » et des approbations de « selfie » sur les réseaux sociaux où les photos passent par des filtres et des retouches, la modification des corps avec des hormones ou de la chirurgie peut sembler être l'extension logique d'une telle culture. On trouve sur internet certains contenus pour les enfants qui disent que si les garçons aiment les robes ou si les filles veulent faire des choses que les garçons aiment faire, alors c'est qu'ils sont vraiment du sexe opposé et les autistes le croient, comme d'autres adolescents.

Les intérêts spécifiques

Beaucoup d'enfants autistes développent un ou plusieurs intérêts spécifiques pendant une certaine période. En passant des heures sur internet (forums, réseaux sociaux, sites) sur les sujets de la dysphorie de genre, l'identité de genre ou la transidentité, ils développent un hyperfocus autistique qui les empêche de voir le reste du monde : plus ils passent de temps à rechercher et à échanger avec d'autres, plus ils deviennent convaincus que cela représente leur vrai moi. Sur certains forums autour de l'autisme (par exemple sur Discord la communauté Spectrum « communauté sur les troubles du spectre de l'autisme »), les jeunes autistes peuvent trouver des messages sur la supposée transphobie des personnes qui considèrent comme femmes seulement les personnes biologiquement nées femmes (JK Rowling par exemple). La combinaison du focus autistique, du sens de la justice et la capacité de s'engager dans un mouvement fournit une « cohésion sociale » qui attire les personnes autistes.

iii. L'autisme, le genre et la société

Les associations pour les personnes autistes

L'information actuellement disponible en ligne sur les sites des associations autistes ne donne pas de lignes de conduite claires sur le traitement de la dysphorie de genre en lien avec l'autisme. Sur le site « Comprendre l'autisme », deux articles :

<https://comprendrelautisme.com/liens-entre-dysphorie-de-genre-et-autisme/>

<https://comprendrelautisme.com/identification-de-genre-chez-les-femmes-autistes/>

Ils reprennent des études étrangères. Souvent, c'est l'approche affirmative qui est retrouvée dans les articles en anglais sur internet. Dr Wenn Lawson, homme trans spécialisé et reconnu dans la recherche sur l'autisme féminin, auteur de https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2022/05/Dr-Wenn-Lawson-Network-Autism28_05_2015.pdf, est l'un des rares à évoquer le besoin « d'apprécier les coûts de la transition – émotionnellement, physiquement, socialement, médicalement et financièrement ». « La décision de transitionner ne doit jamais être prise à la légère et doit être toujours prise en charge par un spécialiste (par exemple un endocrinologue). » « La sexualité et l'identité de genre peuvent varier à différentes étapes de la vie ». En France, Julie Dachez, chercheuse en psychologie sociale, travaille notamment sur les liens entre l'autisme et transidentité (appel sur Twitter en octobre 2021), elle aborde rapidement le sujet dans sa BD « La Différence Invisible » mais pour le moment son approche est celle qu'ont certaines associations de soutien à l'autisme, « oui, c'est comme ça, les autistes sont plus souvent transgenres ». Sachant les difficultés rencontrées par les personnes autistes face aux normes de genre, on peut s'interroger sur le sens à long terme d'une transition.

La parentalité et l'autisme

Être le parent d'un enfant autiste peut être très exigeant, d'autant plus que le parent peut être lui-même autiste (diagnostiqué ou non). Même si la majorité des gens sont aujourd'hui conscients de l'autisme, la plupart ne le comprennent pas : la vie paraît être une succession incessante d'adaptations particulières.

Les jeunes peuvent être déçus lorsqu'ils sont confrontés à la réalité de la vie adulte. Pour certains enfants autistes, il est plus facile de vivre dans un monde rêvé où ils sont acceptés, aimés et valorisés, monde qui ne correspond pas à leur vécu à l'école. L'attrait de l'acceptation instantanée est irrésistible et le modèle d'affirmation permet aux enfants et leurs parents d'être « célébrés » dans la communauté LGBTQIA+.

Il est très difficile de voir son enfant souffrir. Mais en tant que parent on accepte que cela fait partie du voyage vers l'âge adulte. C'est un processus nécessaire. La construction de l'identité est une lutte où tous les jeunes essaient une variété de « personnes » avant d'amalgamer leurs « Sois adolescents » pour construire un « Moi » adulte cohérent et sécurisant.

2. MON ENFANT ET MOI

Cette partie est construite à partir de nos histoires.

I. COMMENT ACCUEILLIR L'ANNONCE DE TRANSIDENTITE ?

En partageant nos histoires, nous nous sommes rendu compte que leur déroulement semblait plus ou moins respecter des étapes similaires.

L'annonce se fait souvent graduellement, avec tout d'abord l'annonce d'une homosexualité, qui provoque en général peu de réactions. Puis l'annonce d'une non-binarité, à laquelle nous ne comprenons rien. Nous acceptons ce qui nous paraît être un caprice adolescent. De nouveaux amis aux cheveux colorés apparaissent, tout ça est un peu uniforme, l'enfant passe énormément de temps sur les réseaux sociaux. Un phénomène de bande plutôt bienvenu, pour des enfants qui souvent n'avaient pas énormément de relations sociales.

Entre trois mois et un an plus tard, le coming-out arrive et nous cueille à froid, avec la demande de changement de prénom et de pronom.

Si cette déclaration déclenche un soulagement, si elle met du sens sur le parcours de votre enfant depuis un certain temps, c'est une bonne nouvelle. Elle demandera un temps d'adaptation mais vous trouverez de l'aide auprès des associations et des médecins qui font un excellent travail d'accompagnement.

Nous sommes dans l'autre cas. Souvent les déclarations sont lues, jouées, apprises par cœur. Nous sentons que notre enfant ne va pas bien. Spontanément, nous pensons aux discriminations, à la difficulté du parcours des personnes trans, et surtout nous reprenons calmement l'historique. Jusqu'à la fréquentation de ces nouveaux amis, notre enfant ne semblait pas particulièrement intéressé ou attiré par l'image ou les comportements de l'autre sexe. Nous lui proposons de consulter un psy pour essayer d'explorer son identité, pour être sûr. Et là, nous ne comprenons vraiment plus rien : on nous parle de « chemin d'acceptation, d'auto-affirmation ». Car l'auto-affirmation est désormais la règle. Si le psy la met en doute, il s'agit d'une thérapie de conversion depuis la loi du la loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022, avec une petite marge de manœuvre : « *L'infraction n'est pas constituée lorsque les propos répétés invitent seulement à*

la prudence et à la réflexion, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe ».

Avec les années nous avons appris à aller consulter notre généraliste en disant « j'ai mal à la gorge » et non pas « j'ai une angine ». On décrit nos symptômes, il pose le diagnostic. Nous pouvons nous autoriser un « je crois que j'ai une angine ». Le procédé est le même pour les troubles psychiques, « Docteur, je crois que je suis fou, ou schizophrène, ou autiste ». À chaque fois le professionnel repartira des symptômes pour établir un diagnostic. Pas pour la transidentité, le patient se déclare trans et le sujet est clos. Il faut donc choisir son thérapeute avec une grande prudence, et ne pas compter sur une démarche diagnostique systématique qui n'existe plus que dans notre imagination.

À partir de là, bienvenue dans un univers de paillettes où votre enfant est certes déprimé, mais c'est parce qu'il est né dans le mauvais corps » (souvenez-vous, la fée Carabosse sur son berceau)²⁶. Pour les transactivistes, les hormones, ce n'est pas pire que des antidépresseurs ; mais les antidépresseurs n'ont pas d'effets irréversibles, contrairement à la testostérone ou aux œstrogènes. Dans cette logique, il n'est pas nécessaire de soigner son esprit, il faut soigner le corps. Comment ? À la carte ! Il ne s'agit pas de passer d'un sexe à un autre (ce qui est impossible), ni d'un genre à un autre, il s'agit de fabriquer l'apparence qui correspondra au ressenti. Avec ou sans seins, avec ou sans poils, avec ou sans tétons, avec une voix de baryton ou de soprane, avec un visage plus ou moins anguleux ou arrondi par la chirurgie esthétique.

Le calme est le maître mot. Il faut entendre la demande et proposer de revenir dessus plus tard. Sachez que de toutes manières vous serez sans doute taxé de transphobe si vous commencez à mettre en doute quoi que ce soit. Les thérapeutes conseillent de parler d'autre chose, de ne pas transformer la maison en lieu de débats constants. D'insister sur ce qui vous rassemble plutôt que ce qui vous sépare.

Les quelques familles qui ont connu une emprise sectaire de leur proche reconnaissent des éléments inquiétants.

²⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=LZ35Kh5e4Rg&t=4s>.

« Quand elle parle de son genre, je ne la reconnais plus. Sa grande sœur a été sous l'emprise d'une secte pendant des années, et je retrouve la même sensation quand elle me parle de transidentité. Je suis profondément mal à l'aise ».

II. LE CHANGEMENT DE PRENOM ET DE PRONOMS

La demande de changement de prénoms et de pronoms est souvent un grand choc. Le prénom de naissance étant qualifié de *deadname* (morinom pour certains). Ils ont anticipé votre réaction, vous êtes pris de court. Quoi qu'il arrive, demandez un temps de réflexion.

Ensuite, vous choisirez la solution avec laquelle vous êtes le plus à l'aise. Les mots épiciènes peuvent être une bonne solution temporaire, mais on s'en lasse. C'est une question très intime, et les différents membres de la famille peuvent faire des choix différents, c'est une souplesse qui peut être intéressante. Parce que votre enfant continue de vivre avec vous, et que vos différentes réalités devront encore cohabiter quelque temps.

Le changement de prénom est impensable pour certains, il est possible pour d'autres. Nous n'avons pas de conseils à vous donner sauf celui de suivre votre instinct. Le conflit aggrave les choses et nous constatons que si les plus jeunes acceptent que la famille continue d'utiliser leur nom de naissance, les surnoms finissent en général par mettre tout le monde d'accord.

III. COMMENT EN PARLER AVEC L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE ?

En classe de 1ere, nous avons découvert par hasard que notre fille était appelée comme un garçon par un de ses enseignants. À la rentrée, entendant certains camarades l'appeler par un autre prénom et la genrer au masculin, il lui a spontanément proposé d'en faire autant.

Notre fille a précisé que ce n'était pas possible, car ses parents n'étaient pas d'accord. Mais il lui a affirmé qu'il n'y avait pas de problème.

À partir de ce jour, sans que notre fille n'ait rien demandé, l'enseignant l'a nommée avec un prénom de garçon et l'a genrée comme tel.

Nous avons de suite contacté le proviseur qui a rappelé la réglementation en vigueur à l'ensemble de son équipe éducative et administrative, à savoir la circulaire Blanquer, selon laquelle le changement de prénom et de genre n'est autorisé qu'avec l'accord des deux parents. L'enseignant a immédiatement cessé.

Notre fille n'a jamais fait une telle demande à aucun adulte, elle était choquée qu'il aille à l'encontre de notre volonté. Elle avait déjà été choquée l'année précédente lorsque le médecin scolaire lui avait fait la même proposition devant nous, lui affirmant que cela pouvait se négocier avec le chef d'établissement. Notre fille avait exprimé son désaccord et nous notre mécontentement avant de quitter la pièce.

Ce témoignage illustre la confusion qui règne dans les écoles sur l'application de la circulaire Blanquer. La circulaire du ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports « pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire » – circulaire MENJS-DGESCO du 29 septembre 2021, dite circulaire Blanquer, autorise-t-elle l'usage quotidien à l'école du prénom choisi par l'élève transgenre ? Le Conseil d'État, dans une décision du 28 septembre 2022, a rejeté un recours contre cette circulaire.

La première critique de cette circulaire se fondait sur les dispositions de la loi du 6 fructidor an II (23 août 1794) qui disposent que : « aucun citoyen ne pourra porter de nom ni prénom autre que ceux exprimés dans son acte de naissance » – article 1^{er} et que « *il est expressément défendu à tous fonctionnaires publics de désigner les citoyens dans les actes autrement que par le nom de famille, les prénoms portés en l'acte de naissance... ni d'en exprimer d'autres dans les expéditions et extraits qu'ils délivreront à l'avenir* » – article 4.

Le juge administratif en s'appuyant sur les principes gouvernant l'éducation nationale tels que définies par le code de l'éducation (article L.111-1) et en tenant compte de ce que cet usage est recommandé uniquement dans le cadre de la vie interne des établissements et pour les documents qui en relèvent, à l'exclusion du suivi de la notation des élèves dans le cadre du contrôle continu pour les épreuves des diplômes nationaux, estime que la circulaire contribue ainsi à la scolarisation inclusive de tous les enfants et ne méconnaît donc pas la loi du 6 fructidor an II.

Quel est le périmètre de la vie interne des établissements et des documents qui en relèvent ? La circulaire ne le précise pas et reste floue et la liste des documents internes n'est pas limitative. Le site du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation contient une « liste non exhaustive ».

Le Conseil d'État relève également que la circulaire conditionne l'utilisation du prénom d'usage à l'accord des représentants légaux.

La circulaire indique qu'« 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 devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant ne saurait être remis en cause ».

Que doit-on faire si l'enfant et les parents ne sont pas d'accord, l'établissement scolaire doit-il obligatoirement recueillir l'avis des parents et si oui, peut-il passer outre ? Les parents peuvent interdire le prénom d'usage ?

La circulaire indique que « dans certains cas, une divulgation non souhaitée de la transidentité du jeune peut l'exposer à un sérieux risque de rejet ou de violence ».

Est-ce que cela signifierait que c'est l'enfant qui décide *in fine* ce que ses parents doivent savoir ou pas ? Comment évaluer le risque ?

Aucune juridiction ne s'étant prononcée à ce jour sur la primauté de l'autorité parentale dans ce domaine, il est difficile de donner une réponse certaine. La majorité des établissements semble naviguer à vue, en donnant discrètement le prénom choisi à l'enfant, et corrigeant le tir en cas de désaccord des parents.

IV. LES VETEMENTS, LE BINDER

Pour les filles, elles se servent souvent dans l'armoire de leur père et il est très facile d'adopter un look androgyne. Elles sont cependant nombreuses à vouloir cacher leur poitrine, en utilisant des bandes compressives ou un binder. Le binder est un soutien-gorge de compression, qui rend les seins moins apparents. Trop serré et porté trop longtemps, il peut avoir des conséquences sur la santé, et entraîner des difficultés respiratoires et des problèmes de posture. Si votre fille en achète un, il faudra surveiller de près le nombre d'heures durant lesquelles elle le porte. Les

bandes adhésives présentent les mêmes effets secondaires. Deux études, publiées en 2017 et 2018^{27 28} précisent les effets secondaires des binders.

- 76 à 78% des personnes interrogées dans le cadre d'études ont signalé des problèmes de peau/tissus, tels qu'une sensibilité, des cicatrices, des gonflements, des démangeaisons, des infections.

- 74-75% des personnes ont signalé des douleurs dans la poitrine, les épaules, le dos ou l'abdomen.

- 51 à 52% des personnes ont signalé des problèmes respiratoires (comme l'essoufflement).

- 47 à 49% ont signalé des symptômes musculo-squelettiques, comme des changements posturaux, une fonte musculaire ou des fractures des côtes.

Beaucoup de personnes se sentent mieux mentalement et émotionnellement lorsqu'elles se bandent la poitrine. Selon ces études, le *binding* aide les personnes à diminuer leur dysphorie de genre, ainsi que les sentiments d'anxiété ou de suicidalité, tout en augmentant leur confiance en public et leur estime de soi. C'est une fois de plus la recherche d'une amélioration de la détresse psychique qui passe par une maltraitance corporelle.

La solution la moins dommageable semble être le port d'une brassière de sport, un peu serrée, mais pas trop, et surtout en ne la portant pas la nuit.

Pour les garçons, les changements vestimentaires commencent souvent par le port de vernis à ongles (porté par de plus en plus de garçons, même quand ils ne sont pas en questionnement de genre). Quelques accessoires viendront s'ajouter, comme les bijoux et les foulards. Une étape supplémentaire sera le maquillage. Les stéréotypes de genre sont autorisés dans ce cas-là. Les robes et les jupes arriveront sans doute, au moins à la maison.

Là aussi, il faudra cacher ce qui est trop visible dans des tenues moulantes, en pratiquant le *tucking*. Pour cacher le pénis, on trouve facilement sur Etsy des boxers adaptés dès l'âge de 4

²⁷ Peitzmeier S, Gardner I, Weinand J, Corbet A, Acevedo K. Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Cult Health Sex*. 2017 Jan;19(1):64-75.

²⁸ Jarrett BA, Corbet AL, Gardner IH, Weinand JD, Peitzmeier SM. Chest binding and care seeking among transmasculine adults: a cross-sectional study. *Transgend Health*. 2018 Dec.

ans. Maintenir les testicules au chaud dans une position anti-physiologique entraîne des risques pour la santé : irritation, douleurs, rares possibilités de torsion testiculaire, infertilité²⁹.

Si vous souhaitez savoir comment se pratique le *tucking*, concrètement : [https://fr.wikihow.com/dissimuler-votre-sexe-\(tuck-and-tape\)](https://fr.wikihow.com/dissimuler-votre-sexe-(tuck-and-tape))

Maquillage et vêtements sont un terrain d'expérimentation ne portant pas vraiment à conséquence. La seule limite est celle de la santé de votre enfant.

V. CONSERVER DIALOGUE ET CONFIANCE AVEC SON ENFANT ?

Beaucoup de choses restent identiques dans la dynamique familiale : il ou elle est votre enfant, fait partie de votre famille. Il garde ses questions scolaires, son tour pour débarrasser la table, sa position quand il y a une fratrie. Nous n'avons ici aucun témoignage de difficultés scolaires ou sociales qui ont été réglées par une transition.

Ce qui change : l'intranquillité. Guetter les changements, se demander si un traitement a commencé, si la transition sociale est en cours, garder l'amour quand l'enfant semble rejeter tout ce qu'on lui a proposé. Un ajustement constant qui demande énormément d'énergie à tous les membres de la famille. Une tante a ainsi résumé sa situation :

« Cela fait deux ans que nous sommes terrorisés à chacune de ses visites. Comment ne pas se tromper de pronom, ne pas le vexer, nous respirons à peine. Le plaisir de le recevoir a disparu peu à peu ».

C'est une chape de plomb qui s'abat sur une maison. Il faut beaucoup de peinture à paillettes pour se dire que votre enfant est vraiment lui-même, et non une créature entre deux, dépendante de traitements pour obtenir une apparence qui ne trompe que peu de personnes.

²⁹ Poteat, T., Malik, M., & Cooney, E. (2018). Understanding the health effects of binding and tucking for gender affirmation. *Journal of Clinical and Translational Science* 2 (Suppl 1), 76.

Les comorbidités sont souvent très envahissantes, avec des troubles anxieux massifs et la possibilité d'un passage à l'acte suicidaire qui plane au-dessus de nos têtes. Si nous n'avions qu'un conseil à donner, ce serait de mettre le Doliprane et tous les traitements sous clé.

Une fois de plus, si l'atmosphère s'allège, que vous sentez que votre enfant s'apaise réellement, c'est sans doute que le choix de la transition est le bon pour lui, au moins pour l'instant. La partie médicale de la transition pourra être abordée progressivement.

VI. LA THERAPIE DE CONVERSION

Le nom de notre collectif est souvent associé à tort aux thérapies de conversion. Nos recommandations sont de maintenir le lien et de continuer à partager ce que la famille partageait auparavant. Nous parlons ici de repas, de voyages, de jeux, de glaces et de cornets de frites. Pas de coller des électrodes sur la tête d'un adolescent, de le punir d'une quelconque façon, de lui interdire de porter les vêtements qui lui plaisent ou la couleur de cheveux qui lui paraît refléter sa personnalité. La seule limite, et non conversion, pour nous, est celle de sa santé mentale et physique : les binders ou tucking, les hormones croisées, les opérations chirurgicales sont pour nous des choses qui doivent être mûrement réfléchies. Considérer que l'adolescence est le bon moment de prendre des décisions irréversibles nous pose question. Beaucoup de nos enfants sont homosexuels ou bisexuels, une fille a-t-elle besoin de devenir un garçon pour aimer comme elle l'entend ?

Le texte de loi sur les thérapies de conversion du 31 janvier 2022 ³⁰ dispose que « les pratiques, les comportements ou les propos répétés visant à modifier ou à réprimer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, vraie ou supposée, d'une personne et ayant pour effet une altération de sa santé physique ou mentale sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende ». Avec une peine qui monte à 45 000 Euros d'amende et trois ans de prison quand un mineur est concerné. Il y a cependant une limite : « L'infraction prévue au premier alinéa

³⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045097703>.

n'est pas constituée lorsque les propos répétés invitent seulement à la prudence et à la réflexion, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe ». Nos exhortations à la prudence ne sont donc pas hors la loi et nous ne cherchons à convertir personne.

VII. LES FRERES ET SŒURS

Ils sont souvent pris dans un conflit de loyauté, entre amour et besoin de conserver leurs habitudes.

« Je ne reconnais plus cette personne, j'ai perdu ma sœur. Elle n'est pas désagréable, mais ne parle que de cul et d'histoires trans. La vie de famille a disparu ».

Il s'agit de leur laisser de la place, que la transition soit acceptée ou pas, qu'elle soit en cours ou pas, l'ado en transition occupe le terrain, physiquement et mentalement. Conserver une dynamique familiale permet aussi à l'adolescent en transition de ne pas subir constamment la pression d'être au centre de l'attention.

Une thérapie familiale peut aider à retrouver une harmonie. Nous constatons souvent des décompensations en série, les frères et sœurs finissent par craquer et nous reprochent notre manque d'attention. Il faut tenter de rester garants du cadre familial, ce qui n'est pas une mince affaire. Ces tensions ont fait exploser beaucoup de couples et de familles.

VIII. FAUT-IL INTERDIRE LES RESEAUX SOCIAUX ?

C'est une plaisanterie très en vogue chez les jeunes trans, « mes parents pensent qu'Instagram m'a rendu trans », tant ils sont certains d'échapper à la contagion sociale. Les lanceurs d'alerte comme Frances Haugen auront beau lever un voile sur les méthodes du groupe Facebook, les pédopsychiatres auront beau comparer les likes à des shoots de dopamine, on a beau avoir eu une épidémie de sites pro ana il y a quelques années, puis récemment une contagion de Syndrome de Gilles de la Tourette, des Troubles dissociatifs de l'identité, la question trans semble épargnée par la contagion sociale selon eux. Impossible.

L'étude de Lisa Littman était une étude exploratoire, elle sera suivie d'autres études, mais les témoignages de parents se ressemblent, les transitions se font par groupe de copines, ou par suite d'une rencontre amoureuse, rarement ex nihilo.

IX. COMMENT CHOISIR UN PSY ?

Tout d'abord, pourquoi choisir un psy ? Les consultations spécialisées travaillent dans une approche trans affirmative, si vous êtes sûrs de la transidentité de votre enfant, vous y serez bien accueilli, après un temps sur liste d'attente. Dans le privé, beaucoup plus rapidement. Vous pouvez faire votre shopping sur BDD Trans ou Fransgenre. Votre enfant pourra consulter un psy mais ce n'est pas une obligation. On vous proposera des groupes de parole pour « travailler à votre acceptation ».

La situation est plus délicate si vous êtes dans le cas de figure où la transition vous paraît trop rapide et où vous souhaitez que votre enfant se donne un temps de réflexion. Un psychiatre ou un psychologue clinicien avec une approche générale sera sans doute indiqué, afin de ne pas se focaliser sur la transidentité. L'idée serait plutôt d'accompagner un questionnement identitaire de manière plus globale qui pourra ensuite éventuellement déboucher sur une transition ou un diagnostic différent. Nous avons de nombreux témoignages de parents dont les enfants ont été suivis par des professionnels qui n'ont pas pris en compte les diagnostics parfois très lourds posés avant leur coming-out. Certains ont arrêté leur traitement, arguant que la transition allait tout régler. C'est une véritable mise en danger, des années d'accompagnement médical perdues.

Pour ce genre de suivi, vous pouvez contacter L'Observatoire de la Petite Sirène ou Ypomoni sur leurs sites web respectifs.

X. COMMENT EN PARLER A SON ENTOURAGE ?

Souvent les parents que nous rencontrons sont très gênés. Le coming-out de leur enfant est un secret honteux. Que dire à la famille, que faire pour les fêtes de famille ? Ils se chargent souvent d'informer eux-mêmes les membres les plus proches de la famille. Nous pouvons avoir tendance à imaginer une transition telle un avant/après photoshopé d'une jeune femme féminine

avenante devenue un homme souriant, musclé et satisfait. Alors que nous avons plutôt devant nous un ado souffreteux en dépression aux cheveux arc en ciel.

La meilleure solution est la négociation, l'enfant annonce lui-même les choses à certaines personnes, les parents se chargent d'une partie des annonces. L'idéal est de prendre son temps, celui du jeune et celui des parents. Si on ne brusque pas les choses, elles se passent assez bien. Le temps de chacun est différent, le jeune est dans une forme d'urgence, les grands-parents pas toujours prêts, les parents tentent de faire au mieux.

XI. QU'EN EST-IL DU RISQUE SUICIDAIRE ?

Le grand argument des tenants de l'auto-affirmation, afin de convaincre les parents réticents est le supposé taux de suicide chez les jeunes trans, avec un chiffre de 40% sorti d'on ne sait où. Il y a même une affiche dans une grande consultation parisienne. Ce chiffre est en effet impressionnant, ce qui permet de dire que « la transition sauve des vies ». Ce mensonge, très convaincant, s'est ensuite retrouvé sur des affiches de manifestations avec le slogan : « la transphobie tue ». Un des champions de ces chiffres gonflés est Jack Turban, qui reprend des études générales faites auprès de jeunes américains et prend en compte les idéations suicidaires, notion fourre-tout qui va de la simple évocation d'une idée de suicide à la tentative sérieuse. Quand on regarde de plus près, on trouve un taux de suicide qui correspond au taux de suicide chez les adolescents qui présentent des troubles psychiatriques. Une étude de 2019³¹ constate que « les adolescents consultant pour une dysphorie de genre présentent des taux de suicidalité plus élevés par rapport aux adolescents non orientés, mais sont beaucoup plus similaires aux adolescents qui consultent (dont vraisemblablement, la grande majorité est cisgenre) en général ». Si nous reprenons le cas de la Grande Bretagne, qui propose les chiffres les plus fiables : selon le GIDS, 4 jeunes se sont suicidés entre 2010 et 2020. Ce qui donne un taux de suicide de 13/100 000, ce qui est déjà trop et 5,5 fois plus que dans la population générale³², un

³¹ Zucker, K. J. (2019). Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues. *Archives of Sexual Behavior* 48.

³² Biggs, M. Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom. *Arch Sex Behav* 51, 685–690 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7>.

chiffre comparable à celui des jeunes souffrant d'une pathologie psychiatrique. Le pourcentage de 40% paraît complètement farfelu.

Les taux de suicide chez les adultes trans nous inquiètent également énormément. Selon le rapport Jutant- Picard (ou « rapport de l'Igas » pour l'HAS), les données issues de cohortes nord-américaines mentionnent un taux de tentatives de suicide parmi les personnes trans près de dix fois plus élevé que parmi la population générale, et trois fois supérieur à celui de la population LGB (p.43 du rapport). Cela nous paraît contradictoire avec les chiffres de suicidalité donnés plus haut, nous avons hâte de lire les études sérieuses qui devraient sortir d'ici quelques années

XII. EST-CE QU'ON PEUT PARLER SEXUALITE ?

Est-ce aux parents de parler sexualité ? La réponse spontanée serait négative, mais tout le monde leur parle de sexualité, donc il devient difficile de ne pas leur en dire quelques mots. Nous pouvons au moins aborder la question de l'anorgasmie qui peut suivre les chirurgies et les prises de bloqueurs de pubertés et d'hormones, les risques d'atrophie vaginale et de crampes, les phalloplasties rarement satisfaisantes comme le témoignent beaucoup de personnes ayant détransitionné. La sexualité que nos enfants nous présentent, quand ils nous en parlent, est très paradoxale : soumise au consentement pour le moindre geste, et perméable à la pornographie et aux pratiques BDSM dès le plus jeune âge. Nous avons constaté deux attitudes extrêmes chez nos enfants : soit une absence totale de vie sentimentale et sexuelle, soit une vie sexuelle affichée et très instrumentalisée, voire monétisée.

XIII. LA FERTILITE ET LA PARENTALITE

La transidentité étant un ressenti, beaucoup de personnes trans ne prennent pas de traitements hormonaux. Leur fertilité ne sera pas affectée. Évidemment la stérilité est totale suite aux chirurgies des organes génitaux, nous ne les détaillerons pas ici.

Sur ce sujet, nous vous recommandons la lecture de la brochure de l'association OUtans, très complète³³.

A. LES BLOQUEURS DE PUBERTE

La prise de bloqueurs de puberté empêche le développement des signes sexuels secondaires. Quand la prise commence au Stade de Tanner I, on propose aux enfants un arrêt du traitement pour qu'il y ait un minimum de développement sexuel qui permette la conservation de gamètes. Cela signifie qu'un enfant de 14 ans doit répondre à la proposition de conserver ses gamètes pour un projet éventuel de parentalité. La suppression de la puberté à l'aide d'analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRHa) chez les enfants transgenres peut interrompre la maturation des cellules germinales et ainsi affecter le potentiel de fertilité. La thérapie à la testostérone chez les hommes transgenres peut supprimer l'ovulation et modifier l'histologie ovarienne, tandis que l'œstrogénothérapie chez les femmes transgenres peut entraîner une altération de la spermatogenèse et une atrophie testiculaire. L'effet de l'hormonothérapie sur la fertilité est potentiellement réversible, mais son ampleur n'est pas claire³⁴.

Il est donc recommandé d'avoir recours à une procédure de conservation des gamètes. Voici le témoignage de Barbara :

« L'endocrinologue qui me suivait m'a proposé à l'âge de 14 ans la conservation des gamètes avant de commencer la testostérone. J'ai préféré refuser car cela demandait de prendre des hormones féminines et l'idée me mettait mal à l'aise. On m'avait parlé de la potentielle baisse de fertilité qui augmentait avec le temps sous testostérone mais je n'y pensais pas trop, l'idée d'être enceinte me gênait et je me disais qu'il y aurait toujours des options comme l'adoption si la question se posait dans le futur. J'y pense mais en tout cas ce qui est « marrant » c'est qu'autant sous hormones et avant c'est une question qui ne

³³ <https://outrans.org/wp-content/uploads/2022/11/OUTrans-Hormones-et-parcours-trans.pdf>.

³⁴ Cheng PJ, Pastuszak AW, Myers JB, Goodwin IA, Hotaling JM. Fertility concerns of the transgender patient. *Transl Androl Urol.* 2019 Jun;8(3):209-218. doi: 10.21037/tau.2019.05.09. PMID: 31380227; PMCID: PMC6626312.

m'inquiétait pas du tout, mais dès que j'ai arrêté la testo c'est une des choses qui m'angoissait le plus. De ne pas pouvoir/d'avoir totalement endommagé mes organes en quelques années ».

B. CONSERVATION DES GAMETES

Les CECOS³⁵ sont accessibles aux personnes trans. Selon le Code de la santé publique à « Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée peut bénéficier du recueil ou du prélèvement et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, en vue de la préservation ou de la restauration de sa fertilité ou en vue du rétablissement d'une fonction hormonale ». (Code de la Santé publique, Article L2141-11)

À terme, la solution serait d'avoir recours à un prélèvement des tissus ovariens ou testiculaires, pour une cryoconservation et une maturation in vitro de ces tissus. Ce qui éviterait toute apparition des signes sexuels secondaires chez les enfants qui commenceraient leur transition.

XIV. LA DETRANSITION

C'est à la fois ce que nous souhaitons et ce que nous redoutons le plus. Nous distinguons le désistement (ou désistance) et la détransition. Désister, c'est changer d'avis avant tout acte irréversible. Détransitionner, c'est revenir sur une transition, qu'elle soit sociale, médicamenteuse ou chirurgicale.

Les personnes qui détransitionnent sont souvent très isolées, et les histoires de détransition très intimes. Ceux et celles que nous avons rencontrés parlent de mauvais choix, pas obligatoirement de regrets. Comme un mineur ne peut opérer une transition sans autorisation parentale, le conflit est inextricable. Les parents ont dit oui, persuadés qu'un traitement hormonal était la seule

³⁵ Centres d'Étude et de Conservation des Œufs et du Spermé humains.

réponse adéquate selon les médecins. Revenir sur cette décision prise par des adultes bienveillants est extrêmement difficile.

Ce sont les détransitionneuses qui font avancer le débat. Sans Keira Bell, en Grande Bretagne, la Tavistock Clinic, qui centralisait toutes les demandes de changement de genre pour les mineurs du pays n'aurait pas fermé et les recommandations n'auraient pas évolué. Grâce à sa persévérance, aujourd'hui la première réponse apportée à un adolescent qui présente une dysphorie de genre est une thérapie longue dans le Nord de l'Europe.

La détransition est vécue comme une forme de trahison. Les détransitionneuses « font le jeu de transphobes et de l'extrême droite », la communauté trans tente de les faire taire. Étonnant dans un univers dans lequel le narcissisme est à son maximum, où la fluidité est mise en avant. Varier, oui, regretter, non. Devant la forte augmentation des détransitions, c'est d'ailleurs la nouvelle narration des associations et des chercheurs pro trans : la détransition ne serait qu'une étape dans un voyage d'exploration du genre. Plus de regrets, pas d'effets irréversibles, juste la suite d'une histoire.

Selon un dossier très complet de Reuters³⁶, le 1^{er} octobre 2022, Diana Salameh, une femme transgenre, réalisatrice et comédienne du Mississippi, a posté une vidéo sur TikTok à l'intention de « tous les soi-disant transgenres en transition ». Les détransitions « ne font que donner des arguments aux personnes qui pensent qu'aucune personne transgenre ne devrait exister », a-t-elle déclaré dans la vidéo. « Vous, les gens qui ont sauté le pas, pris de mauvaises décisions, vous devriez avoir honte, mais vous voulez blâmer quelqu'un d'autre ». Pour conclure, elle dit : « Je pense que vous avez tous besoin de vous asseoir et de fermer votre gueule ! ». Salameh a déclaré à Reuters qu'elle avait posté la vidéo parce que les détransitions répandent la fausse idée « que personne ne peut être heureux après une transition », et que les opposants de droite aux soins de genre pour les jeunes utilisent leurs histoires « pour alimenter leurs agendas ».

Reuters a suivi les travaux d'un chercheur trans sur les détransitionneurs. En effet, jusqu'à aujourd'hui, nous ne disposons d'aucun chiffre fiable sur la question. Le point de départ pour lui était celui de beaucoup de militants trans. Les personnes trans se décourageaient et

³⁶ <https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-outcomes/>.

détransitionnaient à cause de la transphobie et du manque de soutien de leur environnement. Au fur et à mesure des rencontres et des entretiens (avec 40 personnes qui avaient détransitionné), il s'est aperçu que cela pouvait parfois être le cas, mais que souvent la transition apparaissait comme une mauvaise réponse à une importante détresse psychique. Un tiers des personnes exprimait un regret d'avoir quitté son genre de naissance, et beaucoup ont déclaré qu'ils étaient restés dans une fluidité de genre après leur transition. Nous constatons que parmi nos membres beaucoup de jeunes suivis depuis des années en psychiatrie remplacent leur traitement par une transition...et leur état psychique empire.

Il n'existe aujourd'hui aucune étude à long terme sur les regrets ou les détransitions. L'étude la plus sérieuse semble être l'étude hollandaise publiée en octobre 2022³⁷, qui affirme que 98% des jeunes qui ont commencé une transition continuaient leur traitement 4 ans plus tard. Cette étude concerne des personnes qui ont eu un parcours de transition plutôt lent, avec un temps de psychothérapie d'au moins un an. Ils ont commencé jeunes, l'âge médian étant de 14.1 ans pour les garçons de naissance et de 16 ans pour les filles de naissance. Si ces personnes ont bien suivi le Dutch Protocol, cela signifie qu'elles ont été sélectionnées soigneusement avant d'avoir accès à une transition de genre, avec un environnement soutenant et des signes de dysphorie depuis l'enfance. Quatre ans de suivi est un bon début, mais les regrets mettent souvent plus de temps à apparaître, les personnes concernées parlent plutôt de 5 ans.

Marci Bower, Présidente transgenre de la WPATH l'affirme : « les patients, même mineurs, doivent s'approprier cette dernière étape, qui est celle de la décision de faire une transition, et non pas rejeter la faute sur les médecins qui ne cherchent qu'à les guider ». Le monde est simple à la WPATH.

Les études sont rares et très limitées, les taux allant de 1 à 25% de regrets. Elles ne portent pas toutes sur les mêmes populations et n'ont pas les mêmes méthodes d'évaluation. L'article de Reuters évoqué précédemment le résume parfaitement³⁸.

³⁷ [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(22\)00254-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(22)00254-1/fulltext).

³⁸ Tableau en annexe.

XV. QUELQUES RECOMMANDATIONS

Parmi tous les conseils donnés en ligne, nous avons choisi de reprendre les recommandations du site anglais <https://www.bayswatersupport.org.uk/>.

1. Écoutez votre enfant : c'est un choix difficile pour lui et il est persuadé d'y avoir mûrement réfléchi. Son mal-être est réel, il se sent très seul, et il a beaucoup de choses à dire. Vous devrez écouter même si cela vous paraît éloigné de ce que vous voyez de lui. Y compris une supposée dysphorie de genre « masquée » depuis l'enfance.
2. Informez-vous : un nouveau vocabulaire, une nouvelle manière de penser et voir les choses. Avant de pouvoir répondre, il vous faudra plonger dans son mode de pensée.
3. L'Internet n'est pas l'ami de votre famille : YouTube , Reddit, TikTok sont des entreprises commerciales. L'idée n'est pas d'aider vos enfants à s'informer, c'est de leur proposer des contenus les plus addictifs possibles.
4. Être actif à l'école : comme nous l'avons vu, le changement de pronom et de prénom a d'abord lieu à l'école. Si vous êtes présent à l'école, vous aurez plus de chance d'en être informé et de pouvoir faire alliance avec le personnel éducatif dans l'accompagnement de votre enfant.
5. Réfléchissez à vos limites : vous avez sans doute un conjoint, d'autres enfants. Qu'est-ce que votre famille peut accepter sans tout déséquilibrer ?
6. Aidez votre enfant à réfléchir de manière critique sur le sexe et le genre en lui fournissant d'autres références.
7. Aborder les questions de santé mentale et de développement ; plus de 80% des jeunes dont les parents nous rejoignent chez Ypomoni présentent un trouble du développement ou une comorbidité. Malheureusement les professionnels se laissent souvent aveugler par la question trans. Chez les jeunes filles, l'autisme est fréquent.
8. Se préparer pour le long terme ; la crise durera au moins un an, sinon plus. À la sortie il y aura une transition, un retour au statut antérieur, certains ont radicalement changé de mode de vie, par exemple en devenant très religieux.
9. Aidez votre enfant à vivre une bonne vie : encouragez les études, le sport, les voyages, tout ce qui l'aidera à se construire un avenir, hors des écrans.

10. Prenez soin de vous. Beaucoup de parents s'écroulent, au moins temporairement. Ne vous laissez pas envahir, c'est dur, mais vous aviez une vie avant, vous aurez une vie après, et vous continuerez à vous occuper de votre enfant le temps nécessaire.

3. ANNEXES

I. OÙ S'INFORMER ?

A. SITES

<https://www.observatoirepetitesirene.org>

<https://tradfem.wordpress.com/>

<https://rebellesdugenre.wordpress.com>

<https://post-trans.com/Detransition-Francais>

<https://www.regardsdefemmes.fr/index.html>

<https://www.amqg.ch/ressources> (*Suisse*)

<https://cryforrecognition.be/fr/accueil/> (*Belgique*)

<https://site.pdfquebec.org/fr> (*Canada*)

<https://www.pdeq.org/> (*Canada*)

<https://fr.advocatesprotectingchildren.org/> (*USA-Virginie*)

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

Notre pétition à signer et faire connaître <https://www.leslignesbougent.org/petitions/nos-enfants-sont-en-danger-7235/>

Notre site : <https://ypomoni.org/>

B. TEXTES OFFICIELS EN FRANÇAIS

Circulaire Blanquer « Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire » :

<https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>

Communiqué de l'académie de médecine le 25/02/2022 : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/02/22.2.25-Communique-PCRA-19-Medecine-et-transidentite-genre.pdf>

Loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/interdiction_pratiques_modifiant_orientation_sexuelle

Résolution Parlement Européen : https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/OJQ-9-2022-07-06_FR.html

5. LEXIQUE TRANS

Quelques éléments de la novlangue avec laquelle vous vivrez désormais :

AFAB (Assigned Female At Birth)

« Femme assignée à la naissance ». Femme.

Affirmation du genre

Une manière de décrire les procédures de changement de genre, le changement de sexe étant impossible.

AMAB (Assigned Male At Birth)

« Homme assigné à la naissance ». Homme.

Approche affirmative

Une approche thérapeutique et médicale qui soutient que les adultes et les enfants, quel que soit leur âge, devraient être encouragés à faire la transition vers leur identité de genre autodéclarée.

Approche développementale

Une approche thérapeutique et médicale qui soutient que de nombreux facteurs (biologiques, psychologiques et sociaux) peuvent amener un individu à vivre une détresse liée au genre.

Assignment à la naissance

Le sexe masculin ou féminin n'est pas 'assigné'. Les organes sexuels sont vérifiés pour déterminer le sexe.

Autogynéphilie

Une paraphilie diagnostiquée répertoriée dans le DSM 5, qui fait référence à la fixation sexuelle d'un homme sur la pensée de lui-même en tant que femme. Un homme atteint d'autogynéphilie est qualifié d'« autogynéphile ».

Binder/Binding

Article vestimentaire permettant le bandage de la poitrine. Le binding, en particulier sur de longues périodes, peut affecter la peau, les muscles et les mouvements. Le fait de couvrir étroitement la peau et la poitrine avec des matériaux qui ne permettent pas à l'air de circuler librement peut créer des environnements chauds et humides propices au développement d'infections bactériennes et fongiques. Le port de binders trop serrés peut provoquer des lésions tissulaires et musculaires sous-jacentes, empêcher la liberté de mouvement et même restreindre la capacité de la personne à respirer.

Bloqueurs de puberté

Traitements médicaux dont le but est de retarder ou stopper la puberté des adolescents.

Changement de sexe

Aussi connu dans le passé sous le nom de transsexualisme. Désigne toute intervention hormonale ou chirurgicale entreprise dans le cadre de la transition médicale pour donner l'apparence du sexe biologique au sexe opposé.

Cis, cisgenre

Adjectif qui désigne les personnes qui ont une identité de genre qui correspond à leur sexe biologique. Il ne faut pas supposer que les gens sont « cis (genre) » simplement parce qu'ils ne sont pas trans, car de nombreuses personnes n'ont aucune identité de genre.

Consentement éclairé

Le patient doit bénéficier d'informations loyales, claires et adaptées à son degré de compréhension de la part des équipes soignantes et médicales tout en étant libre de toute pression ou contrainte. Donner son consentement éclairé implique de connaître les alternatives thérapeutiques envisageables, c'est-à-dire les autres moyens de traiter le(s) problème(s) de santé rencontré(s) avec leurs avantages et leurs inconvénients...

Critique du genre

Une perspective qui considère que le genre est une construction sociale et – contrairement à la biologie, qui est une réalité objective – n'est ni une qualité innée, essentielle ni déterministe.

CRS (Chirurgie de Réassignation Sexuelle) ou chirurgie transgenre

Ces chirurgies sont complexes et comme dans toute chirurgie, les complications sont toujours possibles.

DDS (Différence de Développement Sexuel)

La « différence de développement sexuel » (DDS) est une anomalie génétique caractérisée par une discordance entre le sexe chromosomique type des hommes et des femmes (XY ou XX) et certains aspects de leur anatomie, masculins pour un individu né femme (XX) ou féminins pour un individu né homme (XY). Dans la plupart des cas, la cause génétique de la DDS est inconnue. La prévalence de la DDS est de 1 cas pour 2 500 à 4 000 individus.

Désistement ou désistance

Le processus d'inversion d'une transition qui n'était que sociale (par exemple en revenant à un prénom antérieur).

Détransition

Le processus de changement de la présentation de genre d'une personne vers son sexe biologique, en cherchant à inverser une transition médicale antérieure.

Dicklit (appelé aussi néo pénis)

Clitoris ayant grossi sous l'action d'un THS (Traitement Hormonal de Substitution) pour une femme biologique.

Drag show

Spectacle de travestis

Dysphorie de genre

Désigne la détresse causée par l'écart entre le genre vécu par une personne et ses caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires. Dans sa forme en majuscule (« Dysphorie de genre »), il s'agit d'une catégorie de diagnostic dans le DSM-V, avec un diagnostic spécifique défini par des ensembles de critères spécifiques au groupe d'âge faisant référence à la détresse psychologique clinique et significative résultant de l'incongruité de genre.

Dysphorie de genre à apparition/déclenchement rapide (ROGD)

Une description d'un phénomène relativement nouveau selon lequel les adolescents (et les filles en particulier) connaissent des taux très élevés de dysphorie de genre par l'influence des pairs, et avec des niveaux élevés de problèmes de santé mentale concomitants.

Dutch Protocol

L'utilisation de médicaments agonistes de l'hormone de libération de la gonadotrophine (GnRHa) pour supprimer la puberté chez les « transsexuels juvéniles » a été proposée pour la

première fois au milieu des années 1990 (Gooren & Delemarre-van de Waal, 1996). Développée par trois cliniciens d'Utrecht et d'Amsterdam, cette intervention est devenue connue sous le nom de protocole néerlandais ou Dutch protocol. Elle est rapidement devenue une pratique standard dans le traitement des adolescents diagnostiqués avec une dysphorie de genre (HBIGDA, 2001 et toutes les équipes y font référence).

Enfant trans

Enfant qui a subi une transition médicale ou un enfant qui se questionne sur le genre, selon les circonstances.

Euphorie de genre

C'est le revers de la médaille de la dysphorie de genre. Cela se produit souvent à peu près au début de la transition médicale et ressemble beaucoup à la toute-puissance ressentie par l'anorexique lorsqu'il découvre pour la première fois qu'il est très bon en régime. Ce sentiment d'excitation intense et de bonheur peut sembler fragile, fortement défendu et presque agressif à vivre. Rappelant le fait de se sentir défoncé par la drogue, il y a une intensité sauvage impliquée qui peut être très perturbante pour quiconque vit avec ou aime la personne euphorique de genre.

Expression de genre

Éléments extérieurs par laquelle une personne veut montrer son appartenance à un certain genre (vêtements, maquillage, bijoux, comportement, ...).

Femme trans, Transféminine, Transfem

Un homme biologique qui a subi une intervention médicale pour apparaître comme une femme et/ou qui a adopté une identité féminine (officielle ou pas).

Femmis/Ladyck

Pénis ayant changé sous l'action d'un THS (Traitement Hormonal de Substitution).

Genre

Attentes sociétales influencées par la culture en matière de comportement, d'aptitudes et d'apparence en fonction du sexe et du statut social ou culturel d'une personne en tant qu'homme, femme ou autre.

Homme trans, Transmasculine, Transmasc

Une femme biologique qui a subi une intervention médicale pour apparaître comme un homme et/ou qui a adopté une identité masculine.

Hormones croisées

Désignent les hormones fabriquées naturellement par l'autre sexe.

Identité de genre

Un ressenti complètement subjectif de son propre genre, qui peut ou non être en contradiction avec son sexe biologique. Assurez-vous de ne pas présumer que tout le monde a une identité de genre, car beaucoup de gens n'adhèrent pas à cette notion pour eux-mêmes.

Incongruence de genre

Lorsque le sexe et le genre d'un individu sont perçus comme étant en contradiction l'un avec l'autre. Il s'agit d'une catégorie de la CIM-11 définie comme une incongruence marquée et persistante entre le sexe d'un individu et le genre vécu.

Intersexe

Un terme générique pour les plus de 40 conditions différentes où le développement sexuel n'adhère pas de manière rigide à la voie masculine ou féminine typique.

LGB

Un acronyme qui unit les personnes attirées par le même sexe (c'est-à-dire les lesbiennes, les homosexuels et les femmes et hommes bisexuels).

LGBT (ou LGBTQ, LGBTI, etc.)

Un acronyme qui unit les personnes attirées par le même sexe (c'est-à-dire les lesbiennes, les hommes gays et les femmes et les hommes bisexuels) avec les personnes trans – et, dans certaines itérations, avec d'autres groupes, tels que les personnes atteintes de DDS ou les personnes « queer ». Nous appelons à la prudence lors de l'utilisation de ces termes, car de nombreuses personnes attirées par le même sexe – ou en fait, les personnes atteintes de DDS – ne se considèrent pas comme faisant partie de cette communauté et préfèrent rester distinctes.

Mammec/Mammectomie/mastectomie (transition FtM)

Ablation des seins

Mégenrage

Le processus de référence à quelqu'un par l'utilisation d'un pronom qui ne correspond pas au genre auquel il s'identifie.

Métoidioplastie

Alternative à la phalloplastie lors d'une chirurgie de réassignation sexuelle FtM à partir du dicklit pour obtenir une sorte de néo pénis plus court que la moyenne mais en évitant la greffe de peau/ de nerfs et en gardant la possibilité d'orgasme clitoridien.

Morinom (traduction de dead name)

Prénom donné à la naissance par les représentants légaux et rejeté par la personne se disant trans. Tant que l'état civil de la personne n'est pas modifié, le prénom qui y figure reste le seul valable officiellement.

Non-binaire

Une identité de genre où le sens de soi d'un individu n'est ni masculin ni féminin. La non-binarité n'est pas un gage de non-médicalisation car certains jeunes en souffrance cherchent à rester dans un 'état d'enfance' où les caractéristiques sexuelles ne sont pas aussi marquées et peuvent demander des bloqueurs de puberté.

Passing

Le *passing* est la capacité d'une personne à être considérée comme membre d'un groupe social autre que le sien, comme l'ethnie, la caste, la classe sociale, l'orientation sexuelle, la religion, l'âge, le handicap entre autres et en particulier le genre: on parle alors de cis-passing. Une personne se 'sentant' trans mais ne l'affichant pas est « stealth », ce qui signifie en anglais « furtif », ou « dans le placard ». Le contraire est une personne 'out' qui a fait son « coming out » et affiche qu'elle se sent 'trans'.

Phalloplastie (appelée aussi phallopoïèse)

Reconstitution chirurgicale d'une verge artificielle.

Queer

Terme utilisé pour décrire les sexualités et/ou les identités de genre considérées comme contre-normatives.

Questionnement de genre

Décrit une personne qui pose des questions sur sa propre identité de genre ou qui l'explore d'une autre manière. Nous recommandons que ce terme soit utilisé à la place de « trans » ou « transgenre » pour les jeunes dont l'identité est encore en formation.

Sexe

Système par lequel les êtres humains sont classés comme hommes ou femmes, sur la base des fonctions de reproduction et des caractéristiques corporelles telles que les chromosomes et les hormones.

Tavistock

Nom de la Tavistock Clinic fondée en 1920, premier centre de thérapie psychanalytique anglais qui doit son nom au Tavistock Square, son emplacement d'origine dans le district de Bloomsbury à La Tavistock Clinic et la Portman Clinic se sont associées dès 1994 pour devenir Tavistock and Portman NHS Trust qui a pris le statut de fondation depuis 2006.

En Angleterre, cet établissement était le seul à prendre en charge des enfants qui s'interrogeaient sur leur identité de genre : il va bientôt fermer ses portes après décision annoncée le 28 juillet 2022 par le NHS, le système de santé anglais. Située à présent dans le nord de Londres, la clinique Tavistock traitait depuis plus de 30 ans des mineurs souffrant de dysphorie de genre ou d'incongruence de genre en Grande Bretagne, ce qui a permis de récolter des informations au niveau national et de mettre en évidence beaucoup d'anomalies.

TERF (acronyme anglais pour Trans Exclusionnary Radical Feminist)

Insulte désignant une fraction de féministes, dites radicales, ne reconnaissant comme femmes que les femmes biologiques et désignant généralement les femmes trans comme des ‘femmes trans’ mais pas des femmes. Ce terme est utilisé à tort pour désigner les personnes de sexe féminin comme transphobes.

Thérapie de conversion complexe

Dans le langage anglo-saxon, désigne la situation lorsque le jeune est encouragé à faire une transition au lieu de reconnaître une homosexualité ou bisexualité. On parle de « thérapie de conversion » lorsqu’on essaie de forcer un homosexuel ou bisexuel à se reconnaître comme hétérosexuel et « thérapie de conversion complexe » lorsqu’on essaie de convaincre un homosexuel ou bisexuel à se reconnaître comme trans.

Torsoplastie

Féminisante ou Masculinisante: Terme utilisé pour les deux types de « chirurgie du haut » pour les transitions MtF et FtM.

Transactivisme

Activisme de certaines personnes trans.

Transgenre, Trans

Terme générique désignant à la fois les personnes transgenres et les personnes transsexuelles. Compte tenu de l’ambiguïté de ce terme, nous conseillons de ne pas l’utiliser pour décrire des jeunes dont l’identité est encore en formation.

Transition

Le processus de modification de la présentation de genre et/ou des caractéristiques sexuelles d'une personne pour s'accorder avec son sens interne de l'identité de genre. La transition peut être sociale et/ou médicale.

Transition médicale

Une gamme d'interventions médicales (telles que les hormones et les chirurgies) entreprises afin de se présenter comme un sexe différent.

Transition sociale

Le processus consistant à changer son prénom, à demander aux gens d'utiliser différents pronoms ou à modifier des aspects de l'apparence (coiffure, maquillage, vêtements) afin de se présenter sous un sexe différent.

Transphobie

Attitude d'hostilité, de discrimination envers les personnes transsexuelles ou transgenres. Attitude qui remet en question l'auto-affirmation.

Transsexuel (ou « transsexuel », avec un « s »)

Un terme qui décrit les individus qui ont modifié leur corps par des hormones ou une intervention chirurgicale afin de se présenter comme un membre du sexe opposé.

Trouble de l'identité de genre

Un terme qui est apparu dans le DSM-III et le DSM-IV pour décrire ce que l'on appelle maintenant la « dysphorie de genre ».

Tucker/Tucking

Le tucking est une technique où un individu cache la forme de son pénis afin qu'il ne se voie pas à travers ses vêtements.

Cette pratique est souvent utilisée par des femmes transgenres, ainsi que par des hommes cisgenres qui font du drag. Il y a des effets secondaires liés à la fertilité causés par le tucking, tels qu'un nombre de spermatozoïdes réduit. Certains types de vêtements sont prévus spécialement pour dissimuler le pénis, il y a tout un marché du vêtement spécialisé.

VDG (Variation de Développement Génital)

Une variation du développement génital (VDG) est évoquée à la naissance, plus souvent qu'en prénatal, devant un hypospade et/ou des testicules non palpés chez un nouveau-né d'aspect plutôt masculin, devant un orifice vaginal non visible et/ou une fusion postérieure des bourrelets génitaux, une hypertrophie du clitoris, ou des gonades palpées chez un nouveau-né d'apparence plutôt féminine. Le choix de sexe est une situation rare en pratique clinique et la question se pose pour les enfants chez qui l'apparence des organes génitaux externes est tellement inhabituelle que la déclaration de sexe à l'état civil n'est pas possible à la naissance, et ceux dont l'apparence est non congruente avec le sexe génétique prénatal. La mise en évidence de la VDG peut aussi être faite plus tard dans l'enfance ou à l'adolescence.

Vaginoplastie

Intervention plastique permettant de reconstituer une cavité vaginale et une sorte de clitoris lors d'une 'opération du bas' MtF avec une inversion pénienne : la peau du pénis et des testicules est greffée à l'intérieur du vagin, couplée à l'autogreffe d'un lambeau neurovasculaire du gland qui servira à créer un clitoris sensible.

Vulvoplastie

Reconstruction génitale chez l'homme biologique qui permet de construire une néo-vulve. C'est une chirurgie qui façonne les organes génitaux comme des organes féminins externes mais sans la cavité vaginale.

7. BIBLIOGRAPHIE EN FRANÇAIS

Chiland, C. (2011). *Changer de sexe Illusion et réalité*. Odile Jacob.

Flavigny, C. (2021). *Aider les enfants « transgenres » – Contre l'américanisation des soins*. Pierre Téqui.

Habib, C. (2021). *La question trans*. Gallimard.

Joyce, H. (2022). *Trans-Quand l'idéologie heurte la réalité*. M Editeur.

Levet, B. (2016). *La Théorie du genre ou le monde rêvé des anges*. Le Livre de poche.

Marty, E. (2021). *Le Sexe des Modernes: Pensée du Neutre et théorie du genre*. Seuil.

Masson, C. & Eliacheff, C. (2022). *La fabrique de l'enfant-transgenre*. Éditions de l'Observatoire.

Melman, C., & Lebrun, J.-P. (2022). *La dysphorie de genre : à quoi se tenir pour ne pas glisser ?* Erès.

Quillon, P. (2022). *Enquête sur la dysphorie de genre – Bien comprendre pour vraiment aider les enfants*. Mame.

Shrier, A. (2022). *Domages irréversibles*. Cherche Midi.