



La demande de transition de genre chez un mineur : comment prendre la décision d'initier une transition médicale ?

Maria Le Meur

► To cite this version:

Maria Le Meur. La demande de transition de genre chez un mineur : comment prendre la décision d'initier une transition médicale ?. Ethique. 2021. dumas-03550671

HAL Id: dumas-03550671

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03550671>

Submitted on 26 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme de Master. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10



UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté **de santé**

UFR Santé - Médecine

École Ethics, research, translations (ETRES)

Année 2020-2021

N° 2021REM08

Mémoire POUR LE DIPLÔME de master 2 Ethique médicale et bioéthique

Présenté et soutenu publiquement le : 21 juin 2021

Par

Maria LE MEUR

**La demande de transition de genre chez un mineur : comment
prendre la décision d'initier une transition médicale ?**

Dirigée par Mme Marie MICHON

JURY

Mme le Professeur Marie-France MAMZER

Président

M. Marcel-Louis VIALARD, professeur associé

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme Caroline DESPRES, chercheuse

Mme Marie MICHON, PhD ATER



M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur



« Défier l'ordinaire
C'est à ma façon
Si je ne veux pas être une grande fille
Je serai un petit garçon »

Christine and the queens, « Half Ladies », album Chaleur humaine, 2014

Remerciements

À Mme le Professeur Marie-France MAMZER, pour avoir accepté mon inscription dans ce master et à toute l'équipe pédagogique du Laboratoire ETREs, pour la transmission de leurs savoirs et pour leurs remarques qui ont nourri ma réflexion.

À Mme Marie MICHON, pour m'avoir accompagnée tout au long de son travail, pour sa disponibilité et sa réactivité, et pour les échanges nécessaires et enrichissants autour de mon sujet de recherche.

À l'ensemble des psychiatres et endocrinologues interrogés, pour avoir accepté de participer à ce projet et m'avoir si bien transmis les enjeux de leur pratique.

À M. Lionel PRIGENT, pour son esprit brillant et nos échanges qui ont porté ce travail. Merci pour tes conseils.

À ma mère, Jean-Baptiste, Pierre, Théodora, Florent, et Delf, pour leur aide et leur soutien précieux depuis toutes ces années.

La demande de transition de genre chez un mineur : comment prendre la décision d'initier une transition médicale ?

Résumé :

La transidentité est un sujet qui a de plus en plus de visibilité en France depuis plusieurs années. Ce questionnement autour de l'identité de genre peut aussi survenir chez l'enfant et l'adolescent et donner lieu à une demande de transition de genre médicale. Cette transition peut consister en un blocage de la puberté ou une hormonothérapie par oestrogènes ou testostérone. Il est alors légitime de s'interroger sur la façon dont est prise la décision d'initier ces traitements chez un mineur, et sur les critères et les outils utilisés par les médecins pour prendre cette décision.

Afin d'explorer ce processus décisionnel, nous avons réalisé une étude qualitative basée sur la réalisation de huit entretiens semi-dirigés auprès de psychiatres et d'endocrinologues faisant partie d'équipes spécialisées dans l'accompagnement de la transidentité chez l'enfant et l'adolescent. Cette étude a été menée sur l'ensemble de la France.

Les résultats mettent en évidence le fait que les médecins prenaient la décision en lien avec le jeune et sa famille. Concernant les outils d'aide à la décision, ils utilisaient tous les recommandations internationales, et insistaient tous sur la prise de décision en réunion de concertation pluridisciplinaire et le temps donné à l'évaluation et à la réflexion autour de l'identité de genre avant une décision. Il a aussi été mis en évidence de nombreux éléments décisionnels subjectifs, notamment l'appui sur la demande du jeune et la fixité du vécu transidentitaire, le critère de la souffrance, l'évaluation de la compréhension des effets attendus et indésirables des traitements, notamment sur la fertilité. Il est ressorti des entretiens que l'intégration de la famille au processus décisionnel, et par ailleurs l'accompagnement familial, était essentiel. Il semblait aussi crucial de prendre en compte les spécificités de la période de l'enfance et de l'adolescence dans l'évaluation des jeunes.

Discipline ou spécialité :

[Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés français :

[Transidentité / dysphorie de genre / transition de genre / blocage pubertaire / enfants / adolescents / décision médicale]

Gender transition of children and adolescents: how to take the decision to initiate a medically assisted affirmation ?

Abstract :

For some years now, transidentity has had an increased visibility in France. Gender identity can be questioned by children and teenagers, which can lead to a request for a medically assisted gender transition. This transition can consist in puberty suppression or hormonotherapy with oestrogen or testosterone. Hence an increased concern about how the decision to initiate those treatments is taken, and on the criteria and tools used by doctors to take this decision.

We conducted a qualitative research study based on eight semi-directive interviews with psychiatrists and endocrinologists working within teams specialized in transgender children and teenagers care across France.

Our results show that the practitioners take the decision in collaboration with the children and their families. They were all using the international recommendations as tools to help them to take those decisions, and all of them underlined the importance of multidisciplinary meetings, and of the time taken to appraise and reflect on the youth gender identity before any decision. Several subjective criteria were highlighted, particularly the significance of listening to the youth request, the fixity of the transidentity across time, the suffering of the child, the evaluation of the comprehension of the expected and side effects of the treatments - particularly on fertility. The integration of the family in the decision process was essential, as well as their support. Finally, childhood and adolescence specificities must be taken into consideration in any medical assessment.

English keywords :

[Transidentity / gender dysphoria / gender transition / puberty suppression / children/ adolescents / decision making]

Liste des abréviations

- CIM : Classification Internationale des Maladies
- WPATH : World Professional Association of Transgender Health
- RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
- CECOS : Centres d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS ET ANGLAIS.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	8
TABLE DES MATIERES	9
INTRODUCTION	11
PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE	14
I. DÉFINITIONS ET REPÈRES CONCEPTUELS	14
1. <i>GENRE & SEXE</i>	14
a. LE CONCEPT DE GENRE	14
b. SEXE & ASSIGNATION	16
2. <i>NON-CONFORMITÉ DE GENRE ET DYSPHORIE DE GENRE</i>	17
a. DÉFINITIONS	17
b. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DYSPHORIE DE GENRE	18
c. HISTOIRE DU TERME « TRANS »	20
3. <i>VUE D'ENSEMBLE DES POSSIBILITÉS DE TRANSITIONS</i>	21
a. LA TRANSITION SOCIALE	21
b. LA TRANSITION MÉDICALE.....	22
c. LA TRANSITION LÉGALE.....	22
II. L'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS EN NON-CONFORMITÉ DE GENRE	23
1. <i>LES RECOMMANDATIONS MÉDICALES EXISTANTES</i>	23
a. AU PLAN PSYCHOCIAL	24
b. AU PLAN MÉDICAL	25
c. AU PLAN JURIDIQUE : LES DROITS DE L'ENFANT EN SANTÉ	28
III. LES PRISES DE POSITION AUTOUR DE LA TRANSITION MÉDICALE CHEZ LES MINEURS	30
1. <i>LES CONSÉQUENCES SUR LE LONG TERME</i>	30
2. <i>LA DÉTRANSITION</i>	32
3. <i>L'ÉVALUATION DU DISCERNEMENT</i>	34
DEUXIÈME PARTIE : RECHERCHE.....	38
I. PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	38
II. MÉTHODOLOGIE.....	39
1. <i>POPULATION ÉTUDIÉE ET RECRUTEMENT</i>	39
2. <i>RECUEIL DES DONNÉES</i>	40
3. <i>CIRCUIT DES DONNÉES ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES</i>	40

4. ANALYSE DES DONNÉES.....	41
III. RÉSULTATS.....	41
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	41
2. RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE	42
a. LES ACTEURS DE LA DÉCISION.....	42
b. LES OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION.....	46
c. LES CRITÈRES DÉCISIONNELS.....	52
d. LES ENJEUX SPÉCIFIQUES AU MINEUR.....	56
e. LES INTÉRÊTS DE L'INITIATION D'UNE TRANSITION DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS.....	61
f. LES REPRÉSENTATIONS DE CETTE DÉCISION CHEZ LES PROFESSIONNELS	63
IV. DISCUSSION	64
CONCLUSION.....	74
BIBLIOGRAPHIE	76
TABLE DES TABLEAUX.....	81
ANNEXES.....	82

Introduction

La notion de genre peut notamment être définie comme les représentations de ce qui, historiquement, culturellement, sociologiquement, appartient au féminin ou au masculin : cela peut correspondre à des comportements, une façon de se vêtir, des intérêts pour certains domaines, qui appartiennent socialement plutôt à la sphère du masculin ou du féminin. Lors de la naissance d'un enfant, on annonce qu'il est de sexe masculin ou féminin en se basant sur l'apparence de ses organes génitaux externes. Cette attribution d'un sexe va pour certains de pair avec l'assignation à un genre : ainsi, en désignant par exemple qu'un enfant est de sexe masculin à la naissance, son éducation et ses comportements vont aussi être possiblement influencés vers ce que l'on considère appartenir au masculin.

La transidentité désigne le vécu d'une « personne dont le genre ne correspond pas à celui qui lui a été attribué à la naissance » (1). Ainsi, certaines personnes ne se reconnaissent pas dans ce modèle où sexe de naissance et identité de genre sont appariés. Une personne née de sexe masculin et assignée garçon, peut s'identifier comme une femme, car elle se reconnaît dans ce qui correspond culturellement et socialement au féminin. Pour s'affirmer dans ce genre, elle peut souhaiter mener un processus de transition, qui peut être social, médical, ou juridique. La transition médicale de genre peut consister à prendre un traitement hormonal ou à subir des interventions chirurgicales, afin de féminiser ou masculiniser son corps, pour se percevoir et être perçu dans le genre auquel on s'identifie. Ces transitions médicales nécessitent donc l'entrée dans un parcours médical afin d'obtenir des prescriptions médicamenteuses.

Si c'est plutôt la place du médecin dans la validation des parcours de transition chez l'adulte qui nous a d'abord questionnés, la médiatisation récente de certains cas de jeunes trans a fait émerger notre intérêt pour ces trajectoires de vie. En effet, lorsque ce vécu transidentitaire émerge chez un enfant ou adolescent et que cela conduit à une demande de transition, la possibilité d'intervenir médicalement sur le développement hormonal et pubertaire d'un enfant ou adolescent soulève de nombreuses questions : cela interroge notamment le monde médical sur sa capacité à reconnaître et à accompagner ces parcours de vie, et ce dès un jeune âge.

D'après un rapport du psychiatre Érick Schneider remis au conseil de l'Europe en 2014, il y aurait environ 1 enfant trans sur 500. Devant le nombre croissant des demandes de transition chez les jeunes,

il semblait pertinent de s'interroger sur la mécanique décisionnelle autour de cette prise en charge plutôt que sur le fait d'accepter ou pas de les accompagner.

C'est ainsi qu'est apparue cette question de recherche autour de **l'expression d'une transidentité par un mineur** et de **comment prendre la décision d'initier un parcours médical de transition ?**

Le choix a donc été fait de s'intéresser au processus décisionnel, c'est-à-dire à comment accompagner ces demandes et comment prendre la décision d'initier, ou non, une transition médicale.

Derrière cette question, la presque évidence d'une décision complexe et difficile invitait tout de même à s'intéresser aux éventuels critères déterminants et aux outils d'aides à la décision mis en place par les médecins. L'enjeu autour de la prise en compte de l'environnement du jeune, et principalement de sa famille, semblait aussi jouer un rôle important.

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons choisi de mener une recherche qualitative basée sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins psychiatres et endocrinologues impliqués dans des équipes spécialisées dans l'accompagnement des jeunes trans et donc concernés par ce processus de décision.

PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE

I. DÉFINITIONS ET REPÈRES CONCEPTUELS

1. GENRE & SEXE

Notre question de recherche porte sur l'expression d'une transidentité par un mineur et sur la possibilité d'initier un parcours de transition médicale chez ces sujets. Il semble donc nécessaire de définir ce qu'est la transidentité, ainsi que les autres notions sous-tendues par ce terme.

La transidentité est définie dans le dictionnaire Robert comme une « identité sexuelle psychique en discordance avec le sexe biologique » (1) et comme « l'identité de genre des personnes trans » (1). À travers ces deux premières définitions apparaissent déjà les termes de « genre » et de « personnes trans » : qu'est-ce que le genre ? qui sont les personnes trans ?

a. LE CONCEPT DE GENRE

Le dictionnaire Larousse définit le mot « genre » de plusieurs manières. Au sens biologique, il désigne un « ensemble d'êtres vivants, situé, dans la classification, entre la famille et l'espèce, et groupant des espèces très voisines désignées par le même nom latin : exemple : le genre *canis* renferme l'espèce *Canis lupus* [le loup] » (2). Au sens sociologique, il se calque sur l'anglais *gender* et correspond à la « dimension identitaire, historique, culturelle et symbolique de l'appartenance biologique au sexe masculin ou féminin (...) » (2). Le dictionnaire Robert lui, renvoie au genre en tant que « construction sociale de l'identité sexuelle » (1) et illustre ce terme en évoquant « l'identité de genre : genre auquel une personne s'identifie (homme, femme, les deux à la fois ou ni l'un ni l'autre) » (1).

Si l'on axe cette fois la recherche sur le terme transgenre, le Larousse le définira comme « personne présentant un transsexualisme et qui adopte l'apparence et le mode de vie de l'autre genre, mais sans changer de sexe » (2), tandis que pour le Robert ce terme désigne « une personne dont le genre ne correspond pas à celui qui lui a été attribué à la naissance (opposé à cisgenre) » (1). On notera que le Littré et le CNRTL ne font pas état du sens sociologique du mot genre dans leurs définitions de ce terme (3-4).

Ainsi, malgré la visibilité grandissante des transidentités et des questions de genre ces dernières années, la diversité des définitions de ces termes et de ces concepts peut parfois nous perdre. On s'attachera donc à définir le concept de genre et l'histoire de ce terme.

Comme énoncé plus haut, le concept de genre peut être défini comme une construction sociale de ce qui correspondrait historiquement, culturellement et symboliquement à l'appartenance au genre féminin ou masculin.

L'anthropologue américaine Margaret Mead a été la première à évoquer la notion de « rôles sexuels » dans les années 1930 : « si certaines attitudes, que nous considérons comme traditionnellement associées au tempérament féminin –telles que la passivité, la sensibilité, l'amour des enfants – peuvent si aisément être typiques des hommes d'une tribu, et dans une autre, au contraire, être rejetées par la majorité des hommes comme des femmes, nous n'avons plus aucune raison de croire qu'elles soient irrévocablement déterminées par le sexe de l'individu », « (...) il nous est maintenant permis d'affirmer que les traits de caractère que nous qualifions de masculins ou de féminins sont pour un grand nombre d'entre eux, sinon en totalité, déterminés par le sexe d'une façon aussi superficielle que le sont les vêtements, les manières ou la coiffure qu'une époque assigne à l'un ou l'autre sexe » (5). Elle montrait ainsi que le tempérament associé au masculin ou au féminin n'a pas à voir avec le sexe biologique puisqu'en observant d'autres peuples et tribus, les comportements assignés chez nous au féminin sont rejetés par les femmes d'ailleurs, et que cela serait donc « de toute évidence (...) le résultat d'un conditionnement social » (5). Chez les Inuit par exemple, on pense que l'on peut changer de sexe à la naissance : les enfants concernés sont nommés *Sipiniit* et ont un statut particulier ; un porteur d'organes génitaux mâles sera déclaré fille, puis réintégrera à la puberté le genre masculin, mais cela ne correspond pas à une demande de ces enfants (6). On pourra aussi évoquer le cas des Berdaches, individus appartenant à des tribus Nord-Amérindiennes aussi nommés « êtres aux deux esprits », qui développaient dès l'enfance une certaine variation dans le genre et occupaient un rôle de troisième genre dans leurs communautés : ils empruntaient au féminin et au masculin et avaient une liberté concernant leur orientation sexuelle. Dans ces sociétés, cette position était vue comme un don (6). Puis en 1949, Simone de Beauvoir dans son ouvrage *Le deuxième sexe* distinguait déjà sexe et genre par sa formule : « on ne naît pas femme, on le devient » (7). Chiland dira par la suite : « On naît mâle ou femelle (ou intersexué), on devient homme ou femme ». (8). C'est ensuite dans les années 1950 que la distinction entre les termes sexe et genre va apparaître : c'est le sexologue John Money qui introduit ce terme dans le cadre de ses travaux autour de la prise en charge des personnes intersexuées et transsexuelles (terme employé à l'époque). Il distingue alors le sexe

anatomique et physiologique de la construction psychologique individuelle comme homme ou femme. (9). Il ira même jusqu'à distinguer les « rôles de genre » renvoyant aux attitudes dans la sphère publique et les interactions sociales et « l'identité de genre » au sens d'expérience subjective individuelle de son genre (10). Cette notion d'identité de genre subjective sera reprise par le psychologue Robert Stoller dans les années 1960 (11-12). Le concept de genre ainsi théorisé par les psychologues de l'époque avait alors des applications cliniques immédiates puisqu'il guidait les interventions médicales réalisées à l'époque sur les personnes intersexuées et transsexuelles, visant à changer de sexe afin de « réaligner » corps et esprit. Il s'agissait alors de « corriger » ce qui était à l'époque vu par des pionniers comme Harry Benjamin comme une erreur de la nature emprisonnant certains individus dans le « mauvais corps » (13). Le contexte dans lequel a émergé cette notion de genre a ancré l'identité de genre des personnes trans comme pathologique, le but étant alors de prendre en charge ce trouble de la santé mentale en intervenant médicalement pour le « corriger ».

Le terme de genre sera amené à évoluer au fur et à mesure de l'histoire et de la recherche dans les différentes disciplines s'intéressant à cette notion : ainsi les chercheurs en sciences sociales auront tendance à définir le genre comme produit des interactions sociales, tendant alors à penser le genre comme un « sexe social » se démarquant du « sexe biologique ». Or, le champ disciplinaire qui a fait émerger le « genre » - c'est-à-dire la clinique de l'intersexuation et de la transsexualité étasunienne des années 1950-1960 – tend lui à inscrire le genre comme une « identité intérieure indépendante aussi bien du biologique que du social » (14) (p.30). Ce terme de genre sera ensuite introduit dans les sciences humaines par Anne Oakley (15) qui distinguera le « sexe » comme renvoyant à la distinction biologique entre mâles et femelles, et le « genre » évoquant la séparation culturelle entre les rôles sociaux, les attributs psychologiques et les identités des hommes et des femmes. Le féminisme se saisit par la suite de cette notion, en soulignant que le genre, au-delà du fait qu'il sépare l'humanité en deux groupes distincts, le fait de manière hiérarchique. C'est notamment la vision de Judith Butler qui contribue à l'enrichissement de la théorisation du concept de genre dans son ouvrage *Trouble dans le genre* (16). Cette notion prendra alors le sens de « système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) » (14) (p.8) pouvant être analysé à partir de quatre dimensions (construction sociale, approche relationnelle, rapport de pouvoir, intersectionnalité) (14) (p.8).

b. SEXE & ASSIGNATION

Le sexe peut être défini à travers plusieurs prismes : le sexe chromosomique, XX pour les femelles, XY pour les mâles, avec parfois des échanges entre ces chromosomes, le sexe hormonal basé sur la

production de testostérone ou d'oestrogènes et de progestérone, et le sexe anatomique, fondé sur l'apparence des organes génitaux. En 1993, la biologiste Anne Fausto-Sterling fait paraître un essai, *Les cinq sexes, pourquoi mâle et femelle ne sont pas suffisants*, où elle réfute l'idée de diviser le monde en ces 2 catégories, mâle et femelle : « *L'idée qu'il n'existe que deux sexes est profondément ancrée dans la culture occidentale* » (17) ; « *pour moi, le sexe est un continuum modulable à l'infini qui ne tient pas compte des contraintes imposées par les catégories* » (17). Elle s'appuie en effet sur l'existence des corps des personnes intersexes, à qui on a imposé des opérations pour les faire rentrer dans le système des deux sexes, les considérant forcément comme des anomalies : le fait que des personnes naissent intersexes prouve bien que l'existence de seulement deux sexes est contestable. Pour elle, la notion même de genre est basée sur le système binaire des sexes, et a aussi créé une binarité masculin/féminin calquée sur ce système.

Il semble alors important d'évoquer la notion d'assignation. Lors de la naissance d'un enfant – et en réalité bien avant comme par exemple depuis les images échographiques – on va lui assigner un sexe, celui qui sera inscrit sur son acte de naissance. L'assignation est d'abord un procédé performatif (18) par lequel le médecin décrète le sexe observé du bébé : « C'est un garçon ! C'est une fille ! ». On parle d'autant plus d'assignation médicale dans la mesure où certains enfants naissent intersexes ou en présentant une formation génitale rendant difficile la détermination du sexe, et que malgré cela on leur attribue un sexe. (19). Si l'assignation correspond d'abord au sexe, elle entraîne du même coup une assignation de genre : lorsqu'un fœtus est déclaré fille, les futurs parents se projettent dans l'éducation d'une petite fille, dans la couleur des layettes, du papier peint, constituant alors son identité de genre avant même sa naissance. On suppose, sur la base de ses organes génitaux externes, qu'il aura telle identité de genre, on va lui attribuer certains goûts et comportements, le traiter et l'éduquer d'une certaine manière (20).

2. NON-CONFORMITÉ DE GENRE ET DYSPHORIE DE GENRE

Après avoir défini le concept de genre et l'histoire de l'émergence de ce terme, on s'attachera alors à distinguer les notions de non-conformité de genre et de dysphorie de genre, plus contemporaines, mais pouvant être définies de manière différentes selon les structures. .

a. DÉFINITIONS

Dans la 11^{ème} Classification Internationale des Maladies (CIM 11), la non-conformité de genre ou « gender incongruence » est « caractérisée par une divergence marquée et persistante entre le genre ressenti par un individu et le sexe assigné » (21). Elle est définie plus spécifiquement dans la CIM 11 chez l'enfant comme un « fort désir d'appartenir à un genre différent au sexe assigné ; une forte aversion de la part de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou ses caractères sexuels secondaires à venir et/ou un fort désir pour les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires à venir correspondant au genre ressenti ; et pour les jeux de rôles, jeux, activités et partenaires de jeux qui sont stéréotypés comme appartenant au genre ressenti plutôt qu'au sexe assigné. L'incongruence doit persister pendant 2 ans » (21). Chez l'adolescent et l'adulte, elle « conduit souvent à un désir de transition, dans le but de vivre et d'être accepté comme une personne du genre vécu, à travers un traitement hormonal, de la chirurgie ou d'autres interventions de santé pour faire en sorte que le corps s'aligne, autant que désiré et dans les limites du possible, avec le genre ressenti. Le diagnostic ne peut être posé avant le démarrage de la puberté. Les comportements ou préférences non-conformes au genre assigné ne peuvent être la seule base du diagnostic » (21).

Par ailleurs, les Standards de Soins de la *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH ou Association Mondiale des Professionnels de la Santé Transgenre) différencient eux très distinctement la non-conformité de genre et la dysphorie de genre. La non-conformité de genre existe quand « l'identité, le rôle ou l'expression de genre d'une personne diffère de la norme culturelle prescrite pour les personnes d'un sexe déterminé » (22), tandis que la dysphorie de genre « renvoie à l'inconfort ou la souffrance causé(e) par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance (et les rôles de genre associés, et/ou les caractères sexuels primaires et/ou secondaires) (22) ». La WPATH distingue ces deux notions en s'appuyant sur les travaux de Fisk ou de Knudson, De Cuypere, & Bockting (23-24). Pour la WPATH, la non-conformité de genre est reconnue comme une variance normale du genre, et tous les individus de genre non-conforme n'expérimentent pas la dysphorie de genre. Cette dernière, selon son intensité, conditionnera le besoin de soins de santé, psychologiques ou somatiques, pouvant aider à soulager la souffrance via un soutien psychique ou des modifications corporelles (22).

b. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DYSPHORIE DE GENRE

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) publié par l'association américaine de psychiatrie (l'APA) regroupe l'ensemble des pathologies classées comme troubles mentaux (25). Le « transsexualisme » y était inscrit en 1980 dans le DSM-III, devenant un « trouble de l'identité

sexuelle » dans le DSM-IV en 1994 puis évoluant en « dysphorie de genre » dans le DSM-V en 2013. En 2018, dans sa nouvelle classification internationale des maladies, la CIM 11, l'OMS a sorti « l'incongruence de genre » des troubles mentaux et du comportements pour l'intégrer dans les conditions liées à la santé sexuelle (21). On sort ainsi de la pathologisation de la transidentité en tant que trouble mental, cependant, en l'intégrant aux troubles de la santé sexuelle, le risque est que les notions d'identité de genre et d'orientation sexuelle soient confondues. De plus, malgré sa sortie de la classification des troubles mentaux, cette non-conformité de genre reste intégrée à la classification internationale des maladies et on continue à employer le terme de « diagnostic » la concernant. Cette pathologisation est à double-tranchant : si elle a permis historiquement de reconnaître l'existence même de la transidentité, et le remboursement de la prise en charge par les systèmes de santé, cela a aussi stigmatisé ces individus en les identifiant comme « malades » ou comme ayant un problème, engendrant aussi une souffrance participant à la dysphorie (14)(p.62).

Concernant le diagnostic de dysphorie de genre, il s'appuie sur les critères énoncés dans le DSM-5 (2013), qui distingue trois catégories : la dysphorie de genre chez l'enfant (*gender dysphoria in children*), la dysphorie de genre chez l'adolescent et l'adulte (*gender dysphoria in adolescent or adult*) et la dysphorie de genre non spécifique (*unspecified gender dysphoria*) (25).

Tableau 1 : Critères diagnostiques de la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent du DSM-V

Critères diagnostiques concernant toutes les classes d'âge	Incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné
	Durée d'au moins 6 mois
	Associée à l'existence d'une souffrance ou d'une altération dans le champ social et/ou scolaire, voire seulement à une augmentation significative du risque de souffrance ou d'altération dans ces domaines
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
	Une incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et les caractères sexuels primaires et/ou secondaires (ou bien chez le jeune adolescent, les caractères sexuels secondaires anticipés)

Chez l'adolescent et l'adulte, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné est associée à au moins 2 des 6 critères suivants :	Un fort désir d'être débarrassé de ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires du fait de cette incongruence (ou chez le jeune adolescent le désir d'empêcher l'apparition des caractères sexuels secondaires)
	Un fort désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires de l'autre genre
	Un fort désir d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)
	Un fort désir d'être traité comme l'autre genre (ou un genre alternatif différent du genre assigné)
	Enfin une forte conviction d'avoir le ressenti et les réactions typiques de l'autre genre (ou un genre alternatif différent du genre assigné)

Il est précisé dans ces critères qu'il faut prendre en compte dans l'évaluation diagnostique la présence d'un éventuel trouble du développement sexuel. Chez l'adolescent et l'adulte, il faut tenir compte du fait qu'une transition ait déjà eu lieu si tel le cas.

Source : (25).

c. HISTOIRE DU TERME « TRANS »

Le terme « transsexuel » renvoie à la pathologisation de la transidentité et au diagnostic de « transsexualisme » établi par les premiers professionnels de santé s'étant intéressés à ce sujet. Il s'appuie sur un modèle binaire reconnaissant deux parcours possibles de transition : d'homme vers femme (Male-to-Female, MtF) ou de femme vers homme (Female-To-Male, FtM). Ce terme a été popularisé dans les années 1950 par l'endocrinologue et sexologue Harry Benjamin qui a formalisé ce diagnostic et milité pour sa reconnaissance et les chirurgies de changement de sexe (14) (p.57) : cela a donc longtemps renvoyé au fait d'avoir eu recours à des traitements hormonaux et chirurgicaux, notamment à des chirurgies génitales.

Le terme « transgenre » émerge dans les années 1990 en opposition à cette vision médicalisée des parcours trans, dans un contexte militant rejetant la pathologisation et le « pouvoir » médical (14) (p.55) : il représentera une véritable « remise en cause du paradigme médical pionnier » et une « réappropriation identitaire qui mène à des auto-identifications en rupture avec les catégories médicales » (14) (p.59).

Plus récemment, le terme « trans » tant à devenir majoritaire, puisqu'il permet de prendre en compte la diversité des parcours et des subjectivités individuelles d'identité de genre, en englobant une « large variété de personnes dont le point commun est de ne pas se reconnaître dans la catégorie de sexe qui

leur a été assignée à la naissance, et à éventuellement entreprendre d'en changer » (14)(p.56), (26). Ce terme rejette l'impératif des chirurgies génitales et combat le principe de correction ou de réalignement corps et esprit. C'est ce terme qu'on utilisera tout au long de la rédaction. Cela rejoint la pensée de Suzanne J Kessler, psychologue américaine pour qui « ce qui a la plus grande importance c'est le genre adopté par la personne, sans rapport avec ce qui se trouve réellement sous les vêtements » (17)(p.89). On retiendra à travers cette idée de subjectivité individuelle la notion d'auto-détermination : l'identité de genre relève de ce principe, c'est donc « celle que la personne pense et dit avoir » (20). Être trans c'est donc ne pas s'identifier (totalement ou partiellement) au genre qui nous a été assigné à la naissance, sans qu'il y ait besoin nécessairement d'effectuer des démarches administratives, sociales ou médicales.

3. VUE D'ENSEMBLE DES POSSIBILITÉS DE TRANSITIONS

Ce rejet du paradigme médical de la transsexualité a permis de faire évoluer la notion de transition de genre : on peut avoir un vécu transidentitaire sans avoir à subir « l'impératif catégorique » des modifications corporelles hormonales ou chirurgicales. Ce n'est donc pas le fait d'avoir subi telle ou telle modification corporelle qui permettra d'affirmer qu'un individu appartient au genre masculin ou féminin. Il existe ainsi une « immense diversité des pratiques de transformation corporelle » (14) (p.55) et cela ne saurait être « le critère ultime de leurs identifications » (14) (p.55). Ainsi, certaines personnes préféreront le terme d'affirmation de genre plutôt que de transition ou de changement de genre, considérant que les personnes trans ne changent pas de genre mais ne font qu'affirmer une identité qui est la leur depuis toujours, ayant été assignées à un genre à la naissance, (20).

Cependant, la dysphorie de genre ressentie par certains individus peut être, dans certains cas, atténuée par le fait d'entamer un parcours de transition de genre pouvant, ou pas, être accompagnée par le corps médical si l'individu en ressent la nécessité. On distingue trois types de transitions : la transition sociale, la transition médicale et la transition légale.

a. LA TRANSITION SOCIALE

La transition sociale « consiste à exprimer son genre autrement que selon les normes et rôles associés au genre assigné à la naissance » (27) par exemple à travers l'emploi d'un prénom ou de pronoms différents, la modification vestimentaire ou de l'apparence physique, le port d'accessoires de compression de la poitrine ou des organes génitaux, dans le but d'être perçu dans l'espace public dans le genre ressenti subjectivement (27).

b. LA TRANSITION MÉDICALE

La transition médicale consiste à avoir recours à des interventions médicales, pouvant être hormonales ou chirurgicales et visant elles aussi à féminiser ou masculiniser le corps. Sur le plan hormonal, cette transition peut impliquer la prise de traitements bloqueurs de puberté pour les mineurs, ou d'une hormonothérapie masculinisante ou féminisante par prise d'oestrogènes ou de testostérone. Sur le plan chirurgical, il est possible de réaliser des chirurgies visant à modifier les caractères sexuels primaires et/ou secondaires (poitrine/ seins, organes génitaux internes et/ou externes, traits faciaux, remodelage corporel) (22).

Pour les mineurs, on distingue trois catégories d'interventions physiques : 1) Les interventions complètement réversibles : elles utilisent des analogues de la GnRH permettant de mettre au repos la production d'oestrogène ou de testostérone et ainsi de bloquer la puberté, en mettant à l'arrêt les modifications physiques et physiologiques pubertaires. Il est possible d'utiliser en alternative des progestatifs réduisant les effets des androgènes, hormones mâles sécrétées par les testicules, ou une contraception orale permettant de suspendre la survenue des règles. Les critères d'éligibilité aux traitements bloqueurs de puberté sont détaillés plus loin. 2) Les interventions partiellement réversibles : c'est l'hormonothérapie masculinisante ou féminisante, provoquant des modifications corporelles partiellement réversibles (comme l'apparition de poitrine lors de la prise d'oestrogènes, nécessitant une chirurgie pour revenir en arrière) ou irréversibles (la mue vers une voix grave définitive lors de la prise de testostérone). 3) Les interventions irréversibles sont représentées par les interventions chirurgicales (22).

c. LA TRANSITION LÉGALE

La transition légale consiste à faire un changement d'état civil permettant la modification de la mention du sexe sur les documents d'identité. Auparavant, pour changer la mention de sexe à l'état civil, il fallait apporter la preuve irréversible et médicale d'une transformation physique, qui se traduisait donc par une expertise judiciaire et un traitement médico-chirurgical correspondant généralement à une opération de réassignation sexuelle totale, c'est-à-dire une chirurgie génitale. La loi de modernisation de la justice du XXIème siècle, promulguée le 18 novembre 2016, et particulièrement son article 56, a facilité le changement de genre à l'état civil pour les personnes trans. Désormais, toute personne majeure ou mineure émancipée « qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe à l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification » (28) devant un tribunal de grande instance.

II. L'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS EN NON-CONFORMITÉ DE GENRE

1. LES RECOMMANDATIONS MÉDICALES EXISTANTES

Depuis une dizaine d'années, la reconnaissance de la souffrance vécue par les enfants et les adolescents ayant un vécu transidentitaire et/ou une dysphorie de genre, et la nécessité de prise en charge s'est accrue. Comme nous l'avons vu, certaines personnes souffrant de dysphorie de genre peuvent être aidées par des interventions psychologiques, mais cela peut parfois s'avérer insuffisant à l'affirmation de genre d'une personne. De plus, dans le cas des enfants et des adolescents, les modifications corporelles dues à la puberté peuvent parfois aggraver la dysphorie de genre vécue par ces individus, jusqu'à rendre parfois ces changements intolérables. Ainsi, ils peuvent être amenés à consulter leur médecin généraliste, leur pédiatre ou des spécialistes, pour être accompagnés. Des consultations spécialisées et dédiées à la prise en charge d'enfants et d'adolescents présentant une dysphorie de genre ont vu le jour au milieu des années 70, notamment à Toronto, mais aussi à Amsterdam, New York et Londres (29). Depuis 2015, des consultations dédiées émergent en France. Il est désormais possible, dans certaines indications et suivant certains critères d'éligibilité, de proposer des interventions physiques. Ces interventions médicales ont été décrites précédemment : elles peuvent être de l'ordre du blocage pubertaire, ou de l'hormonothérapie par oestrogènes ou testostérone. Ces interventions sur le mineur s'appuient donc sur deux références principales : les Standards de Soins de l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre, et les recommandations de pratique clinique de la Société d'Endocrinologie pour le traitement endocrinologique des individus en non-conformité ou dysphorie de genre. On détaillera ci-dessous les

grandes lignes de ces recommandations qui aident à la prise de décision d'initier des parcours de transition médicale chez les mineurs. Ces recommandations concernent évidemment l'aspect médical de la prise en charge, avec toutes les possibles facettes du soin, mais également un versant psychosocial important dans la mesure où l'expression d'une transidentité est parfois accompagnée d'une souffrance psychique.

a. AU PLAN PSYCHOCIAL

Il est recommandé de proposer une « prise en charge familiale et un accompagnement psychothérapique pour aider les enfants ou adolescents à explorer leur identité de genre, atténuer la souffrance liée à leur dysphorie de genre et réduire les autres difficultés psychosociales » (22). L'objectif de cette prise en charge familiale est multiple et il englobe plusieurs aspects de l'accompagnement des proches dans l'acceptation de leur enfant ou leur adolescent. Ainsi, il s'agira par exemple d'apporter un soutien aux jeunes et à leurs familles, au sein des communautés ou milieux dans lesquels ils évoluent, ou de proposer des groupes de soutien pour les parents d'enfants de genre non-conforme. L'accompagnement devra s'établir avant, pendant et après le processus d'affirmation de genre (22).

Sur le plan psychique, la psychothérapie a pour but de « réduire la souffrance liée à une dysphorie de genre et la résolution de toute autre difficulté psychosociale » (22). Les traitements ayant pour objectif de « mettre en congruence le sexe d'assignation à la naissance avec l'identité et l'expression de genre » sont proscrits car considérés comme non éthiques (22). Il est nécessaire d'évaluer l'enfant ou l'adolescent dans sa globalité : l'évaluation psychiatrique doit « couvrir les domaines du fonctionnement émotionnel, des relations sociales, aux pairs, du fonctionnement intellectuel, réussite scolaire etc » (22), et il faudra évaluer les autres troubles de la santé mentale pouvant co-exister. Il faut aussi évaluer les « ressources et les vulnérabilités du fonctionnement familial » (22).

Toutes ces interventions psychosociales doivent, si possible, s'effectuer au sein d'un service spécialisé pluridisciplinaire, si ce dernier est accessible (22). L'enjeu est de reconnaître les problèmes et les souffrances, d'évaluer la dysphorie, d'orienter les jeunes et les informer sur les possibilités thérapeutiques physiques pouvant atténuer la dysphorie, si elles sont indiquées. Il est bien sûr nécessaire d'informer les adolescents concernant les possibilités et limites des différents traitements (22).

Par ailleurs, Il est recommandé dans les recommandations de la société d'endocrinologie que les décisions de transition sociale des jeunes prépubères soient prise avec l'aide d'un professionnel de la santé mentale ou d'un autre professionnel expérimenté (30).

Concernant l'attitude des professionnels de santé, les recommandations insistent sur le fait qu'ils « ne devraient pas rejeter ou exprimer d'attitude négative vis à vis des identités de genre non-conforme ou des indications de dysphorie de genre » (22). Par ailleurs, les compétences nécessaires des soignants travaillant auprès d'enfants ou d'adolescents ayant une dysphorie de genre, les évaluant et les orientant vers des thérapies, sont détaillées (22-30). Ils doivent :

- être formés à la psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent ;
- savoir utiliser le DSM et/ou la CIM à des fins diagnostiques ;
- être capables de reconnaître et de diagnostiquer les problèmes de santé mentale coexistants et de les distinguer de la dysphorie de genre ;
- être formés dans le champ du diagnostic psychiatrique ;
- être capable d'entreprendre ou d'orienter vers le traitement approprié ;
- être capables d'évaluer la compréhension du sujet et ses conditions sociales pouvant impacter l'hormonothérapie d'affirmation de genre ;
- avoir suivi un parcours de formation continue ;
- connaître les critères du blocage pubertaire et de l'hormonothérapie chez l'adolescent.

Cette étape de mise en place de soin psychosocial est, d'une part la première étape nécessaire lorsqu'un jeune présente une non-conformité de genre, et d'autre part un accompagnement qui continuera en parallèle de tout soin, et qui agit comme un élément déterminant dans l'initiation d'une prise en charge médicale, même réversible.

b. AU PLAN MÉDICAL

Le blocage pubertaire

Les adolescents qui remplissent les critères diagnostiques de dysphorie de genre et qui remplissent les critères d'éligibilité au traitement – s'ils sont demandeurs d'un traitement – doivent initialement débiter un traitement bloqueur de puberté. Il est conseillé de débiter cette suppression de puberté après les premières modifications physiques de puberté (correspondant au stade de Tanner 2) (annexe 1). Si un blocage pubertaire est indiqué, il est recommandé d'utiliser des analogues de la GnRH (30).

Pour pouvoir prescrire une hormonothérapie bloquant la puberté à un adolescent, les critères minimaux suivants doivent être respectés par les trois parties en présence (30):

1) Un professionnel qualifié de la santé mentale a confirmé que :	l'adolescent a montré une tendance durable et intense de sa non-conformité de genre ou de dysphorie de genre (réprimée ou exprimée)
	la dysphorie de genre est apparue ou s'est aggravée avec la puberté
	tout problème social, psychologique ou médical pouvant interférer avec le traitement (pouvant par exemple compromettre l'adhésion aux soins) est pris en charge et traité, de sorte que l'état et la situation de l'adolescent soient assez stables pour commencer le traitement
	l'adolescent a une capacité mentale suffisante pour donner un consentement après information à ce traitement réversible
2) L'adolescent :	a été informé des effets attendus et indésirables du traitement (incluant une potentielle perte de fertilité si l'individu poursuit ensuite une transition avec l'hormonothérapie) et des options de préservation de fertilité
	a donné son consentement éclairé, et s'il n'a pas l'âge requis, les parents ou les responsables de l'autorité parentale ont donné leur consentement au traitement et sont impliqués dans le soutien de l'adolescent tout au long du processus de traitement.
3) Un endocrinologue pédiatre ou un autre clinicien expérimenté dans le développement pubertaire :	est en accord avec l'indication à un traitement par agonistes de la GnRH
	a confirmé que la puberté a démarrée chez l'adolescent (>= stade 2 de Tanner)
	a confirmé qu'il n'y a pas de contre-indications médicales à un traitement par agonistes de la GnRH

Tableau 2 : critères pour la prescription d'un bloqueur de puberté

L'hormonothérapie

Chez les adolescents demandant une hormonothérapie, il est recommandé d' « initier le traitement à des doses augmentant progressivement, après qu'une RCP ai confirmé la persistance de la dysphorie de genre ou de la non-conformité de genre et de la capacité à fournir un consentement informé, ce que la majorité des adolescents atteignent à l'âge de 16 ans » (30). Il est reconnu « qu'il peut exister des raisons d'initier une hormonothérapie avant l'âge de 16 ans chez certains adolescents, même s'il y a peu d'études sur ce genre de traitement avant l'âge de 13,5-14 ans. Comme pour les adolescents de 16 ans et plus, il est recommandé qu'une RCP décide et gère ce traitement » (30). Il est suggéré de surveiller le développement pubertaire tous les 3 à 6 mois et les paramètres biologiques tous les 6 à 12 mois pendant l'hormonothérapie par hormones sexuelles. De plus, les cliniciens doivent « informer

et conseiller les sujets concernant les options de préservation de fertilité avant d’initier un blocage pubertaire ou une hormonothérapie » (30).

Pour pouvoir prescrire une hormonothérapie féminisante ou masculinisante à un adolescent, les critères d’éligibilité sont les suivants (30) :

Tableau 3 : critères pour la prescription d’une hormonothérapie

1) Un professionnel de la santé mentale qualifié a confirmé que	Il y a une persistance de la dysphorie de genre
	tout problème social, psychologique ou médical pouvant interférer avec le traitement (pouvant par exemple compromettre l’adhésion aux soins) est pris en charge et traité, de sorte que l’état et la situation de l’adolescent soient assez stables pour commencer le traitement
	l’adolescent a une capacité mentale suffisante (ce qui est le cas pour la majorité des adolescents à l’âge de 16 ans) pour évaluer les conséquences de ce traitement partiellement irréversible, peser les bénéfices et les risques, et donner un consentement informé à ce traitement

Les points 2 et 3 sont les mêmes que pour les critères d’éligibilité au traitement bloqueur de puberté.

Par ailleurs, les recommandations de la société d’endocrinologie détaillent aussi des protocoles d’initiation de l’hormonothérapie ainsi que des consignes précises de surveillance de ce traitement.

Suite à ces recommandations internationales incitant les professionnels de santé à proposer une préservation de fertilité aux personnes entamant un parcours de transition, la fédération des Centres d’Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains (CECOS) a, depuis mai 2018, « émis un consensus pour la prise en charge des personnes entamant un parcours de transition ou en cours de transition afin des les informer sur les possibilités de préservation de leur potentiel de fertilité, et de proposer en fonction du contexte la conservation de gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) ou de tissus germinaux » (31). Malgré la loi de Bioéthique ne permettant pas actuellement aux personnes trans ayant un projet de parentalité d’utiliser leurs gamètes dans le cadre d’un projet d’AMP, les CECOS ont décider d’anticiper une évolution de cette loi et de réaliser cette information et cette proposition de préservation si cela est envisageable.

Concernant la préservation de la fertilité chez l’enfant et l’adolescent, le CECOS considère que cela a une importance particulière dans le cadre des jeunes atteints de cancers, et « chez d’autres jeunes

patient(e)s devant recevoir un traitement potentiellement stérilisant en dehors d'une maladie cancéreuse » (31). Il est recommandé « d'informer les jeunes patients et leurs parents au sujet des conséquences des traitements sur la fertilité, quelles que soient leur origine, leur religion, leur culture, leur statut socioéconomique ou leur orientation sexuelle » (31). Cependant, rien n'est spécifié concernant les personnes trans mineures, prépubères ou pubères.

Les interventions chirurgicales

Les chirurgies génitales « ne doivent pas être réalisées avant la majorité légale du pays, et les patients doivent avoir suivi au moins 1 an de traitement hormonal, sauf si ce dernier n'est pas souhaité ou contre-indiqué » (30). La torsoplastie (chirurgie des seins des patients FtM) peut parfois être réalisée plus tôt, il est suggéré que le moment de cette intervention soit défini selon l'état de santé physique et mentale de l'individu (il n'y a pas assez de données pour recommander un âge spécifique) (30).

c. AU PLAN JURIDIQUE : LES DROITS DE L'ENFANT EN SANTÉ

Notre travail concerne la prise en charge de mineurs, ainsi il y a une spécificité juridique liée au fait que les mineurs n'ont pas les mêmes droits que les adultes en matière de santé : la question de leurs conditions de consentement est importante. Dans le cas d'une décision qui va altérer le cours de la vie, le soutien des parents via leur accord est nécessaire, mais parfois ce soutien est difficile à obtenir ou défaillant. Nous détaillons ici les dispositions générales sur les droits de l'enfant en santé parce que des dispositions spécifiques à la transition médicale de genre n'existent pas.

L'ACCORD OU LE REFUS PARENTAL POUR DES SOINS

Pour les décisions médicales concernant des actes médicaux courants et bénins comme la vaccination, ou les soins dentaires courants, on part du principe que chaque parent agit avec l'accord de l'autre. Mais, s'il s'agit d'actes plus importants tels qu'une chirurgie, la mise en place d'un traitement lourd ou invasif, l'accord des deux parents est nécessaire (32). C'est le cas pour les décisions de prise en charge médicale d'une transition, et ce dès le blocage pubertaire. Dans l'article 371-1 du code civil, il est précisé que cette autorité parentale a « pour finalité l'intérêt de l'enfant » (33) et « appartient au père

et à la mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité » (33).

Les parents exercent tout deux l'autorité parentale, qu'ils soient mariés ou non, séparés, divorcés (32).

Dans le cas où les parents s'opposeraient à un soin, si ce refus risque d'être préjudiciable pour l'enfant et conformément à l'article L111-4 du code de santé publique, le médecin peut quand même délivrer les soins : « Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables » (34) et avertit le procureur de la République selon l'article 375 du code civil.

Cependant, ce préjudice n'est pas détaillé clairement dans la loi, et dans le contexte de notre sujet, il est difficile d'établir les conséquences sur la santé d'un mineur de l'absence d'accompagnement à une transition de genre. Par ailleurs, même si ces dispositions concernant l'attitude des parents en lien avec les soins de leurs enfants existent dans la loi, on ne peut se détacher de l'aspect pragmatique concernant notre cas d'étude : si des parents sont complètement opposés à une transition de genre chez leur enfant, ils ne consulteront pas de professionnel de santé à ce sujet et les questions d'acceptation ou de refus des soins ne se poseront donc pas de cette manière.

LES DROITS DU MINEUR CONCERNANT LE REFUS OU LE CONSENTEMENT À DES SOINS

Les nouvelles dispositions de l'article L1111-5 du code de la santé publique, issues de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, ont ouvert la possibilité pour un mineur de bénéficier de soins sans obtenir l'accord des titulaires de l'autorité parentale, si plusieurs conditions sont réunies. Il faut tout d'abord que des soins s'imposent pour sauvegarder sa santé : les types de soins concernés ne sont pas décrits spécifiquement, cela peut englober les actions de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Il faut que le refus du mineur persiste même après que le médecin a essayé de le convaincre d'informer ses parents. Il faut que le mineur soit accompagné d'un majeur de son choix (35).

Si cette situation s'impose, la famille n'aura plus de droit quant au consentement aux soins et n'aura pas le droit d'être informée sur l'état de santé, ni à l'accès au dossier médical. Par ailleurs, cela concerne aussi les mineurs émancipés (35).

Certains textes ont pour objectif de donner une place à l'enfant et de le laisser prendre part aux décisions le concernant. Ainsi, l'article L.1111-4 du code de santé publique stipule que « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision... » (34). Par ailleurs, dans la partie relative à l'autorité parentale de la loi du 4 mars 2002, il est à nouveau précisé que « Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité » (36). Cependant, malgré ces précisions et même si le consentement de l'enfant doit toujours être recherché, les titulaires de l'autorité parentale peuvent accepter un soin ou un traitement sans que le mineur soit d'accord.

III. LES PRISES DE POSITION AUTOUR DE LA TRANSITION MÉDICALE CHEZ LES MINEURS

Nous avons précédemment détaillé les recommandations de la WPATH et de la société d'endocrinologie concernant les critères d'éligibilité à des traitements bloqueurs de puberté ou d'hormonothérapie par hormones sexuelles. Cependant, malgré la recommandation de n'initier aucune intervention médicale avant le début de la puberté, certains professionnels de santé et chercheurs s'opposent à certaines voire à toutes les interventions médicales avant la majorité, en invoquant plusieurs arguments contre la transition médicale de genre chez les jeunes sujets. Leurs inquiétudes se concentrent principalement sur les conséquences sur le long terme de ces traitements, la peur du désistement, et la difficulté d'évaluation de la capacité de discernement du jeune. Ils s'alarment aussi de l'impact que pourraient avoir les traitements d'affirmation de genre sur l'augmentation de la prévalence de la dysphorie de genre chez les jeunes et sur le renforcement du désir de vivre dans l'autre genre, et s'inquiètent des manifestations rapides de dysphorie de genre qui seraient portées par un phénomène de ce qu'ils nomment une « contagion sociale » (37).

Nous allons maintenant détailler certains des points principaux qui font polémique.

1. LES CONSÉQUENCES SUR LE LONG TERME

Les traitements de blocage pubertaire ou d'hormonothérapie sont des interventions médicales dont on ne connaît pas encore toutes les conséquences possibles sur le long terme. En effet, la suppression

de la puberté pourrait avoir des conséquences sur la minéralisation osseuse (pouvant théoriquement s'inverser avec l'hormonothérapie), ou sur la fertilité si l'individu est ensuite traité par hormonothérapie, et ses effets ne sont pas connus sur le développement cérébral (30). Bien que les traitements bloqueurs de puberté soient utilisés depuis plusieurs années dans d'autres indications, comme dans la puberté précoce, les effets à long terme du blocage pubertaire et de l'hormonothérapie ne sont pas bien étudiés (38). Ainsi, se pose la question de la prise de décision d'initier ces interventions alors que les effets sur le long terme sont incertains, ainsi que celle du consentement éclairé s'il l'on ne peut être informé complètement des conséquences possibles d'un traitement.

Dans ses travaux, Simona Giordano souligne le fait que d'autres sortes d'interventions médicales font également face à des incertitudes concernant les effets à long terme, sans que cela devienne absolument un obstacle au traitement médical, notamment lors de la participation à la recherche : « s'il était impossible de donner un consentement éclairé et valable à un traitement dont les effets secondaires sont incertains, il s'en suivrait que personne, y compris les adultes, ne pourrait consentir à la recherche médicale » (39). Selon elle, des décisions de santé impliquant un certain degré d'incertitude sont fréquemment prises, l'enjeu étant de donner une information claire et loyale à propos des potentiels risques et bénéfices d'une intervention, connus et inconnus. Timothy F. Murphy rejoindra son propos en affirmant que ces incertitudes concernant les conséquences de certaines interventions peuvent être intégrées au processus de décision en délivrant ces informations : selon lui, la capacité décisionnelle ne requiert pas la connaissance absolue de toutes les conséquences possibles de chaque intervention (38).

De plus, l'absence de prise en charge de la dysphorie de genre à travers ces interventions médicalisées s'accompagne aussi de risques et d'incertitudes. « Il n'est pas nécessairement non éthique de traiter des enfants au sein d'un programme expérimental surveillé. En fait, cela pourrait être contraire à l'éthique de refuser ce qui est pour beaucoup le seul remède possible » (39). Ne pas traiter peut en effet s'accompagner de conséquences sur le plan physique, psychologique et social. Sur le plan physique et psychologique, le développement de caractéristiques sexuelles secondaires non souhaitées peut être source d'une grande détresse et d'une intensification de la dysphorie. L'intégration sociale peut être plus difficile, d'une part puisque l'avancement dans une puberté non désirée peut apporter des difficultés au jeune pour s'intégrer à ses pairs, et pour socialiser ou s'identifier aux individus du genre ressenti. Par ailleurs, la non-conformité de genre est souvent rejetée et source de stigmatisation et de discrimination, ce qui a donc des conséquences néfastes sur le long terme, augmentant les risques de violence, d'anxiété, de dépression, et de suicide. 50% des personnes trans ont été victimes de discrimination et/ou de violences à l'école (40). Parmi les jeunes trans de 16 à 26 ans, 69% ont déjà pensé au suicide, contre 20% chez les jeunes en général (41). 63% des adultes

ont pensé au suicide ou on fait des tentatives de suicide avant leur transition, contre seulement 3% post-transition (42). Une « apparence physique qui s'aligne avec leur identité de genre peut, de plus, aider à réduire toutes formes de stigmatisation sociale –réelle ou ressentie- en rapport avec leur expression de genre atypique » (38). De ce fait, le traitement devient pour certains une « question de survie » (39) : en le refusant, il est possible que certains essayent de l'obtenir de manière illégale, et se traitent seuls, en dehors d'un cadre médical. Ils risquent alors de se mettre en danger en s'exposant par exemple à des risques infectieux, en s'impliquant dans des réseaux de trafic, et risquent en plus de ne pas obtenir les résultats attendus (39).

Cependant, on ne peut ignorer le fait que l'on manque de données concernant les effets de ces traitements sur le long terme, notamment concernant l'impact sur la fertilité. Bien qu'une information claire et appropriée puisse être délivrée sur les risques éventuels sur la fertilité et sur les techniques existantes pour sa préservation (30-38), on peut tout de même douter de la capacité de jeunes adolescents à réfléchir à leur capacité reproductive et à comprendre tous les enjeux du traitement sur la fertilité (30) ; on notera qu'une étude a retrouvé que l'utilisation des techniques de préservation de la fertilité était faible parmi les adolescents trans (43). Concernant les inquiétudes sur la minéralisation osseuse, la société d'endocrinologie fait état de résultats discordants selon les études (30). Concernant le développement cérébral, même si une étude ne démontre pas d'effets sur les fonctions cognitives, des recherches sur les animaux suggèrent qu'il y aurait des effets négatifs des analogues de la GnRH (30). Sur ces deux aspects, on retiendra que les études sont peu nombreuses et ne permettent pas de conclure sur les potentielles conséquences à long terme, incitant la société d'endocrinologie à recommander un suivi médical rigoureux de ces potentiels risques.

2. LA DÉTRANSITION

Une autre crainte concernant l'initiation de ces traitements médicaux est la peur du regret concernant cette démarche de changer de genre : un jeune souhaitant transitionner et débiter des traitements ne risque-t-il pas de vouloir faire marche arrière par la suite ?

En effet, le vécu transidentitaire ne persiste pas chez tous les jeunes. Peu d'études sont pour le moment menées pour estimer la part de jeunes qui seraient des *desisters*, c'est-à-dire qui font marche-arrière dans leur transition. Certaines des études existantes estiment qu'entre 2 et 27% des jeunes persisteraient dans un vécu transidentitaire (44) ; une autre étude évoque elle les chiffres de 6-23% des garçons et 12-27% des filles qui persisteraient (45). Ainsi, il semble difficile à l'heure actuelle de

prédire la persistance à l'âge adulte d'un vécu transidentitaire émergeant dans l'enfance ou l'adolescence, bien que certains facteurs aient été mis en avant par les études : il semblerait que la persistance de la dysphorie de genre soit liée à l'intensité de la dysphorie dans l'enfance ; par ailleurs, il y aurait une plus haute probabilité de persistance parmi les nés assignés filles. D'autre part, il semblerait que l'identification cognitive et affective transgenre et la transition sociale soient associées avec la persistance, et ces facteurs varient entre les garçons et les filles. La persistance ne semble pas associée à la santé mentale ni au contexte démographique (46). Une autre étude a identifié 3 facteurs reliés à la persistance ou au désistement de la dysphorie de genre et du vécu transidentitaire : les effets du changement de l'environnement social sur l'identité de genre, la réaction aux effets – anticipés ou présents – de la puberté, et l'émergence des attirances amoureuses et sexuelles (47). Il semblerait que la dysphorie de genre persistant au-delà du début de l'adolescence soit un facteur prédictif de la persistance à l'âge adulte (48).

Comment, dans ce contexte, proposer des traitements – pour certains partiellement réversibles –, alors qu'on peut difficilement prédire la persistance d'un vécu transidentitaire ? Ainsi, selon Timothy F. Murphy, refuser les modifications corporelles chez le mineur se ferait dans le but de protéger certains futurs adultes d'un possible désistement (38). Cependant, on peut se demander si c'est une raison suffisante pour ne traiter aucun mineur, au nom du principe de précaution (49). En effet, un report de prise en charge médicalisée imposerait alors à certains jeunes de subir leur vécu dysphorique jusqu'à un âge plus avancé, entraînant un « coût moral » (38) important. De plus, on ne peut affirmer que chaque adulte *desister* souffre nécessairement de cette décision (38) : il peut être difficile socialement de réintégrer le genre assigné à la naissance, et il faut reconnaître que certaines personnes détrans se retrouvent dans le discours d'opposition aux transitions chez les mineurs (50) ; mais la « rhétorique du regret est loin de s'appliquer à chaque détransition » (50) et certains individus expérimentent plusieurs identités de genre au cours de leur existence, sans que cela ne soit source de souffrance, trouvant parfois que les traitements les ont aidés à « clarifier leur identité de genre » (38). Toute intervention médicale comportant des risques, la possibilité d'une non-persistance de la non-conformité de genre pourrait être vue comme un risque assumé dans le cadre de ces interventions (38).

De plus, puisqu'il est difficile de prédire si le jeune sera *persister* ou *desister*, suspendre la puberté peut parfois aider au diagnostic de la non-conformité de genre : en gagnant du temps sur le développement des caractères sexuels secondaires, cela laisse la possibilité d'expérimenter une « *real life experience* » (39) dans l'autre genre, en réalisant par exemple une transition sociale : ainsi, en s'habillant et se comportant selon les attentes correspondant à l'autre genre, et se faisant nommer et genrer par les pronoms du genre opposé, on peut expérimenter ce que cela peut faire de vivre en étant

perçu socialement dans le genre souhaité. Par ailleurs, l'avancement de la puberté conduit à des transformations corporelles telles que le développement de la poitrine, l'apparition d'une pilosité, le développement de la pomme d'Adam : ces dernières impliqueront à terme, si ces modifications sont souhaitées par le patient, des interventions parfois lourdes. La transition sera donc plus simple et l'apparence physique plus « satisfaisante » si un blocage pubertaire est mis en place (39).

L'une des craintes peut aussi être que l'insatisfaction envers son corps soit une phase normale et caractéristique du développement de l'adolescent, pouvant alors exprimer des envies de le modifier : selon Timothy F. Murphy, cela ne saurait suffire à déclencher une demande persistante de modifications corporelles, à toutes les étapes de vie, comme c'est le cas des jeunes avec une dysphorie de genre (38).

3. L'ÉVALUATION DU DISCERNEMENT

L'un des autres points de débat est la capacité de discernement et de jugement d'un enfant et d'un adolescent concernant des décisions de santé impliquant des interventions partiellement voire complètement irréversibles. En effet, les opposants au blocage pubertaire et à l'hormonothérapie s'appuient sur le fait que des décisions ayant de pareilles conséquences peuvent difficilement être prises à un âge jeune, qui ne permet peut-être pas un discernement complet des différents enjeux, notamment sur le long terme.

Les Pays-Bas ont été les premiers à décrire ces interventions à partir de 1998 (51-52). Puis, en 2012, De Vries et Cohen établissaient le « Dutch Protocol » suite à leur recherche impliquant 55 jeunes adultes transgenres ayant été suivis depuis le début de la puberté jusqu'à au moins 1 an après une chirurgie de réassignation de genre (53). Ce protocole avait fixé un minimum de 12 ans pour le blocage pubertaire, de 16 ans pour l'hormonothérapie reverse, et de 18 ans pour les actes chirurgicaux. Leurs résultats anticipés suggéraient que leurs sujets montraient des améliorations sur le plan psychologique et la résolution de leur dysphorie de genre après la chirurgie de réassignation. Ce protocole avait comme objectif d'éliminer l'exposition à des hormones pubertaires non souhaitées, de limiter la dysphorie de genre, et d'améliorer le *passing* dans le genre affirmé en tant qu'adulte. Ainsi, le premier protocole proposait des âges minimum comme critères d'initiation d'un traitement. Les recommandations actuelles de la WPATH (22) et de l'endocrine society (30) ne se basent pas sur l'âge comme critère pour débuter ou pas un traitement, cependant, l'âge minimum de 16 ans a été conservé comme recommandation pour débuter l'hormonothérapie reverse, sans que ce critère soit pour

autant strict. L'âge de 18 ans, ou la majorité légale suivant les pays, persiste lui aussi concernant les actes chirurgicaux, bien que certaines interventions, telles que les chirurgies de la poitrine, puissent être envisagées parfois avant la majorité. Le critère de l'âge s'est donc au fur et à mesure assoupli, pour s'adapter aux différentes situations cliniques : en effet, il est questionnable de se baser uniquement sur l'âge pour considérer qu'un être humain est capable de donner un consentement éclairé sur une décision de santé.

Attachons-nous maintenant à définir ce qu'est la capacité de décision. L'un des fondements de l'éthique du soin est le respect des décisions prises par les sujets concernant leur santé. Si l'on présume que cette capacité de décision est possédée par les adultes, hormis dans certaines situations d'altération des capacités cognitives et intellectuelles, qu'en est-il chez le sujet mineur ?

La compétence décisionnelle est à la croisée de quatre notions : 1) comprendre, 2) apprécier, 3) raisonner et choisir, 4) évaluer les conséquences. Il s'agit de comprendre la nature de l'intervention médicale ; de saisir les enjeux de cette intervention sur le plan des bénéfices et des risques ; par raisonner et choisir, la littérature entend une capacité de réflexion et surtout une capacité à établir une forme de causalité entre ce que l'on désire atteindre et les moyens pour y parvenir, ici il s'agit de l'intervention médicale. À cela s'ajoute la capacité à exprimer des choix et que ces derniers soient alignés avec notre échelle de valeurs, et donc forcément la capacité à élaborer cette échelle (38-54). La notion d'autonomie est là aussi fondamentale et dans le domaine médical elle recouvre plusieurs types distincts : l'autonomie d'action correspond à la « capacité d'assurer les actes de la vie quotidienne » (55), l'autonomie de pensée permet d'argumenter de manière cohérente et réfléchie, et l'autonomie de volonté est la « possibilité d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction d'une conception du bien dont il appartient à chacun de déterminer librement le contenu » (55). On peut rapprocher l'autonomie de volonté de la capacité décisionnelle.

L'enfant est considéré en droit comme une personne vulnérable, ce qui a conduit à ce que les pouvoirs publics adoptent des mesures nécessaires à sa protection et à la garantie de ses intérêts. Les différentes conventions internationales « reconnaissent à tout enfant la capacité d'exprimer son point de vue sur les questions le concernant ou d'être informé des conséquences possibles de son opinion, dès lors qu'il est considéré comme ayant un discernement suffisant » (56), laissant aux Etats l'appréciation de la capacité de discernement d'un enfant. Dans le droit Français, le discernement de l'enfant n'est pas défini : « On peut suggérer que cette notion recouvre la capacité pour l'enfant de comprendre ce qui se passe, d'appréhender la situation qu'il vit, et de pouvoir exprimer ses sentiments à ce propos. C'est donc au juge de l'apprécier en fonction de l'âge, du contexte et de déterminer si

l'enfant a la maturité suffisante pour comprendre et exercer les prérogatives qui lui sont reconnues. » (57). On peut alors supposer qu'en santé, la capacité de discernement s'évalue lors des entretiens menés avec un sujet, et au cas par cas.

Ces différents éléments de définition se rapportent plus à des qualités humaines, non nécessairement liées à l'âge, qui émergent au fur et à mesure du développement d'un individu (38). D'ailleurs, la WPATH ne se base pas non plus uniquement sur l'âge puisqu'elle recommande que les interventions chirurgicales ne soient pas réalisées avant l'âge de la majorité, mais précise que ce seuil ne doit pas être pour autant considéré comme une indication en soi à la chirurgie (22) : atteindre l'âge de 18 ans n'est pas synonyme d'un discernement suffisant. De plus, l'âge permettant de consentir à des traitements médicaux sans l'autorisation parentale varie selon les pays, ce qui nous fait supposer que l'évaluation de la maturité liée à l'âge est variable selon les lieux (38-58). Ainsi, l'accès à ces interventions médicales devrait dépendre de critères standards civiques de maturité (« *civic standards of adulthood* »), plutôt que de standards de santé concernant la capacité de décision (« *healthcare standards of decision making capacity* »). Au fur et à mesure que les adolescents, et les êtres humains plus généralement, grandissent et évoluent, leur capacité de discernement et de jugement évolue : il existe donc déjà certaines exceptions à l'autorisation parentale en matière de santé, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle (contraception, interruption de grossesse, dépistage des IST) (58). Par ailleurs, Timothy F. Murphy considère qu'il n'y a pas un âge précis et fixe auquel le « groupe » adolescent serait suffisamment mature pour prendre des décisions (38), faisant émerger l'idée d'une évaluation individualisée. Steensma et al. concluaient d'ailleurs l'une de leurs études en énonçant que « la décision de proposer la suppression de la puberté ou l'hormonothérapie ne devrait pas être basée uniquement sur le développement physique, le degré de dysphorie de genre, et la souffrance ou stabilité psychologique, mais aussi sur la capacité de l'adolescent à prendre en compte et se projeter dans les conséquences de certains traitements et sur sa capacité à prendre une décision après information (...) la maturité psychologique semble être un critère plus valable pour l'éligibilité des jeunes transgenres à un traitement plutôt qu'un strict critère d'âge » (59). Par ailleurs, on regrettera qu'il n'y ait pas plus d'études s'intéressant au processus décisionnel chez les adolescents, ce qui permettraient la mise en place d'aides à la décision dans le cadre de modifications corporelles chez les mineurs (60). En 2016, l'American Academy of Pediatrics affirmait qu'un consentement adapté au niveau de développement de l'enfant devrait être obtenu avant tout traitement, en plus du consentement du titulaire de l'autorité parentale, et que les enfants commencent à développer une réflexion adaptée sur le plan des décisions médicales à partir de 7 ans avec une implication croissante selon l'âge et l'expérience de la maladie (61).

Concernant les causes pouvant altérer la capacité décisionnelle : les troubles psychiatriques peuvent en faire partie, cependant ce n'est pas le cas de tous ces troubles. Selon plusieurs auteurs, la dysphorie de genre n'altère pas à elle-seule la capacité à prendre des décisions de santé (39) et « n'est pas considérée comme une raison légitime de douter de la capacité décisionnelle d'un adolescent » (58).

Puisque « certains enfants et adolescents manquent d'une capacité décisionnelle pertinente, cela restera important de les protéger contre des traitements qui peuvent créer autant de détresse qu'ils prévoient de soulager » (38). Ces décisions devraient impliquer une évaluation globale de la qualité de vie et du bien-être de l'enfant, en prenant en compte les conséquences physiques, psychologiques, relationnelles et sociales du traitement par rapport à l'absence de traitement (39). Il s'agira de garder à l'esprit que « ce qui est bon pour les enfants de genre atypique : (...) eux-mêmes » (38).

DEUXIÈME PARTIE : RECHERCHE

I. PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Les transidentités bousculent le monde médical en remettant en question la binarité du genre et l'alignement automatique entre sexe et genre. Ainsi, nous avons montré que lorsque c'est une personne mineure qui remet en question le genre qu'on lui a assigné à la naissance, l'éventualité d'une transition de genre agite les différentes parties. Nous avons détaillé les recommandations médicales existant à ce jour, cependant, malgré l'existence de ces recommandations, cette pratique semble rester marginale (nous n'avons cependant pas retrouvé de répertoriations officielles des équipes qui aurait permis de les dénombrer). Cela soulève, comme décrit précédemment, de nombreuses questions chez les professionnels de santé concernant la persistance du vécu transidentitaire à l'âge adulte, les conséquences des traitements mis en place et la capacité de discernement du mineur. Cependant, les demandes d'accompagnement de ces non-conformités de genre étant de plus en plus nombreuses chez les mineurs, on ne peut ignorer la nécessité d'accompagner ces enfants et adolescents. Les recommandations abordent l'importance d'un accompagnement psychosocial, mais, concernant l'initiation d'un traitement, elles se reposent principalement sur des critères physiques et médicaux, sans donner de véritables aides à la décision permettant d'appréhender la complexité de ces situations de manière globale.

Ainsi, les éléments de notre contextualisation nous ont permis de poser la problématique suivante : **l'expression d'une transidentité par un mineur : comment prendre la décision d'initier un parcours médical de transition ?**

Notre première hypothèse était donc que cette décision d'entamer un parcours médical de transition impliquant des traitements est décisive dans le parcours d'un jeune, et difficile à prendre pour les professionnels, de par la difficulté à évaluer la capacité de discernement d'un enfant ou d'un adolescent, mais aussi du fait de l'importance qu'il y a d'agir et de décider en prenant en compte l'environnement du jeune, et notamment sa famille.

Notre deuxième hypothèse de recherche était que devant les recommandations peu nombreuses à ce sujet, il semblait difficile de se baser sur des critères précis permettant d'initier ou non des traitements.

Les objectifs de ce travail étaient de faire émerger des critères déterminants dans la décision d'initiation d'une transition médicale chez un mineur, et d'identifier les outils utilisés par les médecins pour gérer cette demande.

II. MÉTHODOLOGIE

Il a été choisi de réaliser une étude qualitative, basée sur la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-dirigés.

1. POPULATION ÉTUDIÉE ET RECRUTEMENT

La population étudiée était composée de médecins psychiatres et endocrinologues faisant partie d'équipes spécialisées dans l'accompagnement de la transidentité chez l'enfant et l'adolescent, ou ayant une consultation dédiée à cette prise en charge.

L'objectif de l'inclusion de psychiatres et d'endocrinologues était de recueillir les points de vue des deux spécialités qui étaient apparues, lors des recherches préliminaires, comme étant les disciplines médicales prenant part à ces équipes spécialisées chez le mineur. La problématique se situant autour de la prise de décision, il semblait essentiel d'inclure des spécialités différentes, d'une part car toutes deux participent à cette prise de décision, et d'autre part, pour avoir une vision plus vaste du sujet abordé.

Cette étude a été réalisée sur l'ensemble de la France. L'objectif était d'obtenir une participation de médecins de plusieurs villes différentes afin de refléter au mieux les pratiques actuelles sur le territoire français.

La participation des médecins a été sollicitée par courriel (annexe 2). Les adresses électroniques ont été obtenues après contact téléphonique des secrétariats de pédopsychiatrie et d'endocrinologie pédiatrique de plusieurs villes possédant un Centre Hospitalo-Universitaire, ou données par certains des médecins interviewés. Une première recherche sur internet avait permis d'identifier certains praticiens concernés par ces prises en charge, qui étaient tous rattachés à un Centre Hospitalo-Universitaire : cela a donc motivé que la suite du recueil des adresses électroniques se fasse par l'appel à des CHU. Par ailleurs, deux adresses mail ont été fournies par une interne de psychiatrie qui avait connaissance de deux médecins s'intéressant à cette pratique.

À ce courriel était jointe une lettre d'information (annexe 3) explicitant l'objectif de la recherche, la méthodologie, le traitement et les destinataires des données, les droits des médecins participant à cette recherche notamment leur droit à retirer leur consentement à tout moment. Si les médecins acceptaient de participer à cette étude, un second mail leur était envoyé contenant un formulaire de consentement (annexe 4).

2. RECUEIL DES DONNÉES

La réalisation des entretiens a été menée entre le 12 avril 2021 et le 7 mai 2021. Tous les entretiens étaient individuels.

Les entretiens étaient réalisés en visio-conférence, par téléphone, ou en face à face. Ils étaient enregistrés, avec l'accord des participants, à l'aide d'un smartphone dédié à la recherche.

La grille d'entretien (annexe 5) était organisée en 4 parties. Une première partie concernait le recueil de données socio-démographiques du participant, notamment son âge, son sexe, sa spécialité médicale et le nombre d'années d'exercice. Puis une deuxième partie s'attachait à recueillir l'histoire de leur intégration de l'équipe spécialisée et du parcours de soin proposé par le dispositif dans lequel ils travaillaient. Une troisième partie portait sur leur expérience autour d'une situation clinique particulière et de la mécanique décisionnelle dans un cas précis. La dernière partie portait sur la prise de décision et les questions s'intéressaient aux critères utilisés pour la prise de décision et aux éléments pris en compte spécifiquement chez le mineur. Les entretiens étaient donc semi-dirigés, constitués de questions ouvertes et le chercheur laissait la place au discours de la personne interrogée, en relancant si nécessaire à l'aide de reformulations ou de précisions du sens de certaines questions. Ces reformulations ou précisions n'avaient pas été rédigées au préalable et étaient faites spontanément, en s'adaptant au contenu des réponses du participant et au rythme de l'entretien.

3. CIRCUIT DES DONNÉES ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Suite à l'entretien, le fichier audio de l'enregistrement vocal était intégré à l'application en ligne « oTranscribe » d'aide à la retranscription, retranscrit intégralement mot à mot, puis supprimé.

Chaque entretien était anonymisé à l'aide d'un numéro attribué par ordre chronologique de réalisation des entretiens. Tout élément (noms, lieux etc..) pouvant rendre l'entretien identifiable était modifié ou supprimé si cela n'entravait pas la compréhension ou le sens de l'entretien.

Les données étaient stockées sur un disque dur externe appartenant à l'investigateur principal, ce dernier étant sécurisé par un mot de passe et était gardé sous clé au domicile de l'investigateur principal.

Une déclaration du projet de recherche a été réalisée auprès du délégué à la protection des données de l'Université de Paris pour vérifier sa conformité au règlement européen général sur la protection des données (RGPD). Il a donc été envoyé un dossier qui contenait le guide d'entretien, le registre de traitements de données à caractère personnel et la note d'information à l'attention des participants qui précisait l'objectif de la recherche, la méthodologie de l'étude, les caractéristiques concernant le traitement, les destinataires et la durée de conservation des données. Un avis a par ailleurs été demandé au comité d'éthique CERAPHP.

4. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données reposait sur une analyse de type thématique.

III. RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Au total, huit médecins ont été recrutés. Parmi les participants on comptait deux endocrinologues et six psychiatres ou pédopsychiatres. Tous appartenaient à un dispositif spécialisé dans l'accueil des personnes trans, certains uniquement centrés sur les mineurs, d'autres s'occupaient aussi des adultes.

Deux entretiens ont été réalisés en présentiel, dans le respect des règles sanitaires. Cinq autres entretiens ont été réalisés par visioconférence, et un par téléphone. Les entretiens réalisés en présentiel se sont déroulés sur le lieu de travail du participant.

La durée moyenne des entretiens était de 58 minutes.

Sur les huit participants, deux étaient des hommes et six des femmes. La moyenne d'âge des participants était de 46 ans, le plus jeune étant âgé de 31 ans et le plus âgé ayant 61 ans. Le nombre d'années d'exercice en tant que médecin diplômé, ayant terminé son internat, variait entre 1 an et 33 ans selon les médecins interrogés.

Le premier entretien a conduit à ajouter un élément à la première question qui concernait le profil de chaque participant : on demandait au médecin interrogé, si c'était un psychiatre, s'il avait une orientation psychanalytique ou autre. En effet, cela semblait pertinent puisque le champ de la psychiatrie est partagé d'une part en une école psychanalytique, d'autre part en une orientation plutôt portée vers les neurosciences, et que les psychiatres de chaque orientation peuvent avoir des avis et des interprétations différentes de la clinique psychiatrique. Ainsi, parmi les six psychiatres participant, quatre déclaraient avoir un socle plus ou moins basé sur la psychanalyse : un avait une orientation psychanalytique, deux avaient une orientation mixte, un était de formation analytique mais considérait qu'il avait une pratique intégrative. Devant cette pratique majoritairement mixte, nous avons cependant fait le choix de ne pas intégrer cet élément à notre analyse puisqu'il était difficile de distinguer des pratiques différentes et de conclure que cela était forcément lié à une orientation analytique.

2. RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE

a. LES ACTEURS DE LA DÉCISION

L'enfant ou l'adolescent

Dans plusieurs entretiens revenait l'idée d'entendre la demande du jeune et de le placer au cœur de sa prise en charge, c'est cette demande qui va être entendue par les professionnels. Ce point sera développé dans la partie sur les critères décisionnels.

L'un des médecins évoquait l'importance d'entendre la parole de l'enfant ou de l'adolescent, qui est une parole à part entière et qui n'est pas que traversée par les projections et désirs parentaux : « *ce sont des enfants et des adolescents qui réfléchissent-* » ; « *il nous semble que la parole de l'enfant n'est pas que traversée par les projections parentales, elle existe aussi en propre* » (E5). Il soulignait aussi que la question du vécu transidentitaire procédait d'une auto-détermination : « *c'est le patient qui va nous dire ce qu'il vit, et on va l'entendre* » (E5).

Ce médecin nuancait son propos en précisant que l'enfant et l'adolescent sont deux situations différentes « *la question des enfants prépubères c'est différent, l'accès à la parole, il ne se fait pas de la même manière* » (E5).

L'équipe spécialisée

Tous les médecins interrogés ont décrit la composition de leurs équipes qui étaient toujours pluridisciplinaires, composées toujours d'au minimum un pédopsychiatre ou psychiatre et d'un endocrinologue ou endocrinologue pédiatre. À cette base s'ajoutait presque toujours des psychologues (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8), parfois des médecins des CECOS (E5, E8), des chirurgiens (E1, E5), des gynécologues (E7, E8), des travailleurs sociaux (E2, E6, E8), des avocats ou conseillers juridiques (E5, E6, E8). Ces différents professionnels faisaient soit partie intégrante de l'équipe, soit se joignaient uniquement aux réunions de concertation pluridisciplinaire.

La présence de gynécologues ou de chirurgiens dans les équipes s'expliquait par le fait que, dans certaines villes, les équipes sont les mêmes pour l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

De plus, les équipes étaient plus ou moins étoffées selon les lieux et leurs durées d'existence, les plus anciennes existant depuis 6 à 7 ans, et les plus récentes depuis 1 an. Ces chiffres représentent la durée d'existence en tant qu'équipe formalisée et identifiée pour cette prise en charge, mais l'un des praticiens a souligné qu'il avait « *toujours reçu des enfants dans des situations comme celles-ci* », bien qu'il ne soit dans une équipe formalisée que depuis un an (E2).

La famille

- *Des constellations familiales variées*

Plusieurs interrogés décrivaient des « *constellations familiales* » différentes : ceux qui ne connaissent pas du tout le sujet et découvrent la question de la transidentité, qui n'ont encore vu aucun professionnel de santé ; et ceux qui connaissent bien la question, ont bien repéré l'existence d'une équipe, voire sont parfois très militants.

Entretien 2 : « *il y a deux cas de figures assez opposés : dans une première situation, ce sont des patients qui viennent me voir sans avoir vu d'autres personnes spécialisées (...). Deuxième situation c'est le contraire, c'est-à-dire c'est des enfants qui se seraient d'emblée inscrits dans un parcours de transidentité avec le repérage d'un service d'endocrino (...)* ».

Ces distinctions apparaissent dans une majorité d'entretiens (E2, E3, E4, E6).

Les attentes de ces deux « types » de famille peuvent être différentes, et ainsi demandent une prise en charge et un accompagnement familial qui ne sera pas le même : « *Dans cette deuxième situation j'ai souvent des familles assez différentes, c'est-à-dire des familles qui ont déjà fait un choix assez clair de soutenir leur enfant dans cette démarche, même pour des enfants parfois jeunes ; alors que dans le premier cas j'ai des parents qui sont plus angoissés, parfois dans le refus, parfois hésitants, parfois dans le doute* ». (E2)

Une autre manière de décrire ces familles était aussi de les distinguer par leurs manières de soutenir leurs enfants : celles qui sont accompagnantes voire qui sont très militantes ; celles qui doutent ou qui sont angoissées ; celles qui s'opposent à cette démarche de transition.

Entretien 3 : « *il y a certains parents qui sont très accompagnants et qui sont prêts à démarrer un traitement dès 16 ans, et il y en a d'autres qui veulent se donner du temps* ».

Entretien 4 : « *c'est vrai qu'il y en a qui, même s'ils sont choqués, même s'ils sont un peu perturbés par cette annonce de l'enfant, finalement (...) ils comprennent que dans l'intérêt de l'enfant, on va l'accompagner dans ce sens, et il y en a d'autres qui s'y opposent fermement jusqu'aux 18 ans.* ».

L'un des entretiens décrit même trois types différents de parents qu'ils peuvent rencontrer avec les jeunes :

Entretien 6 : « *on observait trois types de parents : ceux qui sont transformers, c'est-dire ceux qui veulent que ça aille vite (...) qui sont très proactifs dans la demande ; il y a des parents qu'on dit transporters c'est-à-dire qu'ils vont porter la demande de l'enfant, tranquillement, suivre les étapes*

avec la possibilité de réfléchir (...) et puis les transphobiques, ceux qui ne supportent pas. Et donc vous pouvez avoir autant de combinaisons de parents ».

Deux médecins soulignaient également le fait que certains couples de parents n'ont pas le même point de vue sur cette situation : *« il y a des parents qui peuvent ne pas avoir la même position sur la tolérance qu'il faut avoir ou sur ce qu'il faut tenter »* (E2) ou encore *« il y a des parents qui refusent de me répondre au téléphone, si les parents sont séparés, ils refusent de répondre à mes mails, et il n'y a aucune communication possible avec l'un des deux »* (E8). C'est un point très important dans la mesure où, nous y reviendrons, l'implication et l'acceptation des parents est cruciale pour une transition la moins troublée possible pour le jeune, mais également parce que les médecins ont besoin de l'accord des deux parents avant de pouvoir initier une transition médicale. Ainsi, l'alliance des deux parents joue sur deux facettes distinctes mais liées de la décision d'initier une transition.

Selon les médecins, ces typologies varient en fonction de l'âge des patients ou de leur mode d'arrivée dans le dispositif : certains sont très jeunes et donc la consultation aura forcément été sollicitée par les parents qui auront alors plus tendance à être dans le soutien ; pour les adolescents, ce sont plutôt eux directement qui demandent cette rencontre, ou bien la consultation avec le pédopsychiatre se fait suite à l'expression d'un mal-être, voire suite à un passage à l'acte. Ce sont deux contextes qui ne créeront pas les mêmes situations familiales.

Entretien 1 : *« si c'est un enfant de 6-7 ans, (...) là évidemment c'est les parents qui téléphonent. En ce qui concerne les collégiens, c'est encore plutôt les parents qui appellent ».*

Entretien 8, en évoquant qu'il recevait des patients plus vieux : *« les patients de moins de 12 ans (...) pour le coup c'est vraiment les parents qui sollicitent une consultation, alors que ceux que moi je reçois ils ont pu arriver par le biais des urgences suite à des tentatives de suicide ou...c'est pas forcément que des demandes de familles. »*

- *La place de la parole des parents*

La plupart des médecins interrogés revenaient sur l'enjeu autour de la parole : celle de l'enfant ou de l'adolescent comme décrit précédemment, qui pour tous les participants doit être entendue et écoutée. Cependant, plusieurs participants évoquaient la question sous-jacente de la parole des parents : elle a une importance cruciale dans l'anamnèse du vécu transidentitaire du patient,

notamment pour les patients qui arrivent jeunes, ou qui arrivent avec un vécu social de leur transidentité déjà en place.

Entretien 2 : *« ce qui s'est passé depuis qu'elle a l'âge de deux ans, c'est ce que les parents m'ont dit ».*

Entretien 5 : *« c'est souvent les parents quand ils sont petits qui prennent la parole, qui expliquent un petit peu ce que l'enfant peut dire, quels comportements il peut avoir, si l'enfant exprime un vécu transidentitaire et/ou des éléments de dysphorie de genre ».*

Par ailleurs, deux des psychiatres soulevaient tout de même la question du désir parental dans les demandes de transition :

Entretien 1 : *« on ne peut pas chez un enfant faire comme si le désir des parents n'existait pas »,* bien que ce soient des *« désirs inconscients ».*

Entretien 2 : *« parfois les parents sont très actifs, parfois ils le sont moins. Parfois ils paraissent même moteurs, ce qui est assez troublant car cela pose quand même la question du désir parental ».*

b. LES OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

Au travers des huit entretiens menés, les soignants ont évoqué différents outils pouvant les aider à prendre la décision d'initier des transitions médicalisées chez les personnes mineures. Tous ne sont pas sur le même plan : certains sont des outils ou des recours médicaux, d'autres relèvent plus de démarches mettant en jeu leur propre raisonnement, tant au niveau du jugement de la nécessité d'initier la transition qu'au niveau de la mise en balance des enjeux immédiats et des risques sur le long terme pour le jeune. On retiendra qu'au-delà de ces outils, deux psychiatres rappelaient l'importance de la prise en charge individualisée et adaptée à chaque personne :

Entretien 6 : *« peut être qu'une des données, en tout cas à laquelle moi j'accorde de la valeur, c'est la prise en charge individuelle, c'est-à-dire le sur-mesure ».*

Entretien 8 : *« c'est vraiment un accompagnement un peu à la carte ».*

Les recommandations et l'organisation d'un parcours systématisé

Toutes les équipes interrogées ont fondé leurs pratiques sur les recommandations existantes de la WPATH et de la société d'endocrinologie qui ont été détaillées dans notre première partie, et 3 professionnels sur 8 précisaient spécifiquement s'être formés auprès des équipes parisiennes.

Entretien 4 : *« on se base vraiment sur les recommandations, les seules qui existent en fait » ; « on s'est basé vraiment sur les pratiques de Paris ».*

Il était par ailleurs souligné par l'un des médecins que ce socle donné par les recommandations était essentiel pour encadrer cette pratique.

Entretien 4 : « *on se base vraiment sur ce cadre de recommandations, qui nous aide aussi à tenir un cadre* ».

Tous faisaient état d'un protocole mis en place par leurs équipes respectives et donc d'un parcours plus ou moins systématisé. Malgré le fait qu'ils se basaient presque tous sur les mêmes recommandations, on observait des organisations variables selon les dispositifs : certains organisaient des consultations en binôme psychiatre/endocrinologue, d'autres systématisaient l'accompagnement psychologique ou le bilan somatique et notamment endocrinien. Les âges d'initiation d'une hormonothérapie pouvaient aussi varier, certains débutant parfois plus tôt que 16 ans (préconisation des recommandations). Tous imposaient l'accord des deux parents.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Tous les médecins interrogés décrivaient que les décisions d'initier une transition se prennent systématiquement en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), qui sont généralement constituées des équipes spécialisées et parfois complétées par la présence d'autres acteurs ne faisant pas partie des dispositifs de prise en charge des mineurs trans en-dehors des RCP (juristes, associations dans l'une des équipes, médecins du CECOS...). Pour 7 équipes sur 8, la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire semble être intégrée à leur protocole de façon obligatoire : « *Toujours, obligatoirement pour tout traitement, pour toute chirurgie, il y a une RCP* » (entretien 8). Un seul des médecins interviewés a décrit que la RCP n'était pas sollicitée systématiquement avant un blocage pubertaire, notamment dans le cadre de la prise en charge des adolescents, afin de mettre rapidement au repos la puberté pour soulager de certains signes pubertaires et permettre de réfléchir autour de la situation sans que le développement pubertaire se poursuive.

L'un des intérêts de ces réunions étaient pour beaucoup l'enjeu de la **décision collégiale** et non isolée, et la nécessité de la pluridisciplinarité d'évaluation somatique, psychologique, psychiatrique et sociale. Entretien 4 : « *on prend jamais la décision toutes les deux de toute façon (...) c'est une décision qui est prise en RCP (...) ça n'est pas à nous qu'appartient la décision. Et ça je crois que c'est fondamental dans tous les cas* ».

Entretien 5 « *en fait pour chaque phase de la transition, on représente la situation en réunion, pour en discuter collectivement et valider ensemble l'étape suivante* ».

Entretien 6 : « *les décisions vont être collégiales, c'est-à-dire qu'elles s'organisent en RCP* ».

Entretien 7 : « *notre façon de prendre en charge les gens elle est caractérisée par une prise en charge multidisciplinaire et vraiment pas du tout isolée* » ; « *on s'en parle en RCP tous ensemble pour que chacun donne son avis et dise qu'en effet on trouve que c'est le bon moment* ».

Par ailleurs, l'un des intérêts du principe de décision collégiale mis en avant dans les entretiens est le **partage du pouvoir décisionnel**, pour des questions de partage, ou plutôt de distribution de la responsabilité :

Entretien 1 : « *la décision collégiale, ce qui fait qu'on n'est pas tout seul à prendre la décision, ce qui change quand même pas mal de choses. Est-ce que c'est diluer la responsabilité ? Je ne pense pas que ce soit ça, c'est partager la responsabilité je pense plus. On en a causé à quelqu'un quoi.* » ; « *Je pense que ça nous protège de notre toute-puissance, d'être obligé d'en parler avec d'autres* ».

Les enjeux de l'initiation d'une transition médicale sont reconnus par l'ensemble des professionnels interrogés. Ils savent qu'ils vont accompagner une demande qui va impacter le cours de la vie du patient et ainsi, ils prennent le recul nécessaire :

Entretien 6 : « *moi je crois qu'il est hyper important que le pédopsychiatre qui va accompagner le projet de transition, ne soit pas celui aussi qui prescrit. Vous voyez, qu'il n'y ait pas trop de pouvoir dans la même main, en tout cas pour les personnes il me semble que c'est important de penser ces espaces (...) peut-être aussi c'est important qu'il y ait plusieurs points de vue autour d'une situation un peu complexe, et pas tout le pouvoir décisionnel dans les mains d'un seul* ».

L'un des soignants interrogés évoquait plutôt l'utilité de la RCP dans sa **dimension protocolaire**, permettant de présenter le dossier complètement, en évoquant les antécédents médicaux personnels et familiaux, les traitements éventuels, les contre-indications à une hormonothérapie, le mode de vie, la scolarité, l'histoire de la transidentité du patient. Cela permet de vérifier que le patient est éligible aux traitements et que toutes les informations utiles ont été délivrées, notamment concernant la préservation de la fertilité, puis de solliciter d'autres professionnels si le dossier demande une évaluation plus approfondie.

Entretien 8 « *En RCP, voilà c'est pour vérifier que la procédure a été respectée, que les critères sont corrects, que le CECOS a été proposé* ».

Le temps

Dans 7 entretiens sur 8, la notion de temps au sens d'un objet presque marchandable, échangeable, était très présente. Il s'agit d'une conception du temps comme d'un moment. Ainsi, on a pu relever au cours des entretiens de nombreuses manières de formuler cette idée : « gagner du temps », « se donner du temps », « prendre le temps », « ne pas se précipiter », « du temps qu'on cherche à gagner », « il faut du temps », « faire prendre son temps ». Cette notion de « prendre son temps » correspondait à deux types de décision selon les entretiens :

- soit initier un blocage pubertaire pour « gagner du temps » ;
- soit au contraire prendre le temps avant de prendre toute décision de transition médicale (blocage pubertaire ou hormonothérapie).

On notera que 4 professionnels sur 8 pratiquent le blocage pubertaire, et que parmi les quatre autres : un y est réticent, et les trois autres n'ont pour le moment pas été confrontés à cette situation. Parmi ces trois derniers n'ayant pas été confronté au blocage de la puberté, ils pratiquaient la prescription de pilule contraceptive ou de progestérone permettant le blocage des règles.

Concernant le temps donné par la mise en place d'un blocage pubertaire et son intérêt dans l'aide à la décision d'une poursuite de transition de genre, certains professionnels mettaient en avant qu'en bloquant la puberté, cela permettait d'ouvrir un espace de réflexion avec les parents et les enfants. En effet, cette réflexion peut parfois être empêchée par la souffrance du jeune, l'incompréhension des parents, et le développement pubertaire. En suspendant le développement des caractères sexuels secondaires, on apaise parfois la souffrance dysphorique du jeune et l'angoisse de voir son corps se développer vers un chemin qu'il ne souhaite pas.

Entretien 2 : *« il vaut mieux gagner du temps que confronter l'enfant à la puberté ».*

Il peut ainsi entamer une réflexion autour de son identité de genre sans que celle-ci ne soit précipitée, et laisser cette identité être traversée par la « *question de la rencontre* » (E4). Cela donne aussi du temps pour accompagner la famille à comprendre le jeune et à le soutenir.

Entretien 4 : *« moi c'est vraiment la notion de temps, et de prendre le temps, et vraiment de voir si on se trompe pas ».*

Entretien 5 : *« ça leur permet vraiment, puisque le blocage pubertaire est totalement réversible, ça leur permet de continuer à penser leur identité de genre mais aussi en lien avec les expériences relationnelles qu'on peut faire quand on rentre au collège », ou encore : « C'est surtout du temps qu'on cherche à gagner pour permettre vraiment à l'enfant de se situer concernant son identité de genre-» ;*

« Ce blocage pubertaire il permet souvent, nous de continuer à faire connaissance, (...) avec lui et avec ses parents ».

L'un des médecins était plus hésitant sur le fait que le blocage pubertaire permettrait d'avancer dans la réflexion, en évoquant d'autres problèmes que cela aurait pu soulever et qui peuvent être importants : *« la puberté ça n'est pas que un développement des hormones. (...), tout ce qui est par exemple détachement par rapport aux figures parentales, ce que représente la puberté au sens sociologique ; est-ce qu'on ne met pas tout en suspens ? On ne peut pas réduire la puberté à une production de testostérone ou de progestérone »* (entretien 1).

Ce temps gagné, ou pris, permet aussi de mettre en place une transition sociale. Selon certains médecins, ce temps de réflexion et d'exploration serait un argument confortant dans la future décision et le fait qu'on ne se trompe pas. En effet, si certains enfants qui expriment une transidentité, notamment les plus jeunes, semblent parfois déjà engagés dans des parcours de transition sociale, les médecins nous ont rapporté que les adolescents avaient plus tendance à exprimer leur demande médicalement avant de considérer une transition sociale.

Entretien 8 : *« C'est tout l'intérêt des bloqueurs en fait, on estime que c'est le temps où voilà, le patient peut explorer, bah au cours de sa transition sociale et est-ce qu'il se sent mieux dans le genre exprimé, (...), est-ce qu'il se sent mieux avec les bloqueurs dans le sens où il n'y a pas la puberté qui survient et finalement son corps lui convient ainsi, (...)c'est cette expérimentation là qui vraiment aussi va nous guider et va guider le patient et sa famille aussi ».*

Deux des médecins interviewés évoquaient un rapport entre la capacité décisionnelle et l'âge de l'individu. L'un d'eux évoquait ses réticences sur la capacité d'un jeune à prendre des décisions d'une telle importance : *« est-ce qu'un enfant de 14 ans voire de 8 ans, peut donner son consentement ? Déjà il ne peut pas donner son consentement pour coucher avec un adulte. Alors là il pourrait donner son consentement pour un blocage de la puberté, et donc une opération. »* (E1).

Le second soulevait la possibilité de bloquer la puberté pour laisser le jeune atteindre *« une période où l'adolescent ou l'adolescente sera plus en âge de décider pour lui-même »* (entretien 2).

Le psychiatre interrogé qui ne pratique pas le blocage pubertaire car il y est plutôt réticent, mettait lui aussi cette notion de temps en avant, mais pour lui ce temps devait être pris avant toute prise de décision : *« moi je suis du point de vue réticent, à l'Hôpital X vous aurez les fervents "pour". Enfin je ne suis pas opposé, mais je dis "il faut prendre son temps" » ; « pour aider votre enfant vous n'êtes pas obligés de vous précipiter »* (entretien 1).

La temporalité exprime également une question de durée plus que d'un moment, 3 médecins sur les 8 interrogés ont précisé que la réflexion autour de la décision d'entamer un parcours de transition médicale se faisait sur la durée, avec des rencontres et des consultations répétées, et ce sur plusieurs années.

Entretien 5 : *« Ça se fait sur beaucoup d'entretiens quand même tout ça, et sur plusieurs années en fait (...) cette question identitaire elle est en question mais avec nous. »*

Il était aussi question pour plusieurs des interviewés de respecter le « rythme » de chacun, ou encore la « vitesse d'avancée », du jeune ainsi que de son entourage. Il était notamment évoqué le fait que bien que cela concerne la transition de genre du jeune, la famille devait elle aussi transitionner en quelque sorte.

Entretien 6 : *« au rythme du patient et de sa famille, ce n'est pas moi qui dit je veux vous revoir dans un mois, c'est les personnes, je considère que c'est un processus de construction, de choix ».*

L'appui sur le caractère réversible du blocage pubertaire

Concernant le blocage pubertaire, 3 professionnels sur 8 mentionnaient que cette décision était facilitée par l'aspect complètement réversible de cette intervention, réduisant leurs inquiétudes concernant les effets potentiellement engendrés par une intervention médicale.

Entretien 5 : *« au pire s'il y a un aller-retour dans cette question transidentitaire, on lève le bloqueur pubertaire et la puberté elle reprend sur une voie tout à fait normale, donc il n'y a pas non plus un grand risque ».*

L'un des médecins expliquait que le traitement bloqueur de puberté était bien connu des endocrinologues dans d'autres indications, notamment dans les pubertés précoces, et mentionnait même que cette réversibilité et cette connaissance du traitement les amenait à ne pas décider de ce traitement systématiquement après s'être réunis en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Entretien 7 : *« le freinateur c'est réversible, l'enjeu est quasi-nul quoi, c'est des traitements qui n'ont pas d'effets secondaires ou quasiment pas, qui sont complètement réversibles à l'arrêt, qu'on a vraiment l'habitude de manier dans plein d'autres situations endocrinologiques autres que la transidentité donc ça ne nous fait pas trop peur ».*

c. LES CRITÈRES DÉCISIONNELS

L'une des questions du guide d'entretien portait sur l'existence de critères déterminants pour initier une transition médicale chez un mineur. À cette question, 3 médecins sur 8 ont souligné la difficulté à établir des critères précis et systématisés, cette pratique reposant avant tout sur « *un faisceau d'arguments* » (entretien 8). Nous notons également que cette question était souvent accueillie par des rires.

Entretien 5 : « *j'ai envie de vous dire qu'il n'y a pas un élément déterminant d'accompagnement à la transition, il y a un accompagnement, et avec les enfants, les adolescents et leurs parents, en fait on essaye de réfléchir ensemble à ce qui compte vraiment comme modifications corporelles pour eux, et de les accompagner à ces modifications là, mais dans un à priori de la rencontre, on va les accompagner de toutes les façons. La question c'est pas oui/non, la question c'est comment.* »

On peut donc parler plutôt d'éléments déterminants, et non pas de critères.

Les critères déterminants l'initiation d'une transition

- *La demande*

La plupart des participants revenaient sur le fait qu'ils écoutaient avant tout la demande du jeune, son besoin de transitionner ou pas. L'un des points clés présent dans plusieurs entretiens était donc que la demande de transition vienne du jeune, et qu'il soit décisionnaire de sa prise en charge.

Entretien 6 : « *C'est pas moi qui décide s'il faut y aller ou pas quoi, je pense que ce qui est central c'est la demande des personnes* ».

Entretien 8 : « *il y a des enfants qui expriment une transidentité (...) qui n'ont pas de demande de transition particulière, bah là il n'y a pas d'indication, il n'y a pas de demande* ».

- *La fixité de cette demande*

Le critère de la fixité de la demande et du vécu transidentitaire à travers le temps était présent dans 3 entretiens sur 8, qui détaillaient que la persistance de la demande dans le temps était un argument en faveur du fait que ce n'était pas qu'une phase d'exploration de genre du jeune, puisque le vécu trans et la demande de transition perdurait, et ce « *quelles que soient les expériences de l'enfant à l'école, le changement de l'école maternelle à l'école primaire, quelles que soient les attitudes des parents qui ne*

sont pas toujours d'accord entre eux...il y a une forme de continuité des symptômes » (E2). Cette fixité pouvait être évaluée à travers les histoires racontées par l'enfant, permettant d'observer si les positions identificatoires sont fluctuantes par exemple.

Entretien 5 : « on a repéré aussi qu'il y avait une stabilité dans la transidentité (...) que le vécu transidentitaire est extrêmement pérenne ».

- *La souffrance*

Le critère de la souffrance du jeune était cité par 5 participants sur 8, qui expliquaient pour la plupart que cette souffrance était souvent liée au mal-être engendré par la dysphorie de genre, et pouvait être intensifiée lors du développement pubertaire : soit à cause de cette puberté qui progresse, soit à cause de la survenue récurrente de signes tels que les règles ou les érections. Ainsi, ce critère était, d'après les participants, plutôt utilisé pour la décision d'initier un traitement bloqueur de puberté. Plusieurs participants rappelaient que si ce critère de souffrance était présent et représentait une indication au blocage de la puberté, ils se basaient sur les recommandations existantes pour débiter le traitement après le début de la puberté, autour du stade 2 de Tanner.

Entretien 2 : « il y a un critère qui serait un critère de souffrance, c'est-à-dire la manière dont ces enfants vont exprimer une angoisse qui va être désorganisante sur les signes pubertaires, et avec des virages dépressifs qui peuvent être compliqués ensuite pour l'ensemble de la vie ».

Entretien 5 : « si l'enfant et les parents expriment toujours l'angoisse importante de traverser une puberté, on peut envisager, vers le stade 2 de Tanner (...) un blocage pubertaire, pour pouvoir continuer à se donner du temps en fait ».

Entretien 6 « il y a un moment où la puberté va rendre, pour certains, la dysphorie totalement insupportable » ; « il y a des critères médicaux j'ai envie de vous dire, c'est-à-dire qui se réfèreraient à la question de l'intensité de la souffrance dysphorique ».

- *La compréhension des enjeux*

Parmi les critères décisionnels évoqués dans les entretiens, quatre médecins évoquaient explicitement l'importance d'une bonne information, ou d'une bonne compréhension, par les jeunes et leurs parents, des enjeux de cette prise en charge et des effets potentiels des traitements avant de pouvoir prendre la décision.

Entretien 7 : *« vraiment pour être sûrs que l'enfant comme son entourage, donc les deux représentants légaux, aient bien compris tous les enjeux, aient bien compris ce que ce traitement permettra de faire ou ne permettra pas de faire, être sûrs qu'il n'y ai pas d'attentes irréalistes et être sûrs qu'ils aient bien compris les effets irréversibles et les effets secondaires potentiels ».*

L'appréciation de la maturité du jeune apparaissait dans 2 entretiens sur 8, à la fois concernant la maturité de ses propos mais aussi dans sa capacité de compréhension des conséquences possible de l'initiation d'un tel parcours.

Entretien 2 : *« la maturité à la fois du discours et des ses positions identificatoires », au sens de « capacité à avoir un discours subjectif sur soi-même ».*

- *L'amélioration post-transition sociale*

L'amélioration de l'état du jeune pendant ou après sa démarche de transition sociale est apparue comme facteur décisionnel dans 5 entretiens sur 8. Certains décrivaient que cette étape servait de sorte d'épreuve-test, permettant de vivre socialement dans le genre auquel le jeune s'identifie et de faire cette première démarche d'affirmation de genre afin d'ajouter un argument en faveur d'une décision de transition médicale, *« pour voir si on ne se trompe pas » (E3).*

Entretien 4 : *« nous on préconise une transition sociale (..) c'est une étape importante de mon point de vue parce que je pense que ça permet au jeune, déjà, de voir ce que ça fait que d'être dans l'autre genre, en tous les cas d'être considéré dans le genre dans lequel il s'inscrit, et ça lui permet de se confronter un peu à la réalité, avant qu'on aboutisse à des traitements de manière irréversible. »*

Par ailleurs, au-delà de l'essai que cela représente, l'un des critères mentionnés était l'amélioration à la suite de cette transition sociale, aussi bien sur le plan de l'humeur que des relations sociales, ou des résultats scolaires.

Entretien 4 : *« moi ce qui détermine le plus c'est l'amélioration à partir de la transition sociale. Ça c'est vraiment le critère principal : voir que le jeune s'améliore et qu'il va vraiment mieux à tous les niveaux ».*

Un seul des participants énonçait clairement sa réticence envers la transition sociale en tant qu'essai et que parcours d'exploration de genre : *« bon, il veut dormir avec sa tenue de princesse, ok, il veut aussi aller à l'école comme ça : moi je dis là, attention, et j'en parle aussi avec l'enfant ; les enfants sont durs entre-eux, bon je déconseille quoi » (E1).*

- *L'accord des deux parents*

7 entretiens sur 8 mentionnaient l'obligation de recueillir « *l'accord écrit des deux parents* » (entretien 3) avant d'initier un traitement bloqueur de puberté ou une hormonothérapie, certains soulignant aussi le fait qu'une information claire et loyale devait être fournie aux parents et qu'il fallait s'assurer de leur bonne compréhension des traitements et de leurs potentiels effets attendus et indésirables.

Entretien 6 : « *ce sont des décisions de trajectoires de vie tellement importantes qu'on est obligés de travailler avec les deux parents* ».

Les critères devant contre-indiquer ou faire douter de l'initiation d'une transition

Au cours des entretiens, certains participants rapportaient également des critères faisant douter de l'indication à une transition hormonale, ou du moins incitant à la repousser à plus tard. Plusieurs médecins évoquaient tout de même une réflexion autour de l'idée qu'il n'y avait pas de véritables contre-indications, hormis un diagnostic différentiel avec une pathologie psychiatrique.

Entretien 1 : « *on discute entre nous, on s'oppose jamais à la transition hormonale, mineur ou majeur. C'est ce que nous disait un psychiatre parisien : au début on posait des contre-indications, et maintenant il n'y en a plus. Simplement on prend plus ou moins son temps quoi* ».

- *Les véritables contre-indications*

Dans les critères pouvant représenter une vraie contre-indication à entamer un parcours de transition médicale étaient principalement évoquées les comorbidités psychiatriques vraies, qui représenteraient un **diagnostic différentiel** : « *il fallait quand même un petit peu s'assurer qu'on était pas sur quelque chose de délirant ou de...voilà, parfois ça ralentit un peu plus nos indications. Les comorbidités psychiatriques vraies quoi* » (entretien 6). La présence éventuelle de troubles cognitifs ne permettant une bonne compréhension des enjeux du traitement a été évoquée au cours d'un entretien.

Trois médecins rapportaient aussi que le fait qu'il faisaient attention à éliminer les **contre-indications éventuelles à un traitement hormonal**.

Entretien 4 : *« Mais sinon, voilà, moi si je n'ai pas de contre-indications hormonales, et il y en a rarement, je suis ok pour démarrer le traitement ».*

- *Les critères faisant douter de l'indication*

Secondairement, les critères incitant à douter d'une décision de transition se concentraient autour de la prise en charge inadéquate des comorbidités, notamment psychologiques et/ou psychiatriques, et d'un parcours de vie fragile : le but serait donc de stabiliser la situation, afin de mieux évaluer et de pouvoir éventuellement proposer une transition si elle s'avère indiquée.

Entretien 6 : *« pour ce qu'y est d'accéder aux hormones quand même, la plupart du temps on essaye d'obtenir une stabilisation suffisante des symptômes psychiatriques avant de passer en RCP pour obtenir les hormones, je pense que c'est important »* ou encore : *« je veux dire qu'il faut quand même avant de se lancer sur l'indication médicale, rétablir un minimum d'aisance dans les autres secteurs de fonctionnement de la personne ».*

Entretien 8 : *« que si nos patients ont des pathologies psychiatriques autres, (...)qu'ils bénéficient d'un suivi régulier, adéquat et bien mené. Et ça effectivement, ça peut être difficile à obtenir comme critère ».*

L'un des psychiatres précisait même que ces comorbidités *« ne sont pas une contre indication à une transition, pas du tout »* (entretien 5).

Un autre mettait en avant la prise en compte de l'environnement familial et de sa stabilité : *« des familles dysfonctionnelles, très très dysfonctionnelles. Ça pour moi c'est compliqué, je trouve qu'on a besoin d'y voir plus clair et de ne pas se précipiter sur cette demande là qui doit cacher d'autres fragilités »* (E4).

L'un des psychiatre abordait également l'importance de la consultation endocrinologique et du bilan somatique permettant d'*« écarter les questions d'ambiguïté sexuelle, même à minima, les questions quand même aussi d'imprégnation hormonale, avec les différentes possibilités médicales de dysfonctionnement, de retard pubertaire éventuellement aussi »* (E2).

d. LES ENJEUX SPÉCIFIQUES AU MINEUR

Les spécificités de la période adolescente

Notre étude portait sur les enfants et les adolescents, et 5 professionnels sur 8 ont abordé la question des spécificités de l'adolescent et de l'importance de les prendre en compte.

- *La quête identitaire chez l'adolescent*

Plusieurs médecins indiquaient que les variances de genre peuvent aussi être une phase par laquelle passent de nombreux jeunes, sans pour autant que ce vécu transidentitaire soit pérenne, l'adolescent étant – par essence – en quête identitaire. Se joue alors « *la question de l'identité avant la transidentité* » (E4). La transition pouvait alors apparaître, selon les interrogés, comme une solution trouvée par l'adolescent pour répondre à ses questionnements.

Entretien 2 : « *ceux qui en revanche commencent à l'adolescence (...) c'est très compliqué, parce qu'il y en a pour qui c'est un symptôme provisoire, qui vont fluctuer...voilà c'est beaucoup plus mouvant, c'est moins ancré. Parfois ça vient comme une solution provisoire, il y en a qui vont persister, il y en a qui vont se désister* ».

De plus, l'un des psychiatres expliquait la possibilité chez l'adolescent de l'existence d'un désamour de son image corporelle et du fait que cela représente parfois une phase normale de la période adolescente, sans que cela soit en lien avec une volonté profonde et ancrée de modifier son corps dans le sens d'une transition de genre. Il soulignait donc la nécessité de ne pas confondre les types de mal-être, en lien parfois avec des expériences traumatiques de vie, des épisodes anxio-dépressifs, une désocialisation, l'enjeu étant de ne pas se tromper dans l'évaluation de ces jeunes.

Entretien 1 « *on est face à des gens, lui c'est MtoF, ce qu'ils veulent être c'est pas toujours évident : c'est pas forcément femme, quelque fois c'est ne plus être un homme* ».

Entretien 4 : « *il y a quand même en sous-jacent, en demandant d'être un garçon, enfin dans tous les cas d'avoir de la testo, (...) une idée de "je vais grandir, je vais être musclé, ce corps que je déteste je vais le quitter de cette façon-là"* ».

Il était ainsi plusieurs fois mentionné dans les entretiens l'importance de la lucidité des parents et des jeunes autour des attentes envers le traitement et envers ce que va apporter la transition de genre.

Entretien 3 : « *ils ont parfois des idées de se dire que les garçons ça grandit plus longtemps et qu'avec de la testostérone ils pourront grandir, donc on évoque ça.* »

Aussi, deux des psychiatres considéraient qu'il fallait prendre en compte les traits pouvant être caractéristiques de la personnalité adolescente, notamment les traits d'impulsivité et de besoins urgents.

Entretien 4 : *« un ado qui est là et qui a déclaré ça depuis 6 mois et qui voudrait prendre les hormones dans la foulée...il y a quand même cette notion de temporalité, d'immédiateté et de toute-puissance en fait de l'adolescent, qui est vraiment particulière par rapport à un adulte en fait. »*

De plus, une attention était portée par certains médecins interrogés au fait que l'impact d'internet et des réseaux sociaux dans ces demandes devait être surveillé.

Entretien 4 : *« des fois on a l'impression que c'est un engouement dans lequel se met le jeune dans cette quête identitaire, avec des réponses sur internet trouvées facilement en disant, bah ça me correspond ».*

- *Les comorbidités*

La plupart des participants notifiaient que l'un des éléments spécifiques à prendre en compte chez l'enfant et l'adolescent était la question des comorbidités.

Selon eux, l'évaluation psychiatrique doit essayer de repérer ces comorbidités pour deux raisons : réussir à faire la différence entre la co-occurrence d'un trouble psychiatrique en parallèle d'un vécu transidentitaire et entre un véritable diagnostic différentiel d'une pathologie dans laquelle l'identité de genre serait *« peu construite »*, comme dans des *« formes de troubles autistiques, des formes d'Asperger, parfois des personnalités schizoïdes »* (entretien 2), l'enjeu étant de repérer ce qui relèverait par exemple du délire et représenterait une potentielle contre-indication à l'initiation d'une transition, comme évoqué précédemment.

Entretien 2 : *« pour les adolescents, il y a la question d'un diagnostic, pas uniquement différentiel, mais associé, parce qu'en fait il y a beaucoup d'adolescents qui ont des troubles dépressifs, des troubles éventuellement neurodéveloppementaux, des formes d'Asperger, des formes de pathologies limites avec parfois des échecs scolaires...donc pour les adolescents je dirais qu'il y a plus la question de comorbidités ».*

Entretien 4 : *« on ne sait pas si on va les améliorer ou si on risque de les faire flamber ».*

Entretien 6 : *« ces formes un petit peu plus compliquées aussi dont j'ai parlé toute à l'heure, qui sont les formes avec des comorbidités psychiatriques sévères ».*

- *L'enjeu autour de la fertilité*

Sept psychiatres sur huit évoquaient la question de la fertilité. Pour six d'entre eux, l'enjeu est d'informer le plus possible sur les effets potentiellement néfastes des traitements sur la fertilité et sur les possibilités de préservation.

Entretien 5 : *« avant de penser blocage et hormonothérapie il y a la question de la fertilité qu'on évoque de façon maintenant très systématique avec les adolescents et avec leurs parents ».*

Entretien 8 *« on propose en tout cas, un rdv au CECOS, pour que toute l'information sur la préservation éventuelle de la fertilité soit expliquée aux parents et aux jeunes (...) Parce qu'effectivement, à l'heure actuelle on est un peu dans l'incapacité de prédire quelle sera la fertilité ultérieure, et on estime que c'est vraiment nécessaire qu'ils aient le maximum d'informations disponibles ».*

Certains évoquaient le fait qu'il peut être difficile d'aborder ces questions-là avec de jeunes gens, à des étapes de leur vie qui sont éloignées d'un projet de parentalité. L'un des participants faisait cependant remarquer que ces questions de fertilité étaient discutées avec d'autres personnes du même âge dans le cadre d'autres prises en charge.

Entretien 3 : *« bien sûr que ça n'est pas une préoccupation d'adolescent, mais dans les autres pathologies aussi hein. (...) les ados avec un syndrome de Kline Felter, quand je les envoie au CECOS, ils ne voient pas l'intérêt du tout ! Mais c'est notre rôle de médecin. Après les parents, eux, ils sont plus sensibles à ça. En tout cas, il faut l'avoir évoqué, discuté, expliqué pourquoi, expliquer ce qui est faisable ou non, ce qu'on peut en faire après ».*

Un psychiatre, parmi les sept médecins abordant le sujet de la procréation, était lui assez hésitant sur la possibilité d'évoquer ces sujets avec de jeunes personnes, et prenait comme exemple le film documentaire « Petite fille » de Sébastien Lifshitz, qui suit une petite fille trans pendant plusieurs mois : *« la question de la procréation après, des gamètes et tout ça, à un enfant, quand on voit que la dernière image du film, elle prend à 8 ans son biberon. Est-ce que quand on prend son goûter avec un biberon, on est apte à dire ce qu'on veut faire de ses gamètes ? »* (E1).

Par ailleurs, l'un d'entre-eux évoquait le fait que la médecine de la reproduction *« refuse de faire une préservation de la fertilité dans le cadre de la transidentité. C'est CECOS-dépendant, donc on les envoie ailleurs »* (E3), et mettait donc en avant les problématiques de refus d'accompagnement à la transition de genre par certaines structures.

L'idée est pour eux d'informer sur ce sujet car c'est la responsabilité du médecin de délivrer cette information, et ils mettaient en avant l'importance d'anticiper des évolutions possibles de la loi française ou un éventuel désistement du jeune.

Entretien 3 : *« Actuellement, la France ne permet pas d'utiliser des ovocytes plus tard dans la vie d'homme, mais bon c'est maintenant qu'il faut se poser la question : parce qu'ils sont mineurs, parce que c'est la responsabilité des parents, et parce que bon il peut y avoir quand même des désistements. Il y a des retours en arrière, c'est rare, mais on le sait ça peut : dans ce cas, ça peut être une utilisation possible, et puis sinon il peut y avoir une évolution de la loi, on ne sait pas. En tout cas je pense que c'est notre rôle de médecin de s'être posé la question avant ».*

- *La prise en charge globale*

Certains professionnels interrogés soulignaient que la prise en charge des mineurs trans doit être globale : l'évaluation doit prendre en compte, au-delà de la dimension psychologique et psychiatrique, tous les autres aspects de la vie du jeune, c'est-à-dire son environnement familial, scolaire, ses relations, ainsi que sa santé physique.

Entretien 5 : *« L'identité de genre c'est que un petit aspect de l'enfant finalement, et on essaye de pouvoir le rencontrer beaucoup plus largement, beaucoup plus globalement, pour penser cette identité de genre de façon un peu plus contextualisée ».*

Entretien 6 : *« parce que l'évaluation de la personne c'est une évaluation globale, ce n'est pas que la transidentité c'est aussi la santé psychique, organique, sa socialisation, son environnement familial, les critères de dangerosité ou pas, ou les critères de protection qui sont là dans la vie de l'enfant, qui sont autant de critères qu'il faut avoir présent à l'esprit pour pouvoir cheminer dans ce parcours de transition de façon harmonieuse ».*

- *La prise en charge familiale*

La prise en charge de la famille semblait être un aspect incontournable de l'accompagnement des mineurs en non-conformité de genre au travers de plusieurs entretiens. Ce suivi est très important puisqu'il s'agit tout d'abord de soutenir les parents et de les accompagner en faisant un travail de guidance parentale, ou en mettant en place des groupes de paroles par exemple.

Entretien 4 : *« on essaie vraiment d'accompagner et l'enfant, et les parents (...) pour faire un espace de soutien parental, de guidance parentale, parce qu'ils étaient paumés, ils ne savaient pas du tout*

comment se comporter ou accompagner le jeune (...) on essaye vraiment d'avoir une approche vraiment familiale, globale ».

Ensuite, comme cela a été analysé précédemment, il existe plusieurs typologies de familles, des plus soutenantes aux plus opposées : l'objectif est de réussir à ce que les parents réussissent à comprendre leur enfant, pour pouvoir l'accompagner et le soutenir dans cette transition.

Entretien 4 : *« j'insiste sur (...) l'approche familiale et systémique, et le temps qu'on prend pour l'adhésion du jeune, des parents, pour essayer de les aider à comprendre ce qu'il se passe, pourquoi ».*

Entretien 5 : *« souvent les parents ils n'en sont pas du tout au même niveau que le jeune qui a souvent mûri cette transidentité, parfois silencieusement sans en parler à ses parents pendant longtemps, (...) et parfois les parents découvrent un peu cette question. Donc c'est vraiment important pour nous de pouvoir les rassembler ».*

e. LES INTÉRÊTS DE L'INITIATION D'UNE TRANSITION DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

Soulager

Comme nous l'avons vu précédemment, concernant le blocage pubertaire, plusieurs personnes interrogées considéraient que l'un des enjeux de ce blocage était de soulager le jeune sur plusieurs aspects. Cela permet de lever le niveau de pression que peut exercer l'avancée du développement pubertaire chez un adolescent redoutant ces modifications, *« d'apaiser le jeune hein, qui a très très peur d'avancer dans une puberté qu'il ne souhaite pas »* (E5). Par ailleurs, le blocage permet de suspendre certains signes physiques pouvant être gênants tels que les règles chez les garçons trans ou les érections chez les femmes trans, qui surviennent de manière régulière et peuvent être source de souffrance.

Eviter des procédures lourdes dans le futur

Deux des médecins estimaient que l'un des enjeux du blocage était aussi de ne pas laisser se développer des caractères sexuels secondaires indésirés qui, pour être modifiés par la suite, nécessiteront des chirurgies lourdes.

Entretien 7 *« et puis ce qui permet surtout de ne pas devoir, plus tard à l'âge adulte, bénéficier de chirurgies lourdes pour corriger ces transformations corporelles qui ont pu avoir lieu, en particulier au*

niveau du visage et du torse. Après les organes génitaux ça n'y change rien, mais ça permet peut-être de surseoir à ces grosses chirurgies qui sont lourdes ».

Ce dernier mentionnait même que de son point de vue : *« les stéroïdes ça pourrait se discuter, (...) mais par contre le fait de ne pas mettre un traitement freinateur, lorsqu'une transidentité est identifiée, c'est être sûr qu'on va infliger à cette jeune personne des chirurgies, plus tard, correctrices, donc là ça pourrait représenter une non assistance à personne en danger oui, ou ça pourrait être maltraitant » (E7).*

Sécuriser

Selon certains médecins interrogés, l'un des intérêts de formaliser les parcours de transition et de produire et suivre des recommandations, est d'encadrer ces parcours afin de les sécuriser. En effet, plusieurs d'entre-eux rapportaient que de toute façon, certains mineurs arrivent à se fournir des hormones et à transitionner en-dehors d'une prise en charge par leurs équipes, méconnaissant alors certaines conséquences potentielles des traitements et s'exposant à des risques.

Entretien 6 : *« notre souci est plus de protéger ces parcours de transition que de les empêcher pour x ou y raisons » ; « on sait bien que les adolescents vont chercher les hormones ailleurs, qu'il y a des circuits hors hôpital, qui sont très rapides hein, ils viennent nous le dire : on va voir le psychiatre, l'endoc, le lendemain on a les hormones hein », ou encore : « ou alors ils achètent les hormones sur internet, enfin ils se débrouillent, ils piquent ceux des "grands" trans qu'ils connaissent enfin bon. C'est vrai qu'on a intérêt, enfin moi je trouve que c'est encore intéressant de garantir une sécurité de ces parcours de transition médicamenteuse, de transition de genre avec des médicaments ».*

Répondre à une multiplication des demandes d'accompagnement

Les professionnels interrogés étaient unanimes sur le fait que les demandes d'évaluation et d'accompagnement à la transition de genre sont de plus en plus nombreuses chez les mineurs. La création et la formalisation des équipes spécialisées vise aussi à répondre à cette demande et à accompagner ces jeunes.

Entretien 2 : *« comme les demandes à l'adolescence ont été très très importantes ».*

Entretien 3 : *« là on est un peu débordés par les demandes ».*

Entretien 6 : *« c'est assez important là, on est sur une véritable vague de demandes », « les demandes explosent ».*

f. LES REPRÉSENTATIONS DE CETTE DÉCISION CHEZ LES PROFESSIONNELS

Une décision difficile

Plusieurs professionnels décrivaient spontanément la difficulté de cette pratique d'accompagnement à la transition de genre du mineur, évoquant notamment le fait que ce sont des décisions engageant la responsabilité du praticien et étant source d'angoisse.

Entretien 2 : *« c'est une pratique qui est difficile, c'est pas évident, on n'a pas beaucoup de collègues qui souhaitent le faire, surtout à l'adolescence parce que ça confronte à des décisions qui sont un peu angoissantes, qui ne sont pas simples à prendre ».*

Entretien 3 : *« on est sur un parcours qui n'est pas simple, qui est long, et qui ne va pas résoudre tout du jour au lendemain quoi... ».*

Une décision faite d'incertitudes

De plus, la notion que cette décision est pétrie d'incertitude était présente dans trois entretiens. Cette incertitude découlait du doute autour de la prise de décisions aussi importantes chez un mineur :

Entretien 5 : *« on est toujours en réflexion sur la manière dont on accompagne, est-ce qu'on fait bien, est-ce qu'on ne fait pas bien ».*

Entretien 7 : *« plus les années passent plus je me rends compte qu'on ne sera jamais serein en fait, ces questions là elles vont être resoulevées en permanence...et c'est bien parce qu'il ne faut pas qu'on se repose sur quelque chose et qu'on travaille avec des certitudes ».*

Était aussi souligné le fait que la transidentité bouscule complètement la façon habituelle de pratiquer la médecine, en se basant sur un cadre, des recommandations et des travaux scientifiques valables.

Entretien 7 : *« ça nous change de nos autres activités médicales dans lesquelles on a des recommandations qui sont clairement établies, sur des données scientifiques robustes, et du coup derrière lesquelles on peut se reposer et travailler tranquillement et sereinement » ; « En fait la transidentité ça sort complètement de cette façon de pratiquer notre médecine dans laquelle on s'est construits » ; « c'est très déstabilisant pour nous ».*

L'un des médecins considérait que dans cette pratique, *« c'est vraiment l'accompagnement au long cours qui nous permettra de savoir si tous ensemble on s'est plantés ou pas »* (E7).

Le rapport aux confrères

Deux des participants mettaient en avant le débat existant parmi les professionnels autour de cette question de la transition de genre du mineur, et les positions parfois opposantes de certains de leurs confrères. Les deux reconnaissaient l'importance de questionner leurs pratiques en lien avec les critiques d'autres professionnels.

Entretien 6 : « *Quand je suis arrivée avec ce projet je dois dire que j'ai eu pas de déboires à essayer de convaincre mes confrères du bien-fondé de l'accueil de ces situations transidentitaires. Aujourd'hui c'est beaucoup plus facile, même si ça continue peut-être de poser de beaucoup de questions, à juste titre, il est très bon de se poser des questions : qu'est-ce qui se passe, pourquoi...etc. »*

Une société normative

La problématique autour de la vision et de l'intégration des transidentités dans notre société était relevée par deux interviewés, l'un remarquant que la transphobie était encore très présente, notamment au sein des institutions publiques :

Entretien 8 : « *moi les patients que je reçois sont encore très très confrontés à la transphobie, c'est-à-dire que j'ai quand même des patients qui étaient placés à l'ASE, et l'ASE a refusé de genrer le patient comme il le demandait, (...) Donc oui, il y a du travail à faire encore dans la société. »*

L'autre participant expliquait que la construction d'un modèle binaire de genre poussait aussi les personnes trans à vouloir se conformer à ce système normatif :

Entretien 7 : « *Alors la société à l'heure actuelle ne nous aide pas beaucoup à cela, parce qu'elle est très normative, et que du coup pour atteindre un genre, les patients sont convaincus qu'ils ont besoin pour pouvoir se vivre dans leur genre, d'un traitement hormonal, d'un traitement chirurgical, de tout tout tout ; alors que finalement nous notre objectif est peut être d'essayer de les amener à vivre ce genre là sans mettre en route trop de choses qui donneraient des transformations irréversibles mais de les amener à le vivre bien, sans souffrance, et à se dire qu'on prend le temps d'avancer dans les années. »*

IV. DISCUSSION

Les forces de l'étude

L'hétérogénéité des âges des personnes interrogées, de leurs parcours de formation et des lieux d'exercice, a permis d'avoir un échantillon varié et de donner des points de vue divers sur un même sujet, tout en nous permettant de voir la complémentarité des approches pluridisciplinaires.

Le fait d'avoir interrogé des médecins de différentes équipes françaises a permis de refléter la diversité d'organisation de ces équipes et des pratiques françaises ainsi que leurs évolutions, notamment car les équipes interrogées n'avaient pas toutes la même durée d'existence et n'avaient donc pas toutes la même expérience clinique dans cette pratique.

Les limites de l'étude

Pour autant, la petite taille de l'échantillon, composé de huit personnes, peut représenter l'une des limites de l'étude. Cela s'explique par le nombre limité d'équipes spécialisées dans l'accompagnement des mineurs trans sur le territoire Français, ainsi que par les difficultés pour certains praticiens à se rendre disponibles pendant la période consacrée aux entretiens. Nous regrettons d'ailleurs de ne pas avoir réussi à interroger, principalement pour des questions d'agenda, les médecins ayant été pionniers dans les consultations françaises dédiées à la transidentité de l'enfant et de l'adolescent : cela aurait éventuellement pu apporter une expérience clinique plus ancienne avec un recul supplémentaire sur cette prise en charge, mais également permis de mieux comprendre l'évolution des pratiques et des enjeux. Cependant, le matériau des entretiens fait apparaître suffisamment d'informations pour permettre une première analyse dans le cadre d'un mémoire.

La population étudiée est composée de deux endocrinologues et de six psychiatres : la répartition entre les spécialités est donc déséquilibrée alors que l'objectif du recrutement était initialement de recueillir les propos de médecins appartenant à ces deux spécialités qui semblaient être au cœur du processus décisionnel que nous étudions.

Le faible recrutement d'endocrinologues est en partie expliqué par le peu d'endocrinologues pédiatres formés à ces questions, ce qui nous a notamment été rapporté par l'un des endocrinologues interrogés.

De plus, parmi les endocrinologues contactés, l'un d'eux participait aux prises en charge des jeunes à partir de l'âge de 16 ans et ne se sentait pas concerné par le sujet de l'étude, bien que nous n'ayons pas précisé de tranche d'âge d'intérêt dans notre question de recherche. Ce choix avait été fait de notre part, ne sachant pas quelles étaient les situations cliniques que les professionnels rencontraient sur le territoire français, nous ne voulions donc pas limiter notre étude *a priori* avec une tranche d'âge. Cet âge de 16 ans correspond à la limite d'âge recommandée par la WPATH et la société d'endocrinologie pour l'indication d'une hormonothérapie par œstrogènes ou testostérone, et est justifié dans les recommandations par le fait que la plupart des jeunes de cet âge ont atteint une certaine maturité. Par ailleurs, une prise en charge endocrinienne débutant à 16 ans n'intègre donc pas, de fait, la possibilité d'un blocage pubertaire. C'était le cas pour certaines équipes interrogées, soit par choix, soit du fait de l'absence de situation clinique s'y prêtant.

Nous souhaitons également préciser que l'un des entretiens s'est déroulé avec un médecin qui avait eu une mauvaise expérience d'interview avec des journalistes, concernant sa pratique, et que cela a pu le limiter dans ses réponses, bien que nous ayons expliqué que ce travail n'avait aucun but journalistique.

Cette recherche a été portée par notre intérêt concernant les questions de genre et les problématiques autour de l'accompagnement médical des transidentités. Ces questions s'inscrivant dans l'actualité récente et provoquant des réactions clivantes – entre forte opposition et militantisme pro –, il semble normal de porter attention au biais d'interprétation qui aurait pu influencer sur notre façon de mener les entretiens ou sur l'interprétation des résultats. En effet, nous avons débuté ce travail avec certaines représentations autour de la transidentité, et notamment une interrogation autour de la place de la psychiatrie dans la prise en charge des personnes trans. Ainsi, nous nous interrogeons sur la position et le pouvoir de la psychiatrie sur la validation d'indication d'une transition médicale chez l'adulte. Ces représentations ont ensuite été bousculées par de nouvelles interrogations autour de la prise en charge des mineurs trans, et des traitements pouvant être mis en place dans ce cadre. Notre « esprit médical » se posait ainsi la question de l'impact de ces traitements sur des enfants et des adolescents, et du processus décisionnel entourant ces parcours. Mais il était difficile de faire une totale abstraction de la place particulière du sujet dans la société et de son influence explicite et implicite pour nous, jeune praticienne... Nos propres convictions, comme citoyens, se trouvaient mobilisées car elles s'attachaient d'abord à la reconnaissance de ces parcours de vie. Nous avons donc, dès le début de notre travail, pu mesurer la place des représentations et des convictions pour un tel sujet et nous avons cherché à mener cette réflexion en gardant la conscience des risques de biais.

Discussion autour de la temporalité

La question de la temporalité est apparue comme extrêmement prégnante dans le processus décisionnel, et elle est revenue dans beaucoup d'entrevues. Deux idées principales autour du temps étaient développées : le temps comme un moyen, et le temps comme une contrainte. En effet, si le temps était parfois vu comme un moyen au travers de la possibilité du blocage pubertaire, permettant de *gagner du temps*, il était, en parallèle, une réelle contrainte : la progression de la puberté fait pression de par les conséquences physiques et psychologiques qu'elle peut entraîner (on ne reviendra pas sur ces conséquences détaillées dans les résultats).

Ainsi, deux conceptions du temps se dessinaient. Le temps pouvait être défini soit comme un « moment », représentant l'instant de la décision. En se basant sur les recommandations internationales pour initier une transition (blocage pubertaire ou hormonothérapie), on utilise donc des âges seuils et des critères physiques du développement pubertaire qui inscrivent tout de même cette décision dans une temporalité « réelle » incarnée par l'avancée de la puberté physiologique du jeune. Cependant, ce temps pouvait aussi être vu à travers le prisme de la « durée », par le biais de plusieurs idées qui étaient développées dans les entretiens. D'une part cette notion de durée s'illustre par la nécessité d'un suivi dans le temps de ces enfants et adolescents, d'un accompagnement au long cours. D'autre part, ce principe était aussi incarné par la question de l'évaluation du vécu transidentitaire qui, pour envisager une transition médicale, se doit d'être pérenne, de s'inscrire sur le long terme et ne pas être fugace ou provisoire.

L'un des enjeux autour de la temporalité était donc d'essayer d'allonger ce temps, pour retarder le développement pubertaire et ainsi gagner du temps pour réfléchir et essayer d'obtenir un climat serein et un environnement propice à la décision. Néanmoins, cet allongement du temps ne peut être infini pour plusieurs raisons : d'une part, on ne peut laisser indéfiniment le jeune dans cette situation de suspension de la puberté, puisqu'il finira toujours par éprouver un décalage avec ses pairs qui vont eux traverser leur puberté physiologique ; d'autre part, il faut qu'un horizon se dessine et soit perceptible, pour que ce parcours d'exploration du genre prenne un sens :

« après c'est aussi comment ils se sentent vis à vis de leurs pairs, parce que si on introduit trop tardivement les stéroïdes sexuels, c'est hyper dur pour eux d'être en décalage à l'école ou dans le milieu scolaire ou extrascolaire, d'être trop longtemps en décalage avec les autres » (entretien 7).

Cette décision relève donc d'un équilibre sur le fil du temps : allonger le temps pour permettre de prendre une décision apaisée, mais dans un intervalle relativement court, pour ne pas mettre en difficulté le jeune par rapport à la société normative et au système binaire du genre qui y règne.

Les outils d'aide à la décision

Parmi les outils d'aide à la décision mentionnés par les médecins, deux ont été mentionnés alors qu'ils n'apparaissent pas dans les recommandations existantes.

- *L'amélioration post-transition sociale comme élément d'aide à la décision*

D'abord, plusieurs praticiens mentionnaient l'intérêt de l'utilisation de la transition sociale comme un « essai » pour expérimenter la vie en étant perçu dans le genre auquel le jeune s'identifie. Ils expliquaient que l'amélioration de l'état global du patient, sur le plan de la santé psychique, des apprentissages, et des relations, était un argument en faveur de l'initiation d'une transition médicale. Ce critère n'apparaissait pas dans les recommandations, mais on le retrouve dans la littérature : ainsi, certains considèrent cette transition comme un outil permettant d'explorer quelle sera la bonne trajectoire pour cet enfant (62). Cependant, il est important de relever que la transition sociale n'est pour autant pas une décision anodine : réaliser une transition sociale de genre est déjà une démarche importante, qui implique de s'exposer au monde dans le genre opposé. Certains pensent donc que cette décision pourrait mettre en difficulté l'enfant qui finalement voudrait faire marche arrière devant les difficultés sociales qu'il pourrait rencontrer (E1)(63), devenant alors un *desister*, et devant donc détransitionner socialement ; par ailleurs ils avancent aussi l'argument que cela augmenterait les risques de lancer une transition médicale chez un jeune qui finalement se désistera (63). Notons que ce lien n'a pas été prouvé à l'heure actuelle. De plus, Simona Giordano souligne que la transition sociale peut être considérée comme un traitement et que si ce choix est fait afin de minimiser la souffrance de l'enfant et de privilégier son bien-être global, on ne saurait considérer cela comme un acte malfaisant (62).

Concernant la crainte de la détransition, les chiffres exposés dans la première partie de notre travail peuvent aussi nous amener à nous interroger sur le bien-fondé d'une transition de genre chez le mineur. En effet, la plupart des études – bien que les chiffres soient très variables – rapportent qu'une majorité des enfants ayant un vécu transidentitaire ou une dysphorie de genre dans l'enfance ne

persistent pas dans ce vécu au-delà de l'adolescence (62). Cependant, ces études sont reconnues comme peu nombreuses, elles suivent des cohortes de patients dont certains sont perdus de vue, et aucune donnée n'est recueillie quant à d'éventuelles transitions plus tardives chez des *desisters*. De plus, bien que ces chiffres conduisent certains à conseiller une grande prudence concernant les traitements précoces, il n'est pas détaillé clairement en quoi cette attitude prudente consiste, ni si cela devrait conduire à empêcher l'enfant d'exprimer son identité de genre tel qu'il le souhaite, notamment au regard des risques psychosociaux majorés chez les jeunes trans. Il serait souhaitable de mener des études à une plus grande échelle et sur une plus longue période, pour évaluer les pourcentages de *desisters* et de *regretters* de façon plus globale et plus longue au cours de leur vie.

- *L'appui sur la réversibilité du blocage pubertaire*

D'autre part, nous avons aussi relevé que plusieurs praticiens s'appuyaient sur la réversibilité du blocage pubertaire comme outil d'aide à la décision : comme dit précédemment, en bloquant la puberté on suspend sa progression et on gagne du temps, ce qui permet d'ouvrir un espace de réflexion. Cette utilisation du blocage pubertaire comme outil décisionnel n'était pas suggérée par les recommandations, mais apparaissait dans d'autres études (38).

La subjectivité des éléments déterminants de la décision

L'objectif de notre étude était de faire émerger les critères permettant de prendre la décision d'initier une transition de genre médicale chez un enfant ou chez un adolescent. La plupart des entretiens citaient le socle des critères objectifs faisant partie des recommandations : la nécessité d'atteindre le stade 2 de Tanner avant d'envisager un blocage pubertaire, le critère de persistance voire d'aggravation de la dysphorie de genre du jeune, la recherche de troubles de la santé mentale, qui sont tous des critères plus ou moins objectivables.

Cependant, le problème de ces recommandations est qu'elles énoncent plusieurs critères à prendre en compte mais que ces derniers laissent tous place à une forme de subjectivité. Pour ne citer que ces exemples particulièrement parlants : l'évaluation de la capacité de consentement du jeune et de sa souffrance, l'évaluation de la bonne compréhension des enjeux par le jeune et par sa famille, de l'implication et du soutien parental, sont des éléments plus difficilement mesurables. Comment alors

intégrer cette subjectivité à la prise de décision ? L'un des éléments de réponse apporté par les entretiens est que cette décision ne tient pas à un seul critère ultime, mais qu'on utilise bien un « faisceau d'arguments » (entretien 8). Cet éventail de critères est certes variable selon les acteurs décisionnaires, mais il comportait tout de même, on l'a vu, de nombreux points de convergence entre les médecins interrogés. L'utilisation de ces critères est aussi à distinguer d'un contexte habituel de décision médicale d'initiation d'un traitement, où l'on se base fréquemment sur des seuils chiffrés pour instaurer un médicament. La question n'est donc pas la même ici. Au-delà de « faut-il initier un traitement de transition ? », et même d'un protocole de démarrage d'un traitement, il y a la question sous-jacente mais centrale de « comment accompagner un jeune questionnant son identité de genre et lui apporter des réponses adaptées à sa situation, parmi lesquelles la possibilité d'une transition ? ».

« dans un a priori de la rencontre, on va les accompagner de toutes les façons. La question c'est pas oui/non, la question c'est comment. » (entretien 5)

La question de l'incertitude

Au-delà des différents critères et outils décisionnels qui étaient détaillés dans les entretiens, plusieurs des médecins soulignaient que cette décision était prise dans l'incertitude.

On peut remarquer que ce questionnement autour de l'identité de genre apparaît dans un moment de crise : une crise identitaire, parfois une crise adolescente, parfois une crise dépressive. Plusieurs médecins soulevaient d'ailleurs l'importance d'intégrer la question de la quête identitaire de l'adolescent comme pouvant être une phase normale de l'adolescence. Ainsi, comment construire et prendre une décision dans un moment de crise ? Si vouloir repousser à plus tard les prises de décisions complexes et pouvant avoir des conséquences sur le long terme, pour sortir de ce moment de crise, est tentant, on peut alors être confronté à la question de la cause et de l'effet : est-ce que la souffrance du jeune pourrait être apaisée par la transition ? Ou est-ce que prendre le temps d'apaiser cette crise par d'autres moyens permettrait de prendre une décision plus éclairée ? C'est la question « de l'œuf ou de la poule » qui était mentionnée par l'une des psychiatres interrogées :

« en fait moi je dis que tant que ça n'est pas équilibré sur le plan psy, alors c'est l'histoire de l'œuf ou de la poule, parce qu'ils disent que tant qu'il ne sera pas transitionné il ne sera pas bien, et moi je dis un peu l'inverse, c'est-à-dire que je dis on calme un peu le côté psy, on voit ce qu'il y a dessous, et la transition on ira tranquillement » (entretien 4).

Afin de mieux comprendre le problème, nous nous sommes intéressés à une conférence donnée en 1948 par l'épistémologue Karl Popper (64). Il exposait deux théories de la connaissance opposées : la théorie du « seau », et la théorie de « projecteur », cette dernière étant celle à laquelle il adhérait. La théorie du seau serait donc l'idée que l'on possède un contenant (le seau) pouvant se remplir d'expériences et de vécu, et que ces expériences seraient le socle de nos connaissances : « avant de pouvoir connaître, ou dire, quoi que ce soit sur le monde, il nous faut auparavant avoir eu des perceptions – des expériences sensorielles » (64). La théorie du projecteur considère au contraire que la théorie est toujours première et précède toujours l'expérience, qui permet alors de valider ou d'invalidier une théorie : « c'est seulement à partir de nos hypothèses que nous apprenons quel genre d'observations nous devrions faire : où diriger notre attention, à quoi nous intéresser. C'est donc l'hypothèse qui devient notre guide et nous conduit à de nouveaux résultats d'observations » (64).

Si on applique ces théorisations à notre sujet, cela devient donc une métaphore du dilemme que doivent régler les médecins, et de l'incertitude dans laquelle cette décision se joue. On leur demande soit de prendre en compte le vécu et les expériences du patient, soit d'appliquer au patient ce que leur savoir leur procure d'hypothèses qu'ils appliquent pour observer leur patient. En recherche expérimentale, Popper envisage seulement la deuxième possibilité. Mais en médecine, et plus largement dans les sciences humaines, nous progressons vers l'idée que les expériences et les représentations qu'elles produisent ont la capacité de produire un savoir. Ne pas les intégrer dans le processus d'analyse conduit donc peut-être à proposer des approches inadaptées. Les médecins doivent donc comprendre les deux aspects du problème : à la fois ne rien céder sur la rigueur méthodologique de leur réflexion, et à la fois intégrer le vécu et le savoir expérientiel de leur patient.

L'enjeu de la fertilité

Une autre question cruciale relevée lors de notre étude est celle de la fertilité, qui était soulevée dans de nombreux entretiens. C'est une notion qui avait été relevée dans les recommandations, qui insistaient sur l'enjeu autour de l'information concernant les risques potentiels sur la fertilité et la possibilité d'une préservation. Cependant, plusieurs médecins ont attiré l'attention sur le fait qu'en pratique, cette préservation de fertilité était parfois mise en difficulté par les refus de préservation de fertilité par les Centres d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain (CECOS) dans le cadre d'une transidentité, d'autant plus chez un mineur. En effet, la loi française actuelle ne permet pas aux personnes trans d'avoir recours à une forme d'aide médicale à la procréation. Ainsi certains CECOS considèrent qu'en l'état, ils n'ont pas à préserver la fertilité de personnes qui ne pourraient pas

réutiliser ensuite leurs gamètes, alors même que depuis mai 2018, les CECOS ont émis un consensus pour la prise en charge des personnes trans (31). Cependant, toute loi peut être modifiée et la question de la fertilité des personnes trans est une question sociale et politique qui revient fréquemment. À titre d'exemple anecdotique, au moment où nous écrivons ces lignes l'Assemblée Nationale a validé l'article 1 du projet de loi de bioéthique dit de « PMA pour toutes » qui autorise l'accès à la PMA aux femmes seules et aux femmes non-hétérosexuelles.

Ainsi, lorsque les médecins détaillent les enjeux d'une transition médicale de genre au niveau de la fertilité, ils doivent prendre en compte à la fois l'état actuel de la loi et ses possibles changements : l'objectif d'anticipation des potentielles conséquences irréversibles des traitements, qui sont l'une des craintes concernant le démarrage d'une transition chez le mineur, cette anticipation médicale se heurte au refus des institutions concernées. Comment garantir une prise en charge limitant les conséquences à long terme pour un patient si les structures concernées se déchargent de cette responsabilité ?

De plus, cela interroge aussi sur la place du médecin dans ce cadre : plusieurs ont rapportés qu'ils savent clairement qu'actuellement, l'utilisation de leurs gamètes par des personnes trans dans le cadre d'un projet de procréation médicalement assistée n'était pas autorisée en France. Cependant, ils proposaient tout de même la préservation de la fertilité pour notamment anticiper une évolution de la loi. Est-ce le rôle de la médecine d'anticiper une avancée juridique et de l'intégrer dans les prises en charge ? Mais comment ne pas proposer une préservation alors qu'on dispose de la technique et que l'on sait que sans cela, les risques d'infertilité existent ?

La multiplication des demandes et le manque de moyens

Une autre confrontation au cadre administratif et institutionnel était mentionnée par les participants. En effet, tous expliquaient qu'ils faisaient face à une explosion des consultations en transidentité de l'enfant et de l'adolescent. Cela venait donc renforcer le fait que ces parcours existent et que l'on ne peut nier leur nécessaire accompagnement, notamment pour les soulager et sécuriser leur prise en charge. Cependant, plusieurs participants faisaient le constat du manque de moyens humains et financiers accordés à la création d'équipes spécialisées dans l'accompagnement des transidentités, au regard de cette demande croissante. En effet, plusieurs expliquaient que leurs équipes s'étaient montées à moyens constants, alors que tous occupaient des postes ailleurs.

Entretien 6 : « *la contrainte des moyens parce que c'est la chose qui nous embête le plus aujourd'hui dans la qualité des réponses qu'on peut donner* » ou encore « *c'est le politique qui décide des moyens qui nous sont données pour travailler* ».

Cet élément n'a pas été présenté dans les résultats puisque nous avons considéré qu'il ne répondait pas à la question de recherche. Cependant nous souhaitons le discuter, car ce constat pose la question des choix budgétaires et humains en santé et dans ce cas, des ressources que l'on accorde à ces questions de transition de genre. En effet, comme la prise en charge implique la potentielle prise de traitements, elle s'inscrit dans un parcours médical et de fait, se confronte à ce cadre administratif et institutionnel. Comment budgétiser ces activités ? Comment développer une prise en charge individualisée, qui bouscule les pratiques médicales, dans un monde aussi protocolaire que le milieu hospitalier et médical ? Cette observation nous invite donc à nous interroger sur les choix faits autour des ressources accordées à la santé des minorités et à la budgétisation des pratiques médicales déjà mises en place pour répondre aux évolutions de la société.

Le constat d'une majorité de professionnels favorables

Enfin, concernant notre recrutement, nous avons pu constater à la fin de notre phase d'entretiens que la majorité des médecins interrogés avait une pratique plutôt en faveur de la transition de genre quand elle est indiquée, en tout cas ne s'opposant pas au blocage pubertaire ou à l'hormonothérapie. Certes, nous n'avons interrogé que des médecins faisant partie de dispositifs spécialisés dans ces prises en charges, cependant le recrutement n'était pas orienté vers des équipes connues pour ces pratiques, et c'est donc un résultat que nous avons constaté.

Conclusion

L'expression de vécus transidentitaires chez les enfants et les adolescents a fait émerger de nouveaux questionnements sur la possibilité d'accompagner des demandes de transition de genre sur le plan médical. La mise en place à travers le monde de consultations dédiées à cette prise en charge a fait apparaître un nouveau paradigme médical : celui de la possibilité d'intervenir médicalement auprès des jeunes souhaitant transitionner et s'affirmer dans un autre genre que celui assigné à la naissance, et ce avant leur majorité.

L'étude du processus décisionnel entourant la décision d'initier une transition médicale de genre chez un mineur a permis de mettre en avant les nombreux acteurs de cette décision et le bénéfice de la pluridisciplinarité pour juger de l'indication de traitements pouvant avoir parfois des conséquences allant de partiellement réversibles à totalement irréversibles.

À travers le récit de leur expérience clinique, et l'interrogation des critères décisionnels, les professionnels de santé ne semblaient pas avoir adopté un protocole systématique et leurs réponses reflétaient bien la complexité de la question. Malgré le fait que les critères objectifs des recommandations internationales revenaient toujours tel un socle commun, la transition de genre du mineur a bousculé leur pratique et conduit à envisager un accompagnement global du jeune, prenant en compte son environnement familial et tous les domaines de fonctionnement, et mettant la notion de temporalité au cœur de la mécanique décisionnelle. L'écoute de la demande du jeune et de sa capacité en tant que décisionnaire était aussi un élément central de leur réflexion. Ces éléments ont donc souligné à quel point cet accompagnement devait s'appuyer non pas sur une liste de critères prédéterminés mais sur un faisceau d'éléments pouvant être déterminants, prenant en compte les spécificités de l'enfance et de l'adolescence en tant qu'étapes de vie, et s'adaptant à chaque parcours.

Notre question de recherche et les résultats de notre étude soulèvent la possibilité d'une auto-détermination chez le mineur. Si des premiers éléments de réponse ont été apportés par les entretiens, notamment la nécessaire attention à porter à la demande et à la parole du jeune, l'évaluation du discernement et de la capacité décisionnelle restent des processus complexes et sujets à la subjectivité de l'évaluateur. Il pourrait être intéressant d'étudier les mécanismes décisionnels chez l'enfant et l'adolescent dans le cadre des décisions de santé plus globales.

Par ailleurs, si les médecins interrogés avaient à cœur de partager les modalités de cette prise en charge et leurs réflexions sur le sujet, cela pose la question de la place donnée au médecin dans ce processus de transition et les frontières de la profession : au-delà de celui qui fait le diagnostic et de celui qui traite, il devient ici celui qui questionne et se questionne, celui qui anticipe les avancées médicales et juridiques, et celui qui accompagne ceux qui existent mais dont l'existence repousse les limites de la norme.

Si l'exploration du genre est une remise en question d'une partie de l'identité d'un individu, elle bouscule aussi l'identité du soignant qui s'est construit dans une culture médicale où sexe et genre étaient deux notions indissociées. Sa place dans ce processus de décision est donc d'accompagner et de sécuriser des parcours qui ne sont pas médicalement anodins, tout en apprenant à remettre en question son savoir et ses connaissances en entendant le savoir expérientiel de son patient qui pourra éclairer sa pratique.

Bibliographie

1. Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/>
2. Dictionnaire Français en ligne - Larousse [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue/>
3. Dictionnaire Littré - Dictionnaire de la langue française [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.littre.org/>
4. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/>
5. Mead M. Mœurs et sexualité en Océanie. Paris: Plon; 1963.
6. Chiland C. Changer de sexe. Paris: Odile Jacob; 1997.
7. De Beauvoir S. Le deuxième sexe, Tome 1. Paris: Gallimard; 1949.
8. Chiland C. Le sexe mène le monde. Paris: Calmann lévy; 1999.
9. Money J, Hampson JG, Hampson JL. Imprinting and the establishment of gender role. *AMA Arch NeurPsych*. 1957;77(3):333-336. doi: 10.1001/archneurpsyc.1957.02330330119019.
10. Money J, Ehrhardt A. Man and Woman, Boy and Girl. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1972.
11. Stoller RJ. A contribution to the study of gender identity. *Int J Psycho-anal*. 1964;45:220-226.
12. Stoller RJ. Sex and Gender, On the development of Masculinity and Femininity. New York: Science House; 1968.
13. Benjamin H. The transsexual Phenomenon. New York: Julian Press; 1966.
14. Bereni L, Chauvin S, Jaunait A, Revillard A. Introduction aux études sur le genre. 3ème éd. Deboeck supérieur (Ouvertures politiques); 2020.
15. Oakley A. Sex, Gender and Society. London: Maurice Temple Smith; 1972.

16. Butler J. Trouble dans le genre : pour un féminisme de la subversion. Paris: La Découverte; 2005.
17. Fausto-Sterling A. Les cinq sexes, pourquoi mâle et femelle ne sont pas suffisants. Paris: Payot&Rivages; 2013.
18. Austin JL. Quand dire, c'est faire. Paris: Éditions du Seuil; 1970.
19. Reiner WG. Gender Identity and Sex Assignment: A Reappraisal for the 21st Century. Adv Exp Med Biol. 2002;511:175-197. doi: 10.1007/978-1-4615-0621-8_11.
20. Association Transat. Comprendre les transidentités : un guide à l'usage des personnes cis [Internet]. [date inconnue]. Disponible: <https://www.dilcrah.fr/wp-content/uploads/2020/08/Guide-Transat-sur-les-transidentites.pdf>
21. ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
22. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender non-conforming people, version 7, French Version. Int J Transgend. 2012 ;13(4):165-232. doi: 10.1080/15532739.2011.700873
23. Fisk NM. Editorial: Gender dysphoria syndrome-the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. West J Med. 1974 May; 120(5): 386–391.
24. Knudson G, De Cuypere G, Bockting W. Recommendations for revision of the *DSM* diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. Int J Transgend. 2010;12(2): 115–118. doi: 10.1080/15532739.2010.509215
25. Association Américaine de Psychiatrie. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5^e éd. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2012.
26. Beaubatie E. Trans. Dans: Rennes J. Encyclopédie critique du genre : Corps, sexualités, rapports sociaux. Paris: La Découverte; 2016. p640-648.
27. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Types de transitions [Internet]. Montréal (QC): [date inconnue]. Disponible : <https://www1.otstcfq.org/l-ordre/evenements-et-campagnes/le-travail-social-dans-tous-ses-etats/pratiques-anti-oppressives-aupres-des-jeunes-trans/types-de-transitions/#:~:text=La%20transition%20sociale%20consiste%20%C3%A0,genre%20assign%C3%A9%20%C3%A0%20la%20naissance>

28. Loi no 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle. Article 56. JORF No8 0269 (29 novembre 2016).
29. Ceglie DD. Care for gender-dysphoric children. In: Kreukels BC, Steensma TD, de Vries. Gender dysphoria and disorders of sex development. ALC, editors; 2014. p. 151-169
30. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Gooren L, Hannema S, Meyer WJ, Hassan Murad M, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons : an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Nov 1;102(11):3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658
31. Cecos.org [Internet]. [date inconnue]. Disponible : <https://www.cecos.org/>
32. Consentir ou non à un soin, un traitement, une recherche [Internet]. Sparadrap. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/parents/droits-de-lenfant-soigne-hospitalise/consentir-ou-non-un-soin-un-traitement-une-recherche>
33. Article 371-1-Code civil - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626/
34. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/
35. Article L1111-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927576/
36. LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale (1). 2002-305 mars 4, 2002.
37. Laidlaw MK, Van Meter QL, Hruz PW, Van Mol A, Malone WJ. Letter to the Editor: « Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline ». J Clin Endocrinol Metab. 1 mars 2019;104(3):686-7.
38. Murphy TF. Adolescents and Body Modification for Gender Identity Expression. Med Law Rev. nov 2019;27(4):623-39. doi :10.1093/medlaw/fwz006.
39. Giordano S. Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? J Med Ethics. août 2008;34(8):580-4.
40. Herman JL, Haas AP, Rodgers PL. Suicide Attempts Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults. 2014 [cité 5 juin 2021]; Disponible sur: <https://escholarship.org/uc/item/8xg8061f#main>
41. Alessandrin A. Genre et violences dans les institutions scolaires. In: Quelle place pour les élèves trans ? [Internet]. Lyon, France; 2013 [cité 5 juin 2021]. p. <http://mixite->

violence.sciencesconf.org/22344. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00879269>

42. Mcneil J, Bailey L, Ellis S, Morton J, Regan M. Trans Mental Health Study. 1 janv 2012.
43. Nahata L, Tishelman AC, Caltabellotta NM, Quinn GP. Low Fertility Preservation Utilization Among Transgender Youth. *J Adolesc Health*. juill 2017;61(1):40-4.
44. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med*. avr 2018;15(4):582-90.
45. Drescher J, Pula J. Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children. *Hastings Cent Rep*. sept 2014;44 Suppl 4:S17-22.
46. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juin 2013;52(6):582-90.
47. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. oct 2011;16(4):499-516.
48. Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. More than two developmental pathways in children with gender dysphoria? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. févr 2015;54(2):147-8.
49. Alessandrin A. La notion de regret dans la clinique du changement de genre. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 avr 2019;84(2):277-84.
50. Vincent A. Détransition de genre, l'ultime tabou. *Causette*. mai 2021;(122):46-51.
51. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. déc 1998;7(4):246-8.
52. Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol*. 17 mai 2011;7(8):466-72.
53. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex*. 2012;59(3):301-20.
54. Évaluer la capacité décisionnelle, condition nécessaire au recueil du consentement | article | Espace éthique/Ile-de-France [Internet]. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org//ressources/article/evaluer-la-capacite-decisionnelle-condition-necessaire-au-recueil-du-consentement>

55. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis No 87 : Refus de traitement et autonomie de la personne [Internet]. 14 avril 2005. Disponible : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>
56. Mabaka PM. Le discernement de l'enfant dans les conventions internationales et en droit comparé. *Recherches familiales*. 19 mars 2012;n° 9(1):143-52.
57. La défenseure des enfants. Rapport d'activité 2008 [Internet]. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000715.pdf>
58. Dubin S, Lane M, Morrison S, Radix A, Belkind U, Vercler C, et al. Medically assisted gender affirmation: when children and parents disagree. *J Med Ethics*. mai 2020;46(5):295-9.
59. Steensma TD, Wensing-Kruger SA, Klink DT. How Should Physicians Help Gender-Transitioning Adolescents Consider Potential Iatrogenic Harms of Hormone Therapy? *AMA J Ethics*. 1 août 2017;19(8):762-70.
60. Leibowitz S, de Vries ALC. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):21-35.
61. Katz AL, Webb SA, Committee on Bioethics. Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice. *Pediatrics*. août 2016;138(2).
62. Giordano S. Importance of being persistent. Should transgender children be allowed to transition socially? *Journal of Medical Ethics* [Internet]. 1 oct 2019 [cité 9 juin 2021];45(10):654-61. Disponible sur: <https://jme.bmj.com/content/45/10/654>
63. Marchiano L. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychological Perspectives*. 3 juill 2017;60(3):345-66. doi : 10.1080/00332925.2017.1350804
64. Dumesnil J. IV. La théorie du « seau » et la théorie du « projecteur ». *Souffrance et theorie* [Internet]. 2011 [cité 9 juin 2021];91-7. Disponible sur: <https://www.cairn.info/art-medical-et-normalisation-du-soin--9782130590835-page-91.htm>

Table des tableaux

Tableau 1 : Critères diagnostiques de la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent du DSM-V

Tableau 2 : Critères pour la prescription d'un bloqueur de puberté de la société d'endocrinologie

Tableau 3 : Critères pour la prescription d'une hormonothérapie de la société d'endocrinologie

Annexes

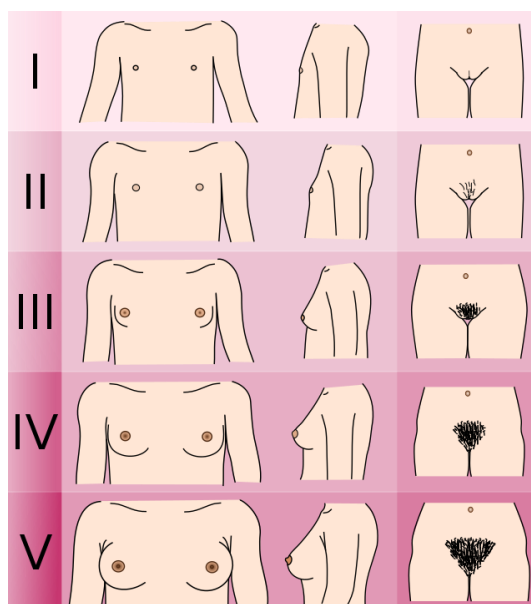
Annexe 1 : classification des stades pubertaires de Tanner

Pilosité pubienne (garçon et fille)

P1	Absence de pilosité
P2	Quelques poils longs sur le pubis
P3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse
P4	Pilosité pubienne fournie
P5	La pilosité s'étend à la racine de la cuisse et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon

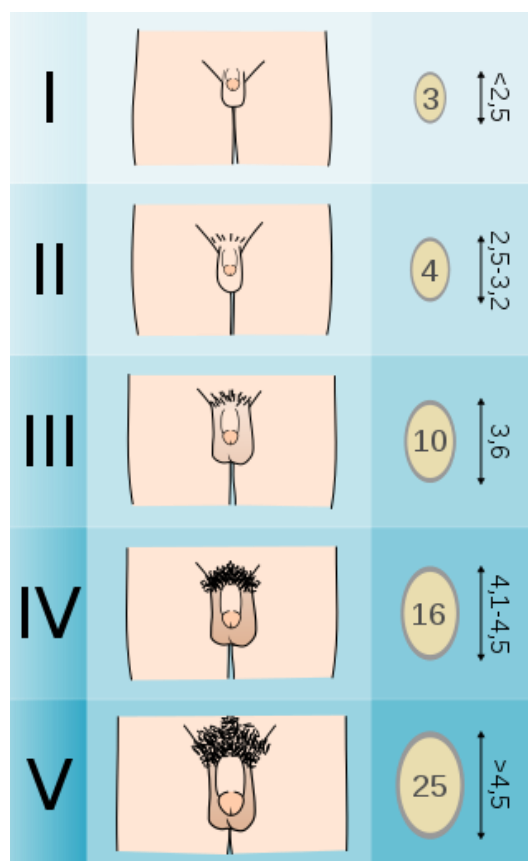
Développement mammaire

S1	Absence de développement mammaire
S2	Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole
S3	La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole
S4	Développement maximal du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire) Saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande
S5	Aspect adulte Disparition de la saillie de l'aréole



Développement des organes génitaux externes du garçon

G1	Testicules et verge infantiles
G2	Augmentation du volume testiculaire de 4 à 6 mL
G3	Augmentation du volume testiculaire de 6 à 12 mL et de la taille de la verge
G4	Augmentation du volume testiculaire de 12 à 16 mL et de la taille de la verge
G5	Morphologie adulte



Source : Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques. Disponible : <http://campus.cerimes.fr/endocrinologie/enseignement/puberte/site/html/1.html>

Annexe 2 : courriel de recrutement

OBJET : Proposition de participation à un travail de recherche en Ethique médicale et Bioéthique

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement interne de médecine générale à Paris et je réalise un travail de recherche dans le cadre du Master 2 recherche en Ethique médicale et bioéthique à l'Université de Paris. J'ai choisi de m'intéresser à la prise en charge médicale des mineurs transgenres, et plus particulièrement à la prise de décision d'initier un parcours de transition en population pédiatrique.

Afin de mener à bien la réalisation de cette étude, je recherche des psychiatres et endocrinologues impliqués dans le parcours de transition de mineurs transgenres, qui accepteraient de participer à un entretien en visioconférence ou en présentiel, en avril 2021.

Cet entretien serait, avec votre accord, enregistré et anonymisé pour son analyse. L'objectif de ce travail est d'échanger sur le rôle et le raisonnement des médecins dans la décision d'initier un parcours de transition chez ces enfants. À l'issue de ce travail (juin 2021), je pourrais vous transmettre les résultats de mon travail. Si vous êtes intéressé(e), vous pouvez me contacter par retour de mail pour que nous puissions convenir d'une date d'entretien.

Je suis par ailleurs disponible pour toute question complémentaire.

En espérant vivement votre collaboration,

Cordialement,

Maria Le Meur

Interne DES médecine générale – Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Master 2 d'Ethique médicale et bioéthique – Université de Paris

Annexe 3 : lettre d'information

INFORMATION AUX SUJETS CONCERNANT LE PROTOCOLE DE RECHERCHE :

L'expression d'une transidentité par un mineur : comment prendre la décision d'initier un parcours médical de transition ?

Madame, Monsieur,

Cette recherche est menée par Maria Le Meur et dirigée par Madame Marie Michon dans le cadre d'un Master 2 en éthique médicale au sein de l'équipe ETREs (Ethique, Recherche, Translations), Université de Paris, 15 rue de l'Ecole de médecine – 75006 PARIS, qui est responsable du traitement.

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement dans le cadre du projet de recherche précité.

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant Maria Le Meur au [REDACTED]. En cas de retrait de consentement, l'ensemble de vos données collectées dans le cadre de cette étude seront supprimées.

Objectif de la recherche :

Cette recherche a pour objectif d'identifier les critères de décision et les moyens mis en place pour prendre la décision d'initiation d'une transition médicale chez un mineur exprimant une demande de transition de genre ou de sexe.

Méthodologie de la recherche :

Pour mener cette recherche, je souhaiterais, avec votre accord, réaliser un entretien avec vous, selon vos disponibilités, durant le mois d'avril 2021.

Durant l'entretien, je vous poserai des questions en lien avec votre expérience en tant que médecin dans la situation d'intérêt.

De plus, après avoir recueilli votre consentement libre et éclairé, je souhaiterai enregistrer notre entretien à l'aide d'un smartphone dédié à cette recherche. L'enregistrement, qui ne fera pas état de votre nom et prénom, sera supprimé après retranscription.

Protection des données à caractère personnel :

Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 relatif à la protection des

personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre projet de recherche seront collectées et traitées :

- Données sensibles :
 - Enregistrement de la voix pour la retranscription
 - Nom, Prénom dans le cadre de la signature du formulaire de consentement et pour la table de correspondance
 - Les données de l'entretien qui portent sur le sujet de recherche

La base légale du traitement de vos données personnelles repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement. Votre participation à la recherche est entièrement libre et volontaire. Il est rappelé que le participant est libre de retirer ou cesser sa participation à ce projet à tout moment. Ce retrait n'aura aucune conséquence.

Votre identité sera dissimulée à l'aide du numéro de code dans tous les écrits produits sur la base de vos propos (comptes rendus d'entretien, notes d'observation, notes d'analyse échangées entre les chercheurs, publications...). Seul le responsable de la recherche détient la table de correspondance qui permet de faire le lien entre votre identité et le numéro de code attribué dans les différents documents issus de la recherche.

Toutes les données personnelles collectées sont conservées en France.

Les destinataires des données :

Les données personnelles recueillies ne seront consultées que par Maria Le Meur (interne en médecine générale et étudiante en master 2 éthique médicale et bioéthique) et Marie Michon (directrice du travail, doctorante en philosophie et ATER en philosophie de la médecine).

Par ailleurs, il est possible que ce travail de recherche, fasse l'objet, dans un second temps, d'une publication sous forme d'article dans une revue internationale pour améliorer la connaissance scientifique sur le sujet étudié. Si tel est le cas, les résultats de la recherche seront diffusés de façon anonyme dans des colloques professionnels et scientifiques, dans des rapports destinés aux autorités, dans des revues professionnelles et académiques et dans des médias destinés au grand public.

Durée de conservation des données :

L'enregistrement vocal des entretiens sera supprimé après retranscription. La table de correspondance permettant de faire le lien entre votre identité et le numéro de code des différents documents issus de la recherche sera conservée jusqu'à publication des résultats finaux de la recherche, ou en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche.

Vos droits :

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et ses décrets d'application, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

En cas d'exercice de votre droit d'opposition au traitement, vous pourrez demander l'effacement des données vous concernant déjà collectées. Cependant, vous êtes informé que certaines données préalablement collectées ne pourront être effacées, si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche auprès du responsable de la recherche en vous adressant à Maria Le Meur à l'adresse suivante : lemeur.maria@gmail.com. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais avec un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande.

Vous pouvez contacter également le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Paris à l'adresse postale suivante : DPD, 18 rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS – ou à dpd@u-paris.fr.

Après nous avoir contactés, si vous estimez que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal. CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (<https://www.cnil.fr>).

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander des informations sur les résultats globaux de la recherche en contactant [REDACTED]

Fait à Paris le 03/03/2021.

Annexe 4 : formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e)(nom et prénom de la personne interrogée), accepte de participer au sujet de recherche que Madame Maria Le Meur, interne en médecine générale, mène dans le cadre de son mémoire, en sa qualité d'étudiante en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » au sein de l'Université de Paris.

Je confirme avoir reçu les informations relatives à la recherche et aux traitements de mes données à caractère personnel.

J'accepte d'être enregistré(e) durant l'entretien et que ce dernier soit retranscrit dans le respect de la confidentialité.

Date :

Signature :

Question de recherche :

L'expression d'une transidentité par un mineur : comment prendre la décision d'initier un parcours médical de transition ?

Entretien

Profil du participant : âge, sexe, spécialité médicale, zone d'exercice, nombres d'années d'exercice

Contextualisation

- Depuis quand faites-vous partie d'une équipe spécialisée ou depuis quand avez-vous une consultation dédiée à cette prise en charge ? (selon le cas)
- Pouvez-vous m'expliquer quel est le parcours de soin possible, au sein de votre lieu d'exercice, pour un enfant ou un adolescent exprimant une transidentité ?

Expérience

- Pourriez-vous me raconter le cas d'un mineur pour lequel vous avez décidé d'initier un parcours de transition médicale ? Comment s'est-articulée cette prise de décision ?

Prise de décision

- Comment la décision d'initier une transition médicale chez un mineur est-elle prise ?
- Quels seraient pour vous les critères déterminants d'initiation d'une transition médicale ?
- Quels éléments vous semblent importants à prendre en compte dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent ?

- Y a-t-il des points qui vous semblent importants et que nous n'avons pas abordé ?