



HAL
open science

Dysphorie de genre à l'adolescence : à partir d'une série de 49 situations à la Maison des Adolescents de Toulon

Guillaume Bouillit-Chabert

► **To cite this version:**

Guillaume Bouillit-Chabert. Dysphorie de genre à l'adolescence : à partir d'une série de 49 situations à la Maison des Adolescents de Toulon. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03888735

HAL Id: dumas-03888735

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03888735v1>

Submitted on 7 Dec 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.

**Dysphorie de genre à l'adolescence : à partir d'une série de 49 situations à la
Maison des Adolescents de Toulon**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Novembre 2022

Par Monsieur Guillaume BOUILLIT-CHABERT

Né le 17 janvier 1991 à Ollioules (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Madame le Professeur BOURVIS Nadège

Directrice

Monsieur le Professeur CERMOLACCE Michel

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Assesseur

**Dysphorie de genre à l'adolescence : à partir d'une série de 49 situations à la
Maison des Adolescents de Toulon**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Novembre 2022

Par Monsieur Guillaume BOUILLIT-CHABERT

Né le 17 janvier 1991 à Ollioules (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Madame le Professeur BOURVIS Nadège

Directrice

Monsieur le Professeur CERMOLACCE Michel

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HABIB Gilbert
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HARDWIGSEN Jean
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	HOUVENAEGHEL Gilles
<i>AMBROSI Pierre Surnombre</i>	CUISSET Thomas	HRAIECH Sami
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JACQUIER Alexis
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JOURDE-CHICHE Noémie
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	JOUVE Jean-Luc
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	KAPLANSKI Gilles
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KARSENTY Gilles
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	<i>KERBAUL François détachement</i>
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	KRAHN Martin
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAFFORGUE Pierre
<i>BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022</i>	DEHARO Jean-Claude	LAGIER Jean-Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAMBAUDIE Eric
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle Surnombre</i>	LANCON Christophe
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LA SCOLA Bernard
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LAVIELLE Jean-Pierre
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONE Marc
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
BERBIS Philippe	EBBO Mikaël	LEPIDI Hubert
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	<i>LEVY Nicolas disponibilité</i>
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BLIN Olivier	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLONDEL Benjamin	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOISSIER Romain	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BONELLO Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BONNET Jean-Louis	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
<i>BOUFI Mourad</i>	GAINNIER Marc	<i>MICHELET Pierre disponibilité</i>
BOYER Laurent	<i>GARCIA Stéphane disponibilité</i>	MILH Mathieu
BREGEON Fabienne	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRETELLE Florence	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BROUQUI Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean- Michel	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PADOVANI Laetitia
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAGANELLI Franck
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAPAZIAN Laurent
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GREILLIER Laurent	PAROLA Philippe
CHARREL Rémi	<i>GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHAUMOITRE Kathia	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHIARONI Jacques	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHINOT Olivier	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHOSSEGROS Cyrille	GUYE Maxime	PETIT Philippe
COLLART Frédéric	GUYOT Laurent	PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804AMBROSI Pierre (PU-PH) *Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

Remerciements

Je remercie tout particulièrement ma directrice de thèse, le Professeur Nadège Bourvis, sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour. Je te remercie pour tes conseils, tes encouragements et ta confiance, qui m'ont permis de surmonter bien des doutes.

Je te remercie d'autant plus d'avoir pris le temps de m'accompagner, dans une période où tu aurais mérité un peu plus de repos. Merci de diriger la MDA comme tu le fais, avec ton intelligence et ta bienveillance, qui ont permis de créer une ambiance si particulière dans cette équipe, qui contribue à m'épanouir et à me former dans de si belles conditions.

Je remercie chaleureusement mon président de Jury, le Professeur François Poinso, dont l'écoute et la bienveillance m'ont permis de guider mes choix d'interne. Merci pour votre enseignement et vos cours, toujours très enrichissants.

Je remercie le Professeur Michel Cermolacce d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie d'autant plus, car c'est au cours d'un stage dans votre service qu'est né mon désir de travailler en psychiatrie, en côtoyant vos internes de l'époque, Steven Spesser et Tudy Gozé. Merci, à votre équipe aussi accueillante, d'avoir pu créer les conditions de ces rencontres.

Je remercie le Docteur Jean Vion-Dury de faire partie de ce jury. Grâce à vos cours sur la résonance magnétique de première année, vous avez donc été présent au tout début et à la toute fin de mon cursus de médecin.

Je tiens à remercier toute ma famille ainsi que mes amis, qui m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

Je tiens à remercier Isabelle Lutic, qui a relu, modifié, corrigé, pendant de longues heures ce travail. Merci pour ta patience, ta bienveillance et ton intelligence, qui m'ont permis d'avoir la confiance dont j'avais besoin pour cette thèse. Merci mille fois.

Je tiens à remercier Alain Lutic, bien sûr, de m'avoir soutenu et fait comprendre que le doute est un élément essentiel à tout travail.

Je tiens enfin à remercier, celle que j'aime et qui m'a le plus soutenu dans ce travail, ma Julie.

Sommaire

INTRODUCTION	4
I. PREMIERE PARTIE : Origine et histoire du diagnostic de Dysphorie de Genre	7
1) Sexe	7
2) Hermaphrodisme	8
3) Genre	10
4) Dysphorie de Genre	13
5) Histoire et évolution du diagnostic.....	15
A. Dans l'Antiquité	16
B. Au Moyen-Age.....	16
C. Epoque moderne	17
D. XXème siècle à nos jours	17
E. Prévalence de la dysphorie de genre.....	18
II. DEUXIEME PARTIE : Une cohorte d'adolescents présentant une dysphorie de genre à la MDA de Toulon.....	20
1) Présentation de la MDA 83.....	20
2) Présentation de l'échantillon	22
3) Analyse des dossiers	22
A. Répartition par année.....	22
B. Motif initial de consultation	23
C. Statut thérapeutique.....	24
D. Antécédents et comorbidités psychiatriques.....	26
E. Desisters	27

4) Cas Cliniques	27
A. Mathilde / Mathieu	27
B. Julien / Julie	30
C. Coumba / Nathaël	33
5) Présentation des entretiens semi-dirigés	35
6) Analyse des entretiens semi-dirigés	36
A. Premiers signes de dysphorie	36
B. Eveil transidentitaire	37
C. Le rapport au corps	37
D. La place de l'autre et le choix du nouveau prénom	38
E. Le rapport au dead name	39
F. L'entourage transgenre	39
G. Un contexte rejetant l'homosexualité	40
H. Les représentations parentales	40
I. Le rapport au temps et à la transition	42
J. Parentalité	42
III. TROISIEME PARTIE : Discussion et perspectives	44
1) Prédominance des FtM et représentation des femmes dans la société	44
2) Transidentité et environnement familial	47
3) Transidentité et comorbidités psychiatriques	49
4) Hormonothérapie et opération chirurgicale	49
5) Le lien trouble entre psychiatrie et transidentité	50
6) Adolescence : besoin d'identification et d'appartenance groupale	52
7) Le rôle ambivalent des associations	54

8) Transidentité et transracisme, une convergence des luttes	56
9) Adolescence et transidentité : deux transitions entremêlées	57
IV. CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	65
Reproduction asexuée et sexuée	65
Hormones sexuelles	68
Changement de prénom à l'état civil.....	73
Historique du mouvement LGBT	74
Entretien d'Eric, 19 ans et 2 mois, FtM	77
Entretien Visio de Jordan, 17 ans et 11 mois, FtM.....	81
Entretien de Maxime, 21 ans et 9 mois, FtM	87
Entretien de Charly, 21 ans et 5 mois, MtF	100
Entretien de Billy, 20 ans et 7 mois, FtM	110
Entretien d'Alex, 18 ans et 8 mois, FtM.....	116
Entretien de Gaël, 19 ans et 8 mois, FtM	122
Abréviations :.....	128

INTRODUCTION

La dysphorie de genre est un sujet qui rassemble différents domaines allant de la médecine à la biologie, de la sociologie au droit, jusqu'à la philosophie. Au cours de l'histoire, de nombreux termes ont été utilisés : transsexualisme, transsexualité, trouble de l'identité de genre, dysphorie de genre, transidentité. Chaque terme introduisant des nouvelles particularités, ces changements de nomenclature témoignent de la difficulté d'appréhender ce processus.

La transidentité, phénomène quasi anecdotique il y a cinquante ans, est devenu un sujet de société à part entière, en venant questionner le rapport de chacun à sa propre identité sexuée, et sur le plan sociologique, les rapports entre les groupes sexuels, ainsi que l'acceptabilité sociale des personnes transgenres. De nombreuses publications scientifiques, ouvrages et documentaires ont éclos en même temps que l'apparition de nouvelles polémiques dans le débat public.

En 2009 en France, la ministre de la santé Roselyne Bachelot annonce que la transsexualité, terme utilisé à l'époque, ne fera plus partie des pathologies psychiatriques. Il s'agit alors d'une première mondiale. La transsexualité passe de l'ALD 23, affection psychiatrique de longue durée, à une ALD 31 dite « hors liste ». Certains voient dans ce changement une avancée majeure pour la dépsychiatisation, d'autres s'inquiètent déjà d'un éventuel déremboursement des prises en charges. Dix ans plus tard, le 27 mai 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé retire la transidentité de la classification des troubles mentaux. Le lien entre psychiatrie et transidentité semble s'atténuer mais n'est pas définitivement rompu. Il persiste une entité, la dysphorie de genre, diagnostic utilisé dans la communauté médicale et scientifique depuis 2015 et la sortie du DSM-5. Ce diagnostic est cependant critiqué par le milieu associatif à l'image de Judith Butler, mettant en avant que la « pathologisation fait souffrir ».

Ce différend entre professionnels de santé et associations de personnes transgenres est source d'incompréhension et parfois de conflit. En témoigne la dissolution en mars 2020 de la principale association publique française spécialisée

dans la transidentité, la SOFECT (Société Française d'Etudes et de prise en Charge de la Transidentité), suite à une lettre ouverte écrite par des associations transgenres de toute la France.

En parallèle, l'augmentation du nombre d'adolescents dysphoriques pris en charge dans les cliniques spécialisés a été plus visible que celle des adultes. Une étude néerlandaise de 2012 de De Vries ⁽¹⁾ décrit une augmentation du nombre d'adolescents pris en charge dans leur clinique spécialisée, d'une dizaine d'adolescents en 1990, à une quarantaine en 2007, ainsi qu'une diminution de la moyenne d'âge au moment de la prise en charge. Cette tendance à l'augmentation s'est accrue depuis, et a pu être constatée par les professionnels de l'adolescence dans tous les pays occidentaux.

Ainsi, entre mon stage d'interne en psychiatrie en novembre 2017 à la Maison des Adolescents et mon dernier semestre en novembre 2020, j'ai pu constater avec l'équipe une augmentation importante de demandes de suivis d'adolescents et de leurs familles pour dysphorie de genre. S'est posée la question de l'accueil et de la compréhension de ces situations.

Cette forte augmentation du nombre de cas est-elle la révélation de la forte prévalence de ces troubles, qui existaient déjà, mais qui n'étaient pas connus car le diagnostic n'était pas posé ?

Est-ce une contagion sociale, une confusion diagnostique avec d'autres difficultés associées à l'adolescence, vues à travers le prisme de notre époque ?

Quelle est la place du psychiatre par rapport aux demandes de transitions et quelles réponses y apporter ?

Il est précieux d'être le témoin de l'émergence d'une problématique et d'avoir la possibilité de s'intéresser à la façon dont celle-ci se déploie dans une population.

A la Maison des Adolescents du Var, sur la période allant de septembre 2017 à octobre 2021, nous avons accueilli 49 jeunes dont le motif principal ou secondaire de consultation était une dysphorie de genre. Dans ce travail, nous proposons ainsi une réflexion sur la dysphorie de genre chez l'adolescent éclairée par notre expérience clinique.

Dans une première partie, nous reviendrons sur l'historique du concept de dysphorie de genre, et les définitions qui nous permettent de mieux le cerner. Ensuite, nous présenterons notre cohorte issue de la MDA 83, ainsi que les données quantitatives et qualitatives que nous avons pu recueillir. De plus, nous présenterons trois cas cliniques et sept entretiens semi dirigés afin de montrer la diversité des situations rencontrées.

Enfin, dans une troisième partie, nous discuterons, à l'aune de nos résultats, différentes perspectives sur la dysphorie de genre de l'adolescent et la façon dont on peut accompagner ces situations.

I. PREMIERE PARTIE : Origine et histoire du diagnostic de Dysphorie de Genre

Avant d'aborder le genre, qui correspond au rapport social des sexes, il est important de rappeler quelques notions préalables, notamment le sexe biologique.

1) Sexe

L' étymologie du mot sexe est débattue. Il serait issu du latin *sexus*, lui même dérivé de *secare* qui signifie « couper » ou « diviser ». *Secare* est à l'origine du verbe sectionner ou du mot sécateur. Une autre origine latine du mot sexe viendrait de *sequi*, signifiant « celui qui suit » ou « accompagner ». Il y a donc deux étymologies avec des sens ambivalents, de séparation et de complémentarité.

La définition biologique du sexe est l'ensemble des caractères et des fonctions qui distinguent le mâle de la femelle, en leur permettant de se reproduire.

La reproduction, assurant la formation de nouveaux organismes, peut se faire par un mécanisme asexué ou sexué. D'apparition plus récente, la reproduction sexuée, est le mode de reproduction le plus fréquent sur Terre. Elle serait apparue il y a 1,5 milliard d'années, en même temps que les cellules eucaryotes.

Cette reproduction sexuée implique une différenciation entre individus mâles, produisant des gamètes mobiles, et individus femelles, fabriquant des gamètes plus volumineux. Dans son ouvrage de 1871, *La Filiation de l'Homme et la sélection liée au sexe*, Charles Darwin décrit le phénomène de sélection sexuelle, à l'origine des caractères sexuels secondaires.

Dans l'espèce humaine, l'apparition des caractères sexuels secondaires commence à la puberté. Chez la fille, l'âge de début de la puberté est en moyenne de 10,5 ans. Le développement des seins signe généralement le début de la puberté, suivi du développement de la pilosité pubienne et axillaire. Une modification des organes génitaux externes et l'apparition des règles surviennent par la suite.

Chez le garçon, l'âge de début de la puberté est en moyenne de 12 ans. Elle débute par une augmentation du volume des testicules. L'apparition de la pilosité pubienne et axillaire, une modification des organes génitaux externes et de la voix complètent le développement pubertaire normal.

Le dimorphisme sexuel à l'âge adulte induit des phénotypes différents.

Chez l'homme, la taille moyenne ainsi que la taille des pieds et des mains est supérieure. Il présente une pilosité plus importante. Le tissu adipeux est réparti autour de l'abdomen et de la taille. Sa voix est plus grave.

Chez la femme, le rapport taille/hanche est inférieur aux hommes. Le tissu adipeux se loge au niveau des hanches et des cuisses. Les seins sont développés et fonctionnels.

Les caractères sexuels secondaires sont liés à la présence d'hormones sexuelles : les androgènes et les oestrogènes (cf Annexes).

2) Hermaphrodisme

Les hormones sexuelles sont déterminantes dans la différenciation du phénotype entre homme et femme. Cependant, cette différenciation n'est pas toujours présente chez les personnes hermaphrodites.

Le mot hermaphrodisme vient du mythe d'Hermaphrodite, dieu grec né de l'union d'Hermès et d'Aphrodite. Lors d'une baignade dans un lac de Carie, lieu de vie de la nymphe Salmacis, cette dernière tombe amoureuse de lui. Devant le refus d'Hermaphrodite, elle l'entraîne au fond de l'eau et fait le vœu d'être unie à lui pour toujours. Son souhait fut exaucé, Hermaphrodite devient un être bisexué, doté d'attributs masculins et féminins.

En biologie, le phénomène d'hermaphrodisme, se retrouve dans le règne végétal ou animal, et se caractérise par la présence d'organes mâle et femelle. L'hermaphrodisme s'oppose au gonochorisme, où un individu n'est porteur que d'un seul sexe. On distingue un hermaphrodisme successif et simultané.

A. L'hermaphrodisme successif

Chez l'animal, le mâle devient femelle, phénomène appelé protandrie, du grec protos « premier » et andros « homme ». C'est le cas notamment du poisson clown. L'hypothèse serait que les individus mâles deviennent femelles en fin de vie, lorsqu'ils sont de taille plus importante. En effet, la qualité de la gamétogenèse chez la femelle est liée à la taille des individus.

La protogynie est le phénomène inverse, où la femelle devient mâle. C'est le cas avec le mérou, qui évolue dans un système avec un mâle dominant, dont le succès reproducteur dépend de la taille.

B. L'hermaphrodisme simultané

La production d'ovules et de spermatozoïdes se déroule chez un même individu. C'est le cas de l'escargot, qui en raison de son faible déplacement, augmente ses probabilités de fécondation lors d'une rencontre avec un autre individu.

La caractéristique fondamentale des hermaphrodites est la capacité de se reproduire à la fois en tant que mâle et femelle. Cependant, chez l'Homme, cette possibilité n'a jamais été référencé. Le terme d'hermaphrodisme est donc incorrect chez l'homme, même s'il perdure dans le vocabulaire médical.

C. Hermaphrodisme chez l'Homme

Chez l'Homme, on distingue trois types d'hermaphrodismes :

- L'hermaphrodisme vrai : il est extrêmement rare et se caractérise par la présence de tissu ovarien et testiculaire, avec un caryotype 46XX ou en mosaïque 46XX/46XY. La plupart des individus ont des organes génitaux internes féminins, associés à des organes génitaux externes féminins et masculins.
- Le pseudo hermaphrodisme masculin : Le caryotype est 46XY. Il est lié à une dysgénésie testiculaire ou à une insensibilité aux androgènes. Les organes génitaux internes et externes peuvent varier d'une forme à l'autre.
- Le pseudo hermaphrodisme féminin : Le caryotype est 46XX. La cause principale est une hyperplasie congénitale des surrénales, entraînant une virilisation des organes génitaux externes avec des organes génitaux internes féminins.

3) Genre

Le mot genre dérive du latin *genere*, qui signifie « espèce », « type » ou « catégorie ». Le mot *genere* aurait pour origine le Grec ancien *genesis* : la création, la genèse. Il est apparenté aux verbes « générer » et « engendrer ».

Le genre est défini par l'ensemble de traits communs à des êtres ou à des choses caractérisant et constituant un type, un groupe, un ensemble. Il existe plusieurs sous-types de cette définition du genre : biologique, philosophique, sociologique, linguistique. Le diagnostic de dysphorie de genre intègre la notion du genre sociologique.

Margaret Mead, anthropologue américaine, a joué un rôle déterminant dans la mise en évidence du caractère acquis du genre. Dans son livre paru en 1935, *Trois sociétés primitives en Nouvelle-Guinée*, elle va à l'encontre de la pensée de son époque, selon laquelle la biologie dicte le rôle des hommes et des femmes. Pour appuyer son propos, elle montre que les valeurs retrouvées chez les hommes Chambulis, un peuple de Nouvelle-Guinée, sont opposées aux valeurs occidentales. En effet, les hommes représentés sont sensibles et les femmes détiennent le pouvoir. Margaret Mead en déduit alors un conditionnement social des comportements entre hommes et femmes.

Selon Eric Fassin, sociologue français, la notion de genre serait née aux Etats-Unis dans les années 1950, sous l'impulsion du psychologue néo-zélandais John Money. Soutenant sa thèse sur l'hermaphrodisme, John Money a été l'un des premiers à introduire la notion de rôle de genre et d'identité de genre.

Exerçant dans le service d'endocrinologie pédiatrique de Baltimore, Money remarque que les enfants se conforment au rôle et au comportement du sexe dans lequel ils ont été élevés, indépendamment de leur sexe biologique.

Les controverses autour de son travail ont été nombreuses, suite au décès d'un de ses patients, David Reimer. Son histoire est relatée dans un livre de John Colapinto, paru en 2014, *Bruce, Brenda et David : L'histoire du garçon que l'on transforma en fille*.

En 1965 au Canada, Mme Reimer accouche de jumeaux, Bruce et Brian. A la suite d'une circoncision ratée, Bruce subit une pénectomie à l'âge de 8 mois.

Désespérés, les parents de Bruce Reimer se tournent vers le Dr Money, réputé pour le traitement des personnes intersexes. John Money leur conseille alors d'élever Bruce comme s'il était une fille, en changeant son prénom pour Brenda et en promettant de garder le silence à leur enfant.

Bruce devenu Brenda, subit ensuite une ablation des testicules à l'âge de 22 mois. Devant l'apparente réussite de cette réattribution sexuelle, John Money écrit que « le comportement de l'enfant est si clairement celui d'une petite fille active et si différent du comportement masculin de son frère jumeau. »

Brenda prendra par la suite des oestrogènes afin de développer des caractères sexuels féminins. Le Dr Money conseillera ensuite aux parents de Brenda de réaliser une vaginoplastie. Ces derniers refusent et interrompent alors le suivi avec le Dr Money.

Vers 14 ans, Brenda est attirée par les filles et commence à avoir des idées suicidaires. A l'âge de 15 ans, les parents de Brenda lui révèlent la vérité. Brenda décide alors de reprendre une identité masculine et se fera appeler David. Il prendra de la testostérone et fera une mammectomie et une phalloplastie. Des années plus tard, après la mort par overdose de son frère jumeau Brian, David Reimer mettra fin à ses jours. Cette expérience et son issue tragique ont sérieusement terni la réputation du Dr John Money.

Une autre figure dans l'histoire du genre est le psychiatre et psychanalyste américain, Robert Stoller (1925-1991), qui s'est intéressé au développement chez l'individu de l'identité de genre. Ses travaux vont se pencher sur le transsexualisme, classé à l'époque dans la catégorie des perversions.

Au début des années 1960, Robert Stoller participe à la création d'une Clinique de l'Identité de Genre en Californie. Dans son livre *Recherche sur l'Identité sexuelle à partir du transsexualisme* paru en France en 1978, il soutient l'idée du caractère immuable de l'identité de genre, comme en témoigne cette citation :

« Le but de ce chapitre est de contester l'idée que cet aspect fondamental de la structure du caractère, l'identité de genre, peut facilement changer de direction. »

Comme John Money, Robert Stoller a lui aussi fait l'objet de critiques, sur son approche jugée psychiatisante du transsexualisme.

A partir des années 1970 et l'essor du mouvement féministe, le genre a fait son entrée dans le vocabulaire sociologique.

Ann Oakley, sociologue anglaise, énonce la séparation entre sexe et genre dans son livre *Sex, Gender and Society* paru en 1972. Elle oppose le sexe, qui fait référence aux différences biologiques entre mâles et femelles, au genre, qui est « une question de culture ». Elle définit le genre comme « la classification sociale en masculin et féminin.»

En 1974 en France, le Centre de Recherche en études féminines est créé à Vincennes, qui deviendra en 2006, le Centre d'études féminines et d'étude de genre.

Dans un article de 1988 intitulé *Genre : une catégorie utile d'analyse historique* ⁽²⁾, Joan Scott, historienne américaine, écrit que « le genre est une façon première de signifier les rapports de pouvoir ». De plus, elle soutient que le genre permet d'introduire une notion relationnelle, afin de ne pas restreindre les études féministes à l'étude des femmes.

Plus récemment, dans son livre *L'Ennemi principal : Penser le genre* paru en 2013, la sociologue française Christine Delphy va plus loin en affirmant que le « genre précède le sexe ».

Dans son sillage, une autre sociologue française, Christine Détrez, compare cette révolution de pensée à la révolution copernicienne.

Dans son livre *Quel genre* paru en 2015, elle pose la question suivante :

« Peut-on remettre en question la dualité des sexes et son évidence matérielle, sans ébranler les fondements de notre pensée ? ».

Psychiatres, féministes, et sociologues ont joué un rôle important dans l'émergence de la notion de genre.

Le déterminisme biologique, qui a façonné les esprits jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, a longtemps tenté d'expliquer les comportements sociaux humains.

Pour certains, cette prédominance du biologique aurait conduit à légitimer une forme d'oppression dans les rapports hommes/femmes, avec pour résultante la domination patriarcale.

Ces dernières années, on observe une inversion de paradigme, avec une intrusion de la sociologie dans la science du vivant. L'introduction de cours de sociologie dans le cursus universitaire médical en est un exemple. A la faculté de médecine de Lausanne, un enseignement « Médecine et Genre » a été intégré depuis 2011 pour que « les futur·e·s médecins comprennent comment le sexe et le genre influencent la santé. »

4) Dysphorie de Genre

L'étymologie du mot dysphorie vient du grec *dusphoros*, ou *dus* signifie « difficile » et *phoros* « supporter ». Les définitions de ce terme sont variées et peu précises. La dysphorie est un symptôme traduisant une perturbation de l'humeur, avec une tristesse, de l'anxiété, de l'ennui ou de l'irritabilité. Elle peut se positionner à l'opposé de l'euphorie. La dysphorie est un terme peu utilisé dans d'autres diagnostics en psychiatrie, en dehors du trouble dysphorique prémenstruel.

La *Dysphorie de Genre* est un diagnostic médical inscrit dans la version du DSM-5, dont les critères sont les suivants :

A- Incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné, d'une durée d'au moins 6 mois.

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 :

- 1- 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.
- 2- Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre.
- 3- Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux.
- 4- Une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre.

- 5- Une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre.
- 6- Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation.
- 7- Un rejet de son anatomie sexuelle.
- 8- Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe.

Chez l'adolescent et l'adulte :

A- Incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins deux des items suivants :

1- Incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires, ou chez les jeunes adolescents, les caractéristiques sexuelles secondaires attendues.

2- Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé, ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelle attendues.

3- Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.

4- Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou à un genre différent de celui qui lui est assigné.

5- Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre, ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné.

6- Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre, ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné.

B - Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Préciser si avec trouble du développement sexuel. Préciser pour l'adolescent et l'adulte si avec transition.

Le mot « désir » est au coeur de ce diagnostic, ce qui est assez rare dans les autres troubles mentaux décrits par le DSM-5. Les termes généralement utilisés dans le DSM relèvent plutôt du registre du manque, comme la diminution du plaisir dans l'épisode dépressif ou l'avolition dans la schizophrénie.

Le désir engendre une tension chez l'individu, qui cherche à résoudre celle-ci afin de combler le manque. Cette tension se retrouve chez les sujets souffrant de dysphorie de genre.

Les critères du diagnostic associent des éléments liés à l'identité de genre, au rôle de genre mais également liés au sexe anatomique.

Parfois nommée identité sexuelle ou identité sexuée, l'identité de genre est définie par le site officiel du gouvernement canadien⁽³⁾ comme « l'expérience intérieure et personnelle que chaque personne a de son genre. Il s'agit du sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou d'être à un autre point dans le continuum des genres ».

Dans d'autres définitions, la notion du « sentiment profond de qui l'on est » est un élément essentiel dans l'identité de genre.

Le terme sentiment a plusieurs sens dans le langage courant, qui lui confèrent une certaine ambiguïté. Il peut faire référence à une sensation, une faculté de sentir ou de percevoir une sensation. Il désigne également une intuition, une impression ou une émotion. Enfin, il peut traduire une conscience ou une connaissance, plus ou moins claire, que l'on a de quelque chose.

Dans le cas de l'identité de genre, la personne déclare « je me sens homme » ou « je me sens femme ».

Le sentiment en tant que sensation, par définition variable dans le temps et en intensité, paraît en contradiction avec le terme d'identité.

5) Histoire et évolution du diagnostic

Le fait de vouloir appartenir à l'autre sexe n'est pas un phénomène récent. Les éléments évoqués ci-dessous peuvent se révéler anachroniques de ce qu'on appelle aujourd'hui dysphorie de genre, transidentité ou transgenre.

A. Dans l'Antiquité

Pline l'Ancien (23-79 après JC), écrivain romain, relate une histoire de changement de sexe dans son livre *Histoire Naturelle* :

« Le changement de femmes en hommes n'est pas une fable. Nous avons observé dans les *Annales* que sous le consulat de Crassus, une fille, encore sous la puissance paternelle, devint un garçon. Il lui vint de la barbe et des parties viriles, et il prit femme. »

B. Au Moyen-Age

En Europe, cette période est marquée par l'empreinte du christianisme, structurant les rapports entre hommes et femmes. Une citation de *l'Évangile selon Thomas*, témoigne de la place privilégiée de l'homme pour accéder au divin.

« Simon Pierre dit : Que Mariam sorte d'ici, parce que les femmes ne sont pas dignes de la Vie. Jésus répliqua : « Voici que je l'attirerai, pour la faire mâle, pour qu'elle aussi soit un esprit vivant, semblable à vous les mâles. Car toute femme qui se fera mâle entrera dans le royaume des cieux ».

La description de Sainte Eugénie, née à Rome en l'an 183, est un exemple de la volonté d'une femme de faire partie du clergé. Fille d'un consul d'Égypte, Eugénie fut attirée par la beauté des chants religieux et désira devenir moine.

Elle se coupa alors les cheveux, s'habilla en homme et se fit appeler Eugène.

A son monastère, Eugène fut très apprécié de ses congénères, et acquit la réputation de soigner les malades. Une riche dame, satisfaite d'avoir été guérie par Eugène, voulut le remercier en lui offrant ses charmes.

Devant le refus d'Eugène, elle l'accusa de viol. Pour échapper à la sentence, Eugène redevint Eugénie en dévoilant son sein au public, lors de son procès, et fut acquittée. ⁽⁴⁾

C. Epoque moderne

Né en 1728 en Bourgogne, Charles D'Eon a été l'un des premiers espions français sous le règne de Louis XV. Au cours d'une mission à Saint Petersburg pour le compte du roi, il s'habilla en femme et se fit appeler Lia De Beaumont. Au cours de sa vie, Charles D'Eon a entretenu le mystère concernant son véritable sexe, qui fut un sujet de spéculations pour ses contemporains. Son nom a donné le mot d'éonisme, synonyme de travestisme.

D. XXème siècle à nos jours

Les classifications psychiatriques du DSM-I et du DSM-II ont en premier lieu décrit le travestissement. Ensuite, le terme évolue en « travestissement fétichiste » dans le DSM-III.

C'est sous l'influence de Harry Benjamin, endocrinologue américain, que naît le concept de transsexualisme en 1953, en voulant le différencier de l'homosexualité et du fétichisme.

Benjamin distingue le « vrai transsexuel », qui souhaite une opération chirurgicale de changement de sexe, du « faux transsexuel » qui n'aspire pas une telle transformation. Cette distinction est rendue possible par le progrès des techniques chirurgicales et la prescription d'hormones sexuelles, permettant une transformation réalisable sur le plan technique.

Dans les années 1950, le célèbre cas de Christine Jorgensen, opérée par le Dr Hamburger au Danemark, permet au monde de prendre connaissance du transsexualisme.

Le tableau ci-dessous montre les évolutions de nomenclatures dans les différentes versions du DSM.⁽⁵⁾

	Diagnostic	Section
DSM III (1980)	Transsexualisme	Troubles psychosexuels
DSM IV (1994)	Trouble de l'Identité de Genre	Trouble de l'Identité sexuelle ou du genre
DSM 5 (2013)	Dysphorie de Genre	Dysphorie de Genre

E. Prévalence de la dysphorie de genre

Les modifications de nomenclature du DSM ont rendu difficilement reproductibles les études sur la prévalence de la dysphorie de genre.

Chez l'adulte, la prévalence chez les MtF, *Male to Female*, est de 5 à 14 pour 1000 hommes et chez les FtM, *Female to Male*, de 2 à 3 pour 1000 femmes.⁽⁶⁾

La prévalence au niveau international varie d'un pays à l'autre, en raison des différences de définitions et d'acceptation culturelle.

La dernière décennie a été marquée par une augmentation importante du nombre d'adolescents pris en charge dans les structures spécialisés du genre, ainsi qu'une inversion dans le sexe-ratio, en faveur des FtM.

Ce changement dans le sexe-ratio a été décrit par une étude réalisée par Aitken en 2015 ⁽⁷⁾, réalisée dans 2 cliniques spécialisées dans l'identité de genre.

A Toronto, le sexe-ratio homme/femme est passé de 2,11/1 pour les années 1999-2005, à 1/1,76 pour les années 2006 à 2013.

De la même façon, à Amsterdam, les valeurs du sexe-ratio sont passées de 1,41/1 de 1999 à 2005, à 1/1,72 de 2006 à 2013.

La prévalence de la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent serait de 0,6 à 1,7%, mais dépend du type de sélection de la cohorte, de l'âge et de la méthode d'investigation.⁽⁶⁾

En 2012, un sondage réalisé dans un lycée néo zélandais a permis de montrer que 0,17% des adolescents s'identifiaient comme transgenres et 2,5 % d'entre eux avaient un doute concernant leur genre.⁽⁸⁾

Cependant, se définir comme transgenre n'est pas synonyme de dysphorie de genre. Être transgenre est une incongruence de genre, sans souffrance associée.

Il n'existe donc pas de données actuelles de prévalence précises de la dysphorie de genre chez les adolescents.

Après cette approche contextuelle de la dysphorie de genre, nous aborderons la partie pratique réalisée au sein de la MDA 83, à partir d'une cohorte de 49 adolescents. De plus, nous présenterons et analyserons des entretiens semi-dirigés ainsi que des cas cliniques.

II. DEUXIEME PARTIE : Une cohorte d'adolescents présentant une dysphorie de genre à la MDA de Toulon

Cette deuxième partie propose en premier lieu, une présentation globale de la Maison des Adolescents de Toulon, et un aperçu de la cohorte d'adolescents avec laquelle nous avons travaillé, tous venus en consultation avec une problématique transidentitaire. Nous analyserons ensuite les données qualitatives et quantitatives à partir des dossiers informatisés des jeunes. Nous présenterons ensuite trois cas cliniques qui illustrent la diversité des situations et la façon dont elles se présentent. Enfin, nous présenterons des données qualitatives issues de l'analyse de sept entretiens semi-dirigés des jeunes issus de cette cohorte.

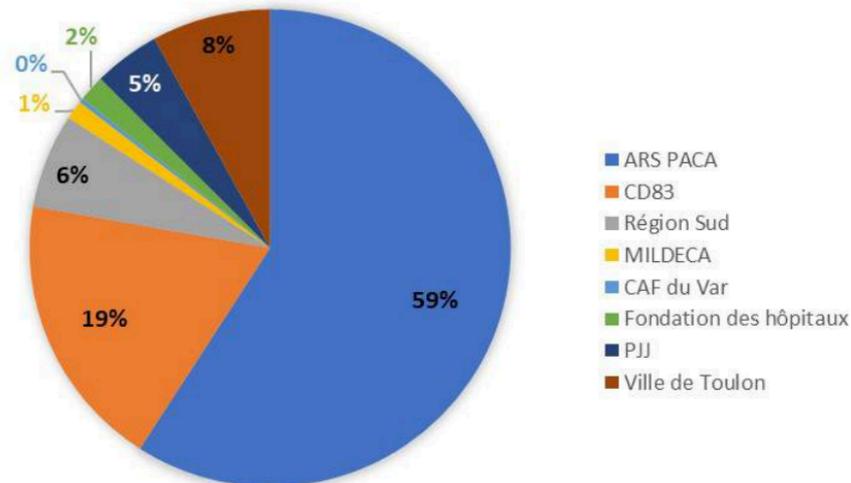
1) Présentation de la MDA 83

Créée en 2017, la Maison des Adolescents du Var (MDA 83) est une structure associative, située dans le centre-ville de Toulon. Elle accueille des adolescents et des jeunes adultes de 11 à 25 ans. Son but est d'apporter une réponse de santé pour des jeunes, qui ne sont pas pris en charge dans le dispositif traditionnel, en mettant l'accent sur un accueil inconditionnel, avec des soins sur la base du volontariat et de la gratuité.

Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant sept psychologues, une assistante sociale, une infirmière, deux éducateurs spécialisés dont l'un rattaché à la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), un éducateur sportif, une diététicienne, une sophrologue, une thérapeute familiale, deux pédopsychiatres et un interne. Le personnel administratif comprend une directrice adjointe, une responsable administrative, et une chargée d'accueil. Des intervenants extérieurs permettent de structurer une offre de médiations thérapeutiques, artistiques et corporelles. Le président d'honneur est le Pr Marcel RUFO, qui est à l'origine de la création de la Maison des Adolescents de Toulon.

Chaque année, l'Agence Régionale de Santé PACA, le Département du Var et la Région Sud, allouent des subventions à hauteur de 73% des financements en 2021.

La MDA 83 étant implantée au centre ville de Toulon, l'offre de service a principalement bénéficié à des adolescents, vivant pour les trois quarts sur la métropole Toulon Provence Méditerranée, qui regroupe douze communes.



Fonds alloués à la Maison des Adolescents

L'accueil des adolescents transgenres à la MDA83 s'est structuré progressivement. Face à l'émergence de cette nouvelle demande, le Dr Bourvis s'est formée en suivant les enseignements du DIU Transidentité à Paris en 2017-2018 puis des sessions de formation en interne ont été organisées afin de sensibiliser l'équipe à cette problématique. Avec l'afflux de patients, la formation s'est aussi enrichie de l'expérience de la diversité des situations. En parallèle, une collaboration s'est établie avec l'équipe spécialisée Dysphorie de Genre de la Conception, dirigée par le Dr Draï, enrichie de la collaboration avec les équipes universitaires d'endocrinologie pédiatrique de la Timone Enfants (Dr Bernoux, équipe du Pr Raynaud), et de psychiatrie de l'enfant de l'hôpital Ste Marguerite (Pr Poinso), ainsi qu'une équipe du CH Valvert (Dr Krouch), permettant la réalisation de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) régulières.

Il est à noter qu'aucune communication spécifique n'a été faite sur ce dispositif au niveau de la MDAc83, ni aucun affichage "officiel" , le bouche-à-oreille a néanmoins été très efficace, tant au niveau du public que des partenaires.

2) Présentation de l'échantillon

Entre septembre 2017 et octobre 2021, 49 jeunes sont venus consulter à la Maison des Adolescents de Toulon, avec une problématique transidentitaire.

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés grâce au dossier informatisé.

La moyenne d'âge à la première consultation est de 16 ans et 4 mois, avec des extrêmes allant de 12 ans et 6 mois à 22 ans et 10 mois.

Les personnes nées filles, avec une identité de genre garçon, sont désignées par l'acronyme FtM, *Female to Male*, avec ou sans traitement médico chirurgical.

De la même façon, les personnes nées garçon, avec une identité de genre fille, sont désignées par MtF, *Male to Female*.

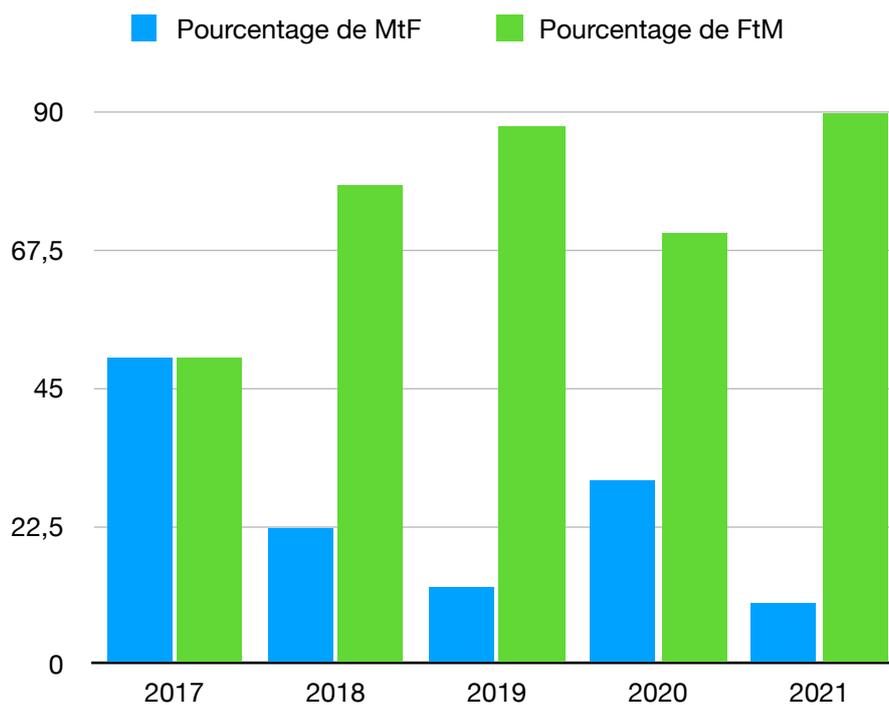
3) Analyse des dossiers

A. Répartition par année

Dans cet échantillon de 49 jeunes, 40 sont nés filles et 9 sont nés garçons, soit un sexe-ratio H/F de 0,225, ou autrement dit, 81,6% de nés filles.

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
MtF	1	2	1	3	2	9
FtM	1	7	7	7	18	40
Total	2	9	8	10	20	49
Sexe Ratio	1	0.29	0.14	0,42	0.11	0,225

Tableau récapitulatif par année avec le sexe ratio



Histogramme représentant le pourcentage de MtF et FtM au cours du temps

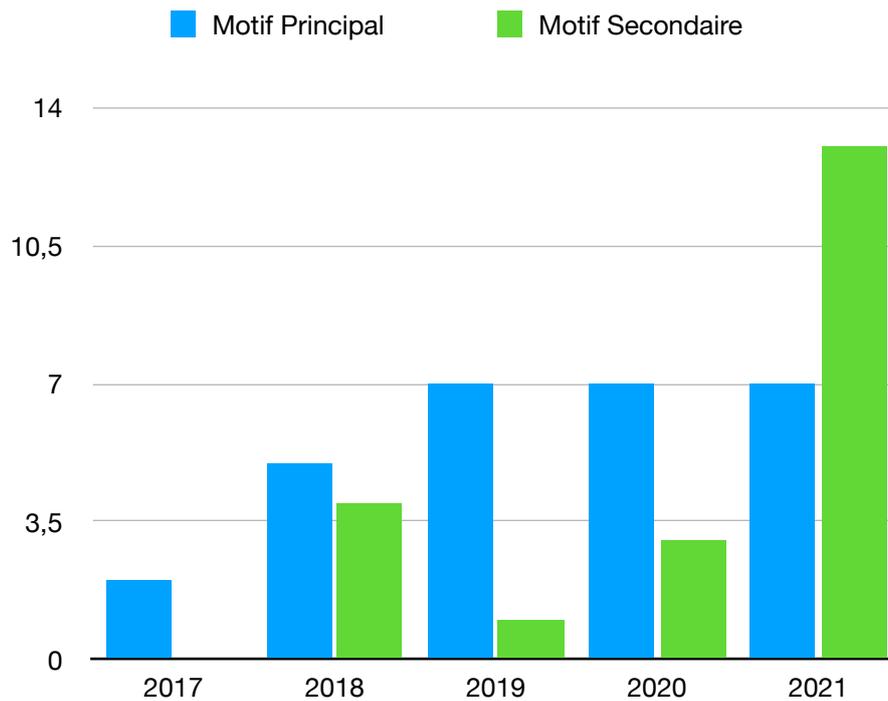
B. Motif initial de consultation

On distingue deux motifs de venue à la MDA pour cette problématique :

- un motif principal, où la personne souhaite au premier entretien, un suivi médical en vue d'une transition.
- un motif secondaire, où la question transidentitaire est au second plan par d'autres troubles comme un syndrome anxio-dépressif, des idées noires ou un conflit familial. La dysphorie de genre apparaît au cours de l'entretien ou n'est pas à l'origine d'une revendication immédiate de transition.

	2017	2018	2019	2020	2021
Motif Principal	2	5	7	7	7
Motif Secondaire	0	4	1	3	13

Tableau récapitulatif des 2 motifs de consultation



Histogramme représentant l'évolution des motifs de consultation au cours du temps

Nous observons donc une augmentation continue et progressive du nombre de consultations de jeunes ayant une problématique transidentitaire, ainsi qu'une augmentation de la part des FtM dans notre population.

D'après le graphique ci-dessus, le motif principal de venue à la MDA était plus fréquent que le motif secondaire jusqu'en 2020. Mais on remarque qu'à partir de 2021, la venue des jeunes pour un motif secondaire a dépassé, en nombre, le motif principal.

C. Statut thérapeutique

L'une des questions qui se pose aux soignants est celle d'une indication d'hormonothérapie qui est définie par la prise de bloqueurs d'hormones, de testostérone, d'oestrogène ou d'anti-androgène.

L'organisation des soins actuelle, c'est-à-dire la collaboration avec les équipes marseillaise de la Timone Enfants pour l'endocrinologie et de la Conception pour l'expertise « dysphorie de genre » conduit à un faible nombre de prescription d'hormones pour les patients mineurs, malgré le grand nombre de sujets suivis.

Certains ont une prescription à la majorité s'ils continuent à être suivis par ce dispositif, d'autres préfèrent alors se tourner vers le libéral.

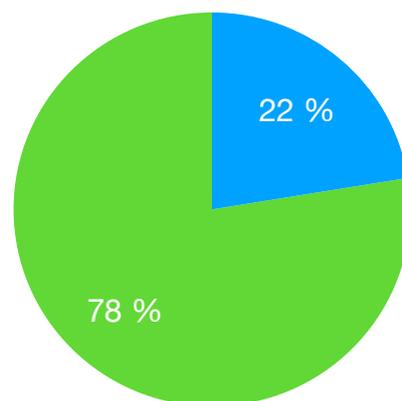
1) Hormonothérapie

Sur les 49 personnes de l'échantillon, incluses sur la période 2017/2021, la mise à jour de leur situation en 2022 permettait de retrouver 11 jeunes sous traitement hormonal, soit environ 22% de l'échantillon.

Une analyse plus approfondie montre que :

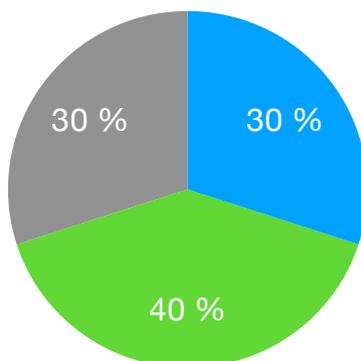
- un seul sujet MtF a bénéficié d'un traitement démarré à l'âge de 14 ans, alors qu'il était mineur, dans le cadre de notre collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire du centre expert dysphorie de genre du CHU de Marseille.
- pour les autres sujets, la prescription a eu lieu alors que les personnes étaient majeures. Trois sujets (2 FtM et un MtF) ont poursuivi leur accompagnement avec l'équipe de la Conception, et sont désormais sous traitement hormonal. Sept sujets reçoivent des prescriptions par des médecins libéraux (quatre par un médecin généraliste ; trois par un endocrinologue libéral), après rupture du suivi avec l'équipe de la Conception.

● Traitement hormonal en cours
● Absence de traitement hormonal



Pourcentage de jeunes avec ou sans traitement hormonal

- Endocrinologue libéral
- Médecin généraliste libéral
- SOFECT



Prescripteurs du traitement hormonal

La prescription d'hormones chez les jeunes de cet échantillon est faite à 70 %, par un médecin généraliste ou un spécialiste en libéral.

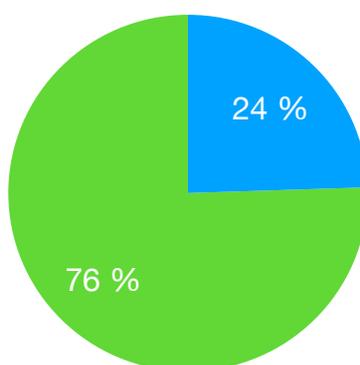
2) Opération chirurgicale

On note que sur les 49 personnes de cet échantillon, 3 personnes ont été opérées, toutes FtM (mastectomie bilatérale). La moyenne d'âge au moment de l'opération était de 19 ans et 6 mois.

D. Antécédents et comorbidités psychiatriques

Sur les 49 jeunes, 12 ont pour antécédent une hospitalisation dans un service de psychiatrie infanto-juvénile, soit 24 % de l'échantillon.

- ATCD Hospitalisation
- Pas d'ATCD d'Hospitalisation



Pourcentage d'antécédent d'hospitalisation

Les motifs d'admission à l'hôpital retrouvés sont :

- Des idées suicidaires ou un fléchissement thymique pour 5 jeunes
- Une tentative de suicide pour 4 jeunes
- Une phobie scolaire pour 3 jeunes

E. Desisters

Trois jeunes, dont deux FtM et un MtF, soit 6 % de l'échantillon, sont désignés comme *desisters*, c'est-à-dire qu'ils ne se sentent plus concernés par la problématique transidentitaire.

4) Cas Cliniques

A. Mathilde / Mathieu

Je rencontre Mathilde, 17 ans, dans le service de Pédiatrie de l'hôpital. Elle y a été admise la veille suite à une IMV au paracétamol. Elle a ingéré 8 grammes, une dose qui peut être dangereuse.

Menuë, les cheveux courts, elle est en pyjama. Le contact est bon, quoique pudique. Elle répond gentiment à mes questions ; elle ne regrette pas vraiment son geste, mais ne peut pas dire qu'elle souhaite absolument mourir ; elle a laissé en quelque sorte le destin décider pour elle, et voilà qu'elle est vivante.

Elle est bonne élève, et sa finesse intellectuelle est manifeste. Elle est en classe de Première bac professionnel Hôtellerie dans un bon lycée, et cela se passe plutôt bien. Cette filière lui correspond et elle peut s'y projeter, avec une vie de voyages, de rencontres avec les clients de service.

Elle m'explique dans une grande simplicité que sa mère va arriver. C'est une mère de famille d'accueil. Elle l'accueille depuis ses 4 ans, et continuera à l'accueillir après sa majorité. Elle est la petite dernière. Les quatre grands ont déjà quitté la maison et reviennent de temps en temps. La maison est un peu loin de son établissement scolaire, mais elle préfère faire les trajets, l'internat c'est pas « son truc ».

Elle n'a plus de contact avec son père biologique depuis quelques années déjà, elle a régulièrement sa maman au téléphone, et sa petite demi sœur. Elle devrait aller la voir pour les vacances.

« A un moment, ma mère buvait un peu trop, elle n'est plus venue me chercher, ça s'est un peu arrêté comme ça » dit-elle.

Le contact entre Mathilde et sa mère d'accueil est très touchant, tendre, affectueux et affecté par son geste, un geste de mort. Mathilde se scarifie depuis quelque temps déjà. Sa mère le savait. Il y avait bien des moments de colère, mais avec son histoire, ça ne paraissait pas si inattendu. Elle en a parlé à la psychologue du service de placement. On avait pensé peut-être à une personnalité « borderline », avec des difficultés à se relier durablement aux autres, des moments d'impulsivité ou de colère, des attaques du corps et la quasi impossibilité de nommer l'émotion, alors même que la sensibilité et les mots sont bien là.

Mais Mathilde n'avait pas tellement envie de parler à des « psy », et elle avait continué à foncer dans la vie tête baissée, quitte à parfois se cogner un peu, ou beaucoup. Sa mère avait compris tout ça et elle pensait que ça allait quand même. Elle n'avait pas perçu la grande tristesse, la détresse absolue, celle qui donne l'envie d'en finir. On la sent triste elle aussi, non pas terrassée de culpabilité, mais réellement affectée, et désemparée devant sa fille qui parle si peu. Elle pensait la connaître, mieux que quiconque, et finalement elle restera peut-être pour toujours, mystérieuse, inaccessible, comme une étrangère. Mathilde ne parle pas, elle reste toutefois présente, elle ne minimise pas, n'élude rien, simplement elle se tait.

Son pyjama est rose et il y a quelque chose qui ne colle pas. Je demande si la maman peut sortir, et je la questionne sur son identité de genre. Elle me confirme qu'elle se vit garçon. C'est clair pour elle depuis deux ans. Avant la question ne s'était pas posée. Mais c'est très clair maintenant, elle n'a pas pu le dire, et elle se sent coincée. Ses parents l'accepteraient probablement, mais comment leur dire. Comment leur rajouter ça ?

Je propose qu'on en parle à la Maison des Ados, avec ses parents, qu'on leur explique peut-être ce qui se passe et qu'on voie comment on peut les aider avec ça. Elle est d'accord.

Dix jours plus tard je reçois la mère et sa fille. Enfin, la mère et son fils, car il a depuis fait son « coming out » dans la famille. Cela se voit d'ailleurs plus nettement, les cheveux sont un peu plus courts, le visage est celui d'un jeune garçon, imberbe, mais clairement masculin, il porte son uniforme d'école, pantalon et veste noire, chemise blanche. Je le questionne sur le prénom : c'est Mathieu, pas trop loin de Mathilde. Sa mère biologique est au courant, et n'a pas tellement réagi, ni en bien ni en mal. Dans la famille d'accueil, tout le monde est bienveillant, avec tout de même l'inquiétude des implications futures, des difficultés dans la vie, plus tard, sur le plan social, affectif, professionnel.

Au cours des entretiens suivants, Mathieu a continué à évoluer physiquement, tout doucement, et toujours vers plus d'allure garçon. Il n'était pas pressé de changer de prénom à l'état civil, ni d'avoir des hormones. Il attendra ses 18 ans, pour que la décision ne soit portée que par lui. L'urgence, c'était de donner le temps. Donner le temps à ses parents de l'adopter à nouveau, sous sa nouvelle forme. La bienveillance a été immédiate, mais les langues ont continué à fourcher sur le genre pendant quelques mois. Il était clair pour ces parents-là qu'ils étaient heureux de retrouver un enfant qui va bien, plutôt qu'une adolescente isolée dans sa souffrance. Il n'y avait plus de culpabilité, mais il faut dire qu'il n'y avait plus de scarifications, de colères noires, de doses massives de paracétamol ; c'était alors assez facile.

Discussion Mathieu :

Le « coming out » vient de l'expression « coming out the closet », littéralement sortir du placard. Cette expression anglaise pourrait venir de « to have a skeleton in the closet », « avoir un squelette dans le placard », c'est à dire avoir quelque chose de honteux à cacher. Le « coming out » a été un mot utilisé dans les années 1970, vecteur d'une libération importante de la parole des personnes homosexuelles. Elle est liée au fait de dévoiler quelque chose, longtemps caché, qui fait brutalement surface aux yeux de tous. Elle met en évidence le conflit interne entre un « moi social » ou de « surface » et un « moi profond », fragilisant l'équilibre identitaire du sujet.

Pour le cas de Mathieu, le « coming out » a été possible grâce à l'environnement rassurant de sa mère d'accueil.

Le processus identitaire chez les enfants adoptés est crucial, et s'exacerbe au moment de l'adolescence. Le passage à l'acte a pu être, dans ce cas, un moyen de tester le lien d'attachement de ses parents, biologiques ou adoptifs. Il pourrait répondre à la question simple : « qui est là pour moi ? »

La question de la culpabilité de l'enfant adopté peut se traduire par des ruminations anxieuses : « Ai-je été un mauvais enfant pour mes parents, rendant légitime mon abandon ? « Est-ce que mes parents auraient préféré un garçon ou une fille ? »

Ces questionnements fragilisent l'assise identitaire, et notamment l'identité de genre. L'abandon du prénom Mathilde est peut être une manière symbolique de recréer une nouvelle adoption de Mathieu, mais cette fois-ci choisie.

B. Julien / Julie

Julien nous a été adressé grâce à la psychiatre du CMP pour une consultation dysphorie de genre à la MDA, et, pour cette première fois, il est venu avec sa maman.

Julien est un adolescent de 17 ans et demi, plutôt grand, longiligne ; il est habillé en costard, c'est l'uniforme de son lycée professionnel. Ce vêtement a quelque chose de bizarre. Il y a comme un désaccord, entre ce vêtement et ce corps. Il est aussi le seul garçon dans sa classe, en CAP fleuriste.

Julien a bientôt 18 ans, il est suivi depuis ses douze ans en pédopsychiatrie, à Brignoles puis à Toulon. Il a connu des CMP, un CATTP, un HDJ, et même plusieurs périodes en hospitalisation complète. Au cours de ces années, les médecins ont évoqué une phobie scolaire, une phobie sociale, une dépression, une hypersensibilité, un lien fusionnel à la mère et un père absent, des traits autistiques, une schizophrénie à début précoce. Julien a toujours été un garçon en décalage avec son environnement, se liant difficilement à ses pairs. Il a de surcroît été victime de harcèlement dès l'entrée au collège. Il a développé alors, un rapport compliqué à l'école, avec toutefois des capacités cognitives de bon niveau et des possibilités

d'apprentissage maintenues jusqu'au milieu de la scolarité. Cependant il n'aimait pas y aller. Il y a aussi un « je ne-sais-quoi » d'étrange chez lui, comme une préciosité, un maniérisme, qui ont fait évoquer l'hypothèse psychotique. On sent que la mère est un peu démunie sur la question diagnostique, qui n'est à ce jour pas si claire. Julien a l'air de ne pas vraiment s'en soucier.

A l'âge de 14 ans, un traitement par Risperidone a été instauré, à 1, 2 puis 4mg per os, puis sous forme retard car l'observance n'était pas constante. La tolérance n'était pas bonne, avec une prise de poids importante et mal vécue, une sédation, et finalement quand nous le rencontrons, la prescription est de 25mg de Risperidone retard, c'est à dire une toute petite dose.

Après cette introduction aux antécédents, on aborde le vif du sujet. Julien a parlé de son vécu il y a plusieurs années déjà, à sa maman, qui n'avait vraiment pas su quoi faire de cette donnée, parmi toutes les données psychologiques et psychiatriques. Les parents se sont séparés depuis, à l'initiative de Madame. Le père est au courant mais Julien ne lui en a jamais parlé directement, ajoutant qu'il est bien trop rigide et fermé d'esprit pour accepter que son fils soit une femme. Le frère aîné de Julien, Arthur, est au courant, et « il s'en fout ». Cela fait quelques mois qu'il a pu en parler à des professionnels, mais le sujet n'est pas vraiment abordé lors de ses rendez-vous. De son côté, le féminin est une évidence depuis toujours. Il sourit quand il en parle, il y a eu quelques essais de vêtements et de maquillage.

« As-tu un prénom féminin ? ; Oui, c'est Julie. ».

Elle sourit, désormais nous l'appellerons Julie, et ce n'est pas très difficile de le faire. Madame a les yeux un peu écarquillés. L'annonce de ce prénom et le sourire de son enfant lorsqu'on l'appelle ainsi, donnent plus de substance, de réalité à cette histoire d'identité de genre.

La confiance de Julie en la MDA a été immédiate, et l'évolution rapidement positive. Julie était soulagée. Tout simplement. La maman a rapidement évolué, donnant de l'espace à cette réalité qu'elle connaissait depuis des années, pour ne pas dire toujours. Arthur est venu nous rencontrer et, comme annoncé, il « s'en foutait », d'un

« jemenfoutisme » bienveillant néanmoins. Le père, lui, n'a pas souhaité venir en rendez-vous.

La majorité de Julie approchant, il a été question du relais de suivi, sans réapparition de manifestations hallucinatoires. La dimension de phobie sociale est également particulière car Julie n'a aucune difficulté à se rendre dans un lieu public s'il n'y a pas d'enjeu relationnel : les manifestations anxieuses surgissent uniquement dans le groupe de sa classe, ou dans un contexte de stage par exemple.

Par ailleurs, Julie est en difficulté lorsqu'il s'agit d'identifier les émotions qu'elle ressent vis-à-vis des autres, comme l'amitié, l'envie, l'admiration, l'attirance sexuelle, ou autres.

Elle est suivie de manière conjointe avec l'équipe spécialisée Dysphorie de Genre de la Conception à Marseille, qui a confirmé le diagnostic de dysphorie.

Discussion Julie :

Le cas de Julie met en avant plusieurs difficultés dans la construction de son identité. Dans un premier temps, on peut noter le harcèlement scolaire, lors de son entrée en 6^{ème}. Le rejet de ses pairs, répété, est une entrave au détachement des identifications parentales. En effet, la seule relation de confiance pour Julie était probablement sa mère, l'entraînant sur un registre « fusionnel ».

Ce rapprochement mère-fille a pu conduire à une identification à sa mère.

Le rejet ou l'humiliation de ses camarades, a pu fragiliser le lien de Julie envers les autres. Cet élément peut expliquer la peur de Julie à engager une relation, qui a pu se traduire par la suite par des éléments de phobie sociale.

L'absence de relations sociales, donc une altération de l'identification aux pairs, peut, par absence de mimétisme, créer des attitudes bizarres ou inhabituelles.

Le diagnostic de schizophrénie chez Julie a été évoqué devant des hallucinations verbales et un comportement un peu étrange.

L'isolement, ainsi que l'émergence de la dysphorie de genre a pu être un élément clivant dans la construction de son identité, pouvant être à l'origine de ses hallucinations.

Ces manifestations symptomatiques peuvent être liées à la dysphorie sous jacente.

Julie a pu hésiter dans son rapport aux autres, en lien avec l'expression inauthentique de son genre. Les symptômes dépressifs ont pu être causés par la souffrance de ne pas « être dans le bon corps ».

Dans le cas de Julie, l'amélioration rapide des symptômes après le diagnostic de dysphorie est un critère qui renforce sa probabilité.

C. Coumba / Nathaël

Nathaël est un jeune de 15 ans, que je rencontre à la Maison des Adolescents de Toulon, accompagné de son père. Tous les deux sont venus chercher des réponses concernant le changement de genre de Nathaël.

Il n'a aucun antécédent psychiatrique ou psychologique. Son père est retraité, ancien chef d'orchestre reconnu à l'international. Son travail le conduit à jouer dans plusieurs pays, dont la Zambie, où il rencontre sa future femme, professeure de danse. Leur différence d'âge, 44 ans d'écart, ne semble pas être un problème.

Nathaël est né fille, avec un ancien prénom d'origine africaine, Coumba, signifiant « celle qui possède la force ». Sa soeur de 10 ans, Ashanti, qui peut se traduire en français par « la bénédiction », n'en est pas une pour Nathaël. En effet, les deux enfants ont peu de choses en commun et ne se parlent pratiquement pas.

La famille est retournée vivre en Zambie en 2017, avec une volonté de s'y installer définitivement. Le projet parental était alors d'ouvrir un restaurant.

Nathaël a fréquenté un collège privé, où la pratique de la religion chrétienne était assez contraignante. Il en garde un mauvais souvenir. L'âge avancé du père et les problèmes de santé de ce dernier viennent compromettre le projet de la famille, qui est contrainte de retourner en France. A son retour, Nathaël a des difficultés pour se faire des nouveaux amis au collège. Sa mère vit difficilement ce retour prématuré, renforçant son déracinement.

Cliniquement, sa présentation est triste et il est très difficile de croiser son regard. Il a une coupe mi-longue, avec une large frange cachant pratiquement ses yeux.

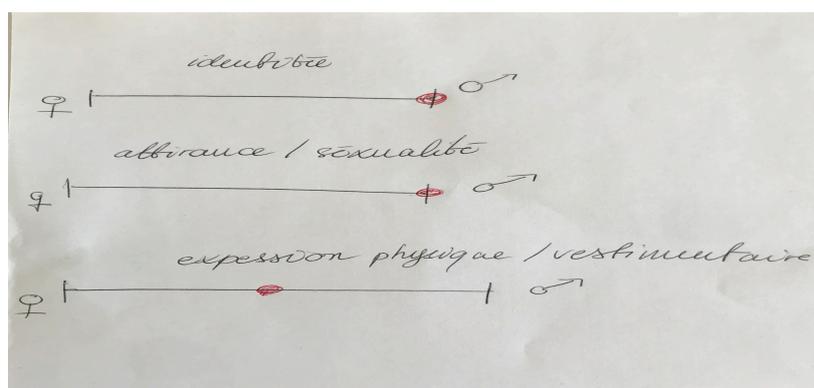
Il a les ongles longs, manucurés, dont au moins deux sont vernis de rose.
En plus de chaussures noires imposantes de style gothique, il porte un jean serré en cuir.

Il présente des idées noires fréquentes, sans vellétés suicidaires depuis environ 3 mois. Il ne présente pas d'autres symptômes dépressifs. La question de son genre se pose depuis environ un an. Il a d'abord fait son *coming out* avec ses amis en tant que transgenre et *gay*. Il se vit donc garçon, étant attiré sexuellement par les garçons. Il s'est d'abord fait appeler Léo puis a changé pour Nathaël.

Une anxiété de performance lui impose « d'être le meilleur dans tout », ce qui implique un travail scolaire excessif à la maison. Nathaël est en difficulté pour s'identifier avec les autres élèves de sa classe, qu'il considère comme « immatures » ou « stupides ».

Il est ami avec des jeunes ayant une sensibilité artistique et politique, dans un groupe appartenant aux LGBT. Son *coming out* a d'ailleurs été très bien perçu par ses amis, qui le genrent au masculin depuis environ un an.

Nathaël est dans une revendication de considérer le genre comme un « spectre » et sortir du modèle binaire traditionnel. Il me fait le dessin suivant pour m'expliquer où il se situe, sur ces lignes marquées d'un point rouge :



Il a préféré écrire une lettre à ses parents pour leur expliquer. Il semble avoir pris cela avec beaucoup d'empathie.

En revanche, sa mère n'est absolument pas de cet avis. Elle est très inquiète en raison du caractère influençable de Nathaël « j'étais comme elle à son âge ». Elle dit que c'est une phase et compare la situation de Nathaël à une de ses tantes vivant en Zambie. Cette dernière avait été considérée comme « un garçon manqué » durant son enfance et son adolescence, puis s'était mariée plus tard et avait eu des enfants.

Le conflit avec sa mère a commencé bien avant, dure depuis environ deux ans. Et ce n'est pas fini...

Discussion Nathaël

L'histoire de Nathaël, métis, est marquée par la réunion de deux cultures. Sa mère explique que dans sa famille en Zambie, il existe une tradition africaine de transmission « mère-fille » par « droit du sang ». Cette filiation implique que Nathaël deviendra « la femme qui doit s'occuper de toute la famille ».

Cette pression de filiation est un élément imposé à Nathaël, ce qui a pu entraîner une forme de rejet. Un conflit de loyauté est souvent retrouvé chez les enfants de parents dont les cultures sont différentes. Nathaël semble également être dans une revendication libertaire.

Ce discours rejoint également celui des militants transgenres, qui se veut plus libertaire et plus tolérant, affranchi des contraintes liées au genre. L'identification à ses pairs a alors pu être un élément crucial pour la construction de l'identité de Nathaël.

5) Présentation des entretiens semi-dirigés

Durant la période de février 2021, 29 jeunes ont été contactés à partir de l'échantillon, afin de participer à un entretien semi-dirigé.

Sur ces 29 jeunes, 9 ont répondu positivement dans un premier temps à cette invitation. Parmi ces 9, 2 personnes ont été perdues de vue par la suite.

Au total, 7 jeunes ont participé aux entretiens. Six d'entre eux ont eu lieu à la Maison des Adolescents de Toulon et un entretien a pu être réalisé en télé-consultation.

Avec l'accord des participants, l'entretien a été enregistré au dictaphone, puis retranscrit. Les données qui permettraient d'identifier ces personnes ont été supprimées ou rendues imprécises. Quelquefois, une tournure de phrase a été modifiée si cette dernière faisait partie du langage oral. L'intégralité des entretiens est disponible en annexe.

La durée moyenne des entretiens a été d'une heure et cinq minutes. L'âge moyen des jeunes ayant réalisé l'entretien est de 19 ans et 11 mois. Les 7 personnes de ces entretiens ont eu un changement d'identité de genre après le début de l'adolescence, entre 14 et 19 ans.

Sur les sept jeunes :

- 6 sont FtM : Eric, Jordan, Maxime, Billy, Alex et Gaël
- 1 est MtF : Charly

6) Analyse des entretiens semi-dirigés

Lors des entretiens semi-dirigés, diverses thématiques sont mises en évidence chez les adolescents de l'échantillon présentant une dysphorie de genre. Nous reviendrons sur le processus d'émergence de l'incongruence, les représentations du corps, le lien entre ancienne et nouvelle identité, le contexte familial et amical, le rapport au temps et à la transition, et enfin le projet de parentalité.

A. Premiers signes de dysphorie

Pour Eric : « En fait, c'est moi, c'est pas tout le monde qui est comme ça, c'est juste moi, il y a quelque chose qui ne va pas. C'était vers 14 ans. »

Pour Jordan : « Je le savais déjà, avant mais j'ai posé le mot dessus quand j'avais 15 ans. »

Pour Maxime : « Je l'ai compris très tard. (...) J'avais 19 ans. »

Les sept personnes ayant réalisés les entretiens semi dirigés, soit la totalité de cet échantillon, ont eu des premiers signes de dysphorie après le début de leur adolescence, entre 14 et 19 ans. Cet échantillon ne présente donc pas d'exemple de dysphorie débutant dans l'enfance.

B. Eveil transidentitaire

Pour Eric : « Il (mon meilleur ami) m'a ouvert les yeux. Il m'a fait voir moi-même, sous un autre jour; voir des choses de moi, que je ne voulais pas forcément voir. »

Pour Billy : « Je me disais : il y a un truc qui cloche, il y a un truc qui ne va pas, mais je ne savais pas ce que c'était. J'ai réussi à mettre des mots dessus, quand j'étais en seconde en 2015. »

Pour Maxime : « Depuis longtemps, je savais bien qu'il y avait un truc qui clochait, ça n'allait pas et je comprenais pas d'où ça venait. J'étais hyper mal dans ma peau depuis le début de ma puberté jusqu'au déclic ».

Ces trois exemples montrent une prise de conscience assez soudaine de la transidentité chez ces personnes, entraînant un effet puissant d'adhésion par la suite, avec un véritable vécu de révélation.

C. Le rapport au corps

Pour Jordan : « Depuis la puberté, j'étais déjà très mal dans ma peau. Je ne savais pas tellement pourquoi. J'ai vécu une distanciation avec moi-même pendant des années, sans comprendre d'où cela venait. »

Pour Maxime : « J'étais hyper mal dans ma peau depuis le début de ma puberté. »

Dans ces paroles d'adolescents, un conflit se dégage entre leur corps et leur image. Une dichotomie entre le corps et l'esprit semble se dessiner, reprise par l'idée « d'être né dans le mauvais corps ».

D. La place de l'autre et le choix du nouveau prénom

Pour Eric : « C'est mon amie qui a choisi mon prénom. Je lui ai donné plusieurs prénoms que j'aimais bien et elle a choisi celui-là. (...) Le plus important, c'est le regard de l'autre et l'acceptation de l'autre »

Pour Maxime : « Pour trouver un prénom, j'ai pris tous mes potes proches qui se connaissaient pas tous forcément, je les ai mis sur un groupe *Messenger* tous ensemble, je leur ai dit « il me faut un prénom ! »

Pour Gaël : « J' en ai parlé avec l'une de mes amies, qui était avec moi à l'hôpital. Donc on recherche le prénom ; on adopte le pronom il. Je sors de la séance et c'est *brainstorming* avec tout le monde. J'essaye des prénoms. Au final, je m'arrête sur Gaël. »

Pour Alex : « De base j'avais pas choisi Alex. C'était pas mon premier prénom. J'avais choisi Enzo. C'était juste un prénom que j'aimais bien. Mais ma mère est institutrice, et il y a des prénoms où elle est irritable et Enzo faisait partie de ces prénoms. Elle m'a dit « Prends ce que tu veux mais pas Enzo ! » (sourire)
J'ai alors changé pour Alex, car c'était un prénom que j'appréciais beaucoup depuis le primaire. Je l'avais toujours gardé dans un coin de ma tête. J'avais su aussi qu'avant qu'ils connaissent nos 2 sexes à la naissance, ils avaient prévu plusieurs prénoms. Il y avait un seul prénom masculin qui était Maël. Pour leur faire plaisir, je l'ai pris en 2ème prénom. Le 3ème prénom, j'ai laissé choisir ma soeur, et elle a choisi Victor. C'était assez facile pour choisir mon prénom. C'était assez instinctif en vrai. »

Dans ces quatre exemples, on note l'importance du regard de l'autre dans le processus de recherche du nouveau prénom. La démarche administrative pour le changement de prénom est décrite dans les annexes.

Dans notre échantillon, ce choix s'est fait le plus souvent dans le cercle amical, mais aussi dans le cercle familial.

L'acquisition d'un nouveau prénom permet une nouvelle identité, une nouvelle naissance. Il s'agit d'une manière radicale de s'affranchir des représentations

parentales. En effet, le choix du prénom par les parents est souvent un événement important, parfois délicat. Le nouveau prénom choisi peut ne pas plaire aux parents pour des raisons diverses, et entraîner une difficulté à l'utiliser.

E. Le rapport au *dead name*

Pour Eric : « Ça m'arrive de l'utiliser quand je parle de moi au passé, et de mettre une distance entre, moi maintenant et moi au passé. Mais, si c'est quelqu'un d'autre qui m'appelle comme ça, ça me met mal à l'aise. »

Pour Jordan : « Le fait qu'on ne m'appelle pas par mon vrai prénom me fait énormément de mal. On me refuse à moi-même. C'est un sentiment d'impuissance »

Pour Billy : « Quand je le vois associé à mon nom de famille, ou quand des personnes l'utilisent pour moi, la plupart du temps, ça me fait des pointes au coeur, ou alors je me sens vraiment pas bien, j'ai juste envie de partir. »

Le *dead name*, ou morinom en français, correspond au prénom de naissance. Ces trois exemples témoignent d'un sentiment de malaise pour ces adolescents à l'évocation de leur ancien prénom. Il renvoie l'idée d'une séparation nette, infranchissable entre l'ancien et le nouveau prénom. La personne fait « le deuil » de son ancien prénom, ainsi que sa famille, et le réutiliser ravive les souffrances passées. Cette notion d'ancienne et de nouvelle identité est sujette à une scission dans l'histoire de l'individu.

F. L'entourage transgenre

Pour Eric : « Oui, c'est mon meilleur ami. »

Pour Jordan : « Oui iel s'appelle Taylor. Je l'ai rencontré en début d'année de 1ère. Quand je lui ai dit que j'étais pansexuelle, iel m'a dit qu'iel était non binaire et utilisait les pronoms neutres. »

Pour Alex : « Mon meilleur ami aussi est trans, on s'était rencontré au collège. »

L'importance des soutiens amicaux de la communauté LGBTQIA+ est mis en évidence par ces trois exemples.

G. Un contexte rejetant l'homosexualité

Pour Jordan : « J'ai vécu en Algérie pendant 15 ans de ma vie et j'ai déménagé l'année de mon coming out. (...) Mon père vit toujours en Algérie. Là-bas, il faut savoir que l'homosexualité est punie de mort. »

Pour Billy : « Quelques jours avant que je fasse mon coming-out, mon père m'a crié dessus parce que pour lui, c'était évident que j'étais lesbienne. C'était un problème que je sois lesbienne. »

Pour Gaël : « J'ai un de mes oncles qui est homosexuel, je l'ai vu 2 fois dans ma vie car il n'est jamais invité aux réunions de famille. (...) Quand mon père a cru que mon frère était attiré par un de ses copains, il a essayé de le frapper en lui criant : Y a pas d'homosexuel chez moi. »

Pour Charly : « Comme tout le monde me catégorisait en tant qu'homosexuel, je pensais que je l'étais. Je me croyais homosexuel. (...) Nos parents ont dans l'idéal qu'ils mettent au monde un enfant cisgenre et hétérosexuel. Ce sont des normes qui sont assez générales. Le fait que son enfant annonce qu'il ne fait pas partie de cette catégorie de personnes « normales », elle (ma mère) s'est peut être dit que j'allais avoir des problèmes dans ma vie. Ça avait créé des tensions. Je sais pas pourquoi, mais le fait que je lui annonce que je veuille changer de genre, que je me sentais pas bien en tant que garçon, elle l'a mieux pris. »

Dans ces propos d'adolescents, la place de l'homosexualité est rejetée par le contexte familial ou sociétal, et *in fine* par le sujet lui-même.

H. Les représentations parentales

- Pour Jordan : « Il faut savoir que mes parents sont divorcés et que je ne suis pas très proche de mon père. Je le lui ai dit, il y a un an à peine, et c'était pas

exactement une super réaction. Il a dit que je mentais, que je lui faisais honte ou que je le mettais dans l'embarras. (...) Mon père n'a jamais eu de rôle dans ma vie. »

- Pour Billy : « J'avais trop peur de la réaction de mon père. (...) Durant mon adolescence, j'ai eu des soucis avec mon père, des soucis de communication. (...) Au moment de mon coming out, quasiment toute ma famille a pensé que c'était juste une connerie, pour faire chier mon père. »

- Pour Gaël : « Mon père, je ne lui ai pas dit. Je n'ai pas de contact avec lui. Ma mère l'a mis dehors en avril 2017. Ça fait 4 ans. Il doit forcément le savoir. Tant mieux s'il le sait, mais désolé pour le terme, je l'emmerde bien. Même si on n'a pas de contact, je l'emmerde bien. »

Les propos de ces trois jeunes FtM de l'échantillon, témoignent d'un conflit actuel ou passé avec la figure paternelle.

Les exemples suivants illustrent quant à eux la figure maternelle.

- Pour Jordan : « Ma mère a eu un AVC quand j'avais 9 ans. Elle a eu le bras gauche paralysé. Elle pouvait plus marcher à une époque. J'étais très fusionnelle avec ma mère, c'était elle et moi contre le reste du monde à ce moment là. »

- Pour Billy : « Ma mère avait dit : Moi, si mon enfant a besoin de ça pour se sentir bien, je vais changer et le faire. Mon père a alors engueulé ma mère, ce qui fait qu'elle ne me genre pas et ne m'appelle toujours pas correctement, à cause de mon père. Elle aimerait le faire, mais elle se trouve entre lui et moi. »

Ces deux exemples révèlent la fragilisation de la figure maternelle, liée à une pathologie somatique dans le premier cas, ou à une inégalité dans les rôles des parents dans le second.

I. Le rapport au temps et à la transition

Pour Eric : « Je commence le traitement hormonal plus de 3 ans après. C'est long, mais en même temps, c'est quelque chose que j'avais réellement besoin parce que j'avais beaucoup de problèmes mentaux, de la dépression, de l'anxiété... Si j'avais commencé le traitement hormonal plus tôt, je pense que cela ne se serait pas forcément bien passé. (...) Si j'avais commencé plus tôt et que je n'étais pas stable au niveau émotionnel, cela aurait empiré certaines choses. »

Pour Jordan : « Pour le traitement hormonal, j'attends d'avoir 18 ans pour pouvoir le faire. (...) Le gros cliché sur les personnes trans c'est qu'elles sont sûres dès le départ. Pas du tout ! »

Pour Charly : « Je pense que c'est vraiment à réfléchir, avant qu'une personne trans veuille prendre des traitements hormonaux; je pense que ça demande beaucoup de réflexion. Et parfois même, accepter le fait de ne pas avoir besoin d'hormones. »

Ces trois exemples, illustrent le recul de ces jeunes sur le besoin d'une réflexion dans le temps, concernant les prises de décisions médicales.

J. Parentalité

Pour Eric : « On m'a donné le choix de conserver mes gamètes, ce que j'ai refusé de faire parce que je ne veux pas d'enfant. »

Pour Jordan : « Je ne veux pas que ça soit biologique parce ce que je ne pourrai pas supporter la grossesse. »

Pour Maxime : « Depuis que je suis jeune, je sais que je ne veux pas porter d'enfant. Je ne savais pas pourquoi, maintenant je sais. Enfant, je me disais : si je suis stérile c'est pas grave, je pourrais toujours adopter.»

Dans ces trois exemples, la question du projet de parentalité, suggère que les personnes FtM, à l'âge où on les interroge, ne sont pas intéressées par un désir de grossesse.

L'étude des dossiers, des cas cliniques et des entretiens semi-dirigés, ont mis en évidence la diversité des situations cliniques, ce qui nous permet d'élargir nos hypothèses dans la discussion, ainsi les perspectives à venir.

III. TROISIEME PARTIE : Discussion et perspectives

Nous proposons dans cette troisième partie une discussion de nos résultats, qui nous conduiront à détailler l'environnement familial, communautaire et sociétal autour de la transidentité. Nous verrons ensuite, quelles perspectives s'offriront à nous, pour une meilleure compréhension et une approche plus adaptée de la transidentité.

1) Prédominance des FtM et représentation des femmes dans la société

L'augmentation croissante du nombre de personnes nées filles, dans cet échantillon, est comparable à d'autres études dont celle d'Aitken de 2015 ⁽⁷⁾.

Une des hypothèses énoncées par cette étude, pour expliquer le nombre plus élevé de filles biologiques, serait liée à une différence d'acceptation des comportements sociaux. En effet, le comportement masculin des FtM serait plus facilement accepté que celui des MtF, sujet à une plus forte discrimination.

Une autre explication avancée serait liée au début précoce de la puberté chez les filles, entraînant une durée d'incongruence plus longue, et donc plus marquée.

Cependant, cet argument impliquerait une consultation plus précoce chez les filles biologiques, ce qui n'a pas été retrouvé dans l'étude d'Aitken ni dans notre échantillon. En effet, nous avons retrouvé une moyenne d'âge lors de la première consultation, d'environ 16 ans et 8 mois chez les FtM, alors qu'elle est 16 ans et 3 mois pour les MtF.

Nous pouvons suggérer que l'augmentation des FtM puissent être également liés à la représentation des femmes dans la société.

Un sondage IFOP pour le journal Marianne de novembre 2020 ⁽⁹⁾ va dans ce sens. Il révèle que 72 % des 18-30 ans pensent qu'il est plus facile d'être un homme qu'une femme dans la société française actuelle.

De même, le mouvement #MeToo, en dénonçant publiquement les agressions sexuelles de femmes a permis une libération de la parole, mais également mis en lumière une forme d'oppression des hommes sur les femmes.

Ainsi, la construction identitaire chez l'adolescente pourrait être fragilisée, par cette peur de devenir plus tard une possible victime d'agression.

De plus, la valorisation dans notre société des comportements traditionnellement masculins, comme la compétitivité ou de la performance, peut avoir une influence sur les individus et leurs représentations.

Si l'on se place dans une perspective historique, depuis le XXème siècle, l'évolution des changements sociétaux dans le rapport homme-femme, s'est faite dans le sens d'une possibilité pour les femmes d'accéder aux rôles et aux conduites des hommes. L'acceptation du droit de vote ou la possibilité d'ouvrir un compte en banque en sont des exemples. Il s'agit donc d'une conquête unilatérale par les femmes, de l'espace auparavant réservés aux hommes.

Le mouvement féministe évoluant depuis plusieurs années, qui traduit la volonté des femmes de pouvoir faire comme les hommes, aurait pu conduire à l'émergence d'un mouvement dont l'aboutissement serait le désir d'être un homme.

De plus, la prédominance des FtM pourrait aussi s'expliquer par l'absence de réaction de la communauté masculine, ainsi que sa tolérance face à cette augmentation. D'ailleurs, l'existence à proprement parler d'une communauté masculine, défendant les valeurs des hommes, est discutable. En effet, la présence d'hommes transgenres dans le milieu sportif masculin, dans les vestiaires ou dans les prisons n'a pas fait l'objet de réactions, à la différence des MtF.

Les femmes transgenres, elles, subissent généralement plus de discriminations que les hommes transgenres. Elles sont accusées par les féministes radicales de perpétuer les stéréotypes féminins, et parfois d'être une menace pour l'intégrité des femmes.

En 2018, des féministes radicales ont tenté de bloquer la Marche des fiertés à Londres, en affichant que le « transactivisme efface les lesbiennes ».

Ces féministes ont été qualifiés de TERF, acronyme anglais signifiant Trans-exclusionary radical feminist, traduit par « féministes radicales excluant les personnes trans ».

On note également en 2020 l'affaire JK Rowling, qui éclate après la parution d'un article nommé : « Créer un monde post-Covid-19 plus égalitaire pour les personnes

ayant leurs règles ». S'étant offusquée de la disparition du mot femme dans cet article, l'autrice a entraîné de vives réactions de la communauté transgenre.

De même, dans le monde sportif professionnel, l'inclusion de femmes transgenres constitue un débat récent. En mars 2022, la nageuse américaine transgenre Lia Thomas crée la polémique en remportant le championnat universitaire féminin. De nombreuses nageuses ont pris position contre cette participation, en invoquant une iniquité biologique. Suite à cet événement médiatique, la fédération internationale de natation a créé en juin 2022 une « catégorie ouverte » pour les personnes transgenres, distincte des catégories hommes et femmes.

De la même façon, dans la terminologie, l'expression « garçon manqué » est souvent reprise par les jeunes FtM, traduisant une « erreur de la nature ». En revanche, il n'existe pas de terme pour signifier une « fille manquée », ce qui traduit un certain caractère inné de la féminité. Il peut s'agir également d'une impossibilité de représentation, dans le langage, d'un individu né masculin mais s'épanouissant dans le féminin.

De plus, le passing, terme signifiant le fait d'être reconnu socialement dans le genre souhaité est généralement plus difficile pour les MtF, en raison de la nécessité de masquer les caractères sexuels secondaires.

On notera également, dans notre expérience clinique, la forte prévalence de jeunes filles ayant vécu des abus de nature sexuelle, incestueux ou non, qui se déclarent dans l'adolescence comme étant des jeunes garçons. Elles sont souvent bisexuelles, soit en couple avec une fille, soit en couple « gay » avec un autre FtM, c'est-à-dire un autre garçon né fille. On sent alors une forme de tension, où l'orientation sexuelle vers le masculin est affirmée, mais se concrétise par un rapprochement physique avec un autre corps de morphologie féminine. On compte également un certain nombre d'« asexuels » ou de jeunes qui n'ont de relations amoureuses et/ou sexuelles que virtuelles, par le biais des réseaux sociaux numériques.

2) Transidentité et environnement familial

Au cours des entretiens, il semblerait qu'un lien se dégage entre l'environnement familial et le processus d'incongruence de genre. Ce qui nous conduit à évoquer les travaux de Robert Stoller. Il distinguait à l'époque deux types de transsexualismes : primaire apparaissant dans l'enfance et secondaire, à l'âge adulte.

Dans son livre, *Recherche sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, il expose des situations cliniques d'enfants transsexuels garçons, en décrivant la relation entre la mère et son fils. Son hypothèse pour expliquer le transsexualisme primaire ou précoce chez le garçon est la suivante :

- « Une mère, motivée en partie par des tendances transsexuelles qui sont refoulées au cours de l'adolescence.
- Une mère, motivée en partie, par un désir conscient d'empêcher son fils de souffrir de l'absence de maternage chaleureux, comme elle-même, en a souffert par sa propre mère.
- Une mère, qui porte avec tendresse et excès son nourrisson contre son corps, pendant trop longtemps.
- Une mère, sans aucun homme présent, soit pour arrêter la mère lorsqu'elle encourage le processus de féminisation, soit pour jouer le rôle d'une personne virile de qui le garçon peut apprendre à être masculin ». (°p203)

Robert Stoller suggère ainsi, l'interaction trop intense et trop prolongée, entre la mère et son fils. Cette interaction serait liée à la propre histoire de la mère, qui aurait vécu la situation inverse : une interaction trop faible entre elle et sa propre mère. De plus, l'absence du père est un élément important, car il ne permet pas au garçon « à apprendre à être masculin. »

Par ce processus de féminisation, il tente d'expliquer, à l'époque, le nombre plus important de MtF :

« Je me demande, si cela est lié au fait que presque tout le monde, au cours de sa petite enfance, est en contact avec le corps féminin, de sorte que s'il devait se produire une perturbation dans le processus d'identification, ce serait plus vraisemblablement chez le petit garçon qui doit abandonner, en dépassant ses

identifications avec une femme, tâche qui n'a pas à être accomplie par la petite fille. »

De nos jours, on remarque que la proportion de FtM est plus importante. Cependant, cette augmentation est liée le plus souvent à une dysphorie tardive. L'hypothèse de Robert Stoller reste donc toujours d'actualité.

Dans nos entretiens semi-dirigés, les situations de Billy et Jordan illustrent le rôle de la figure maternelle. En reprenant ces deux exemples, on constate que si cette figure maternelle est fragilisée, par une maladie somatique ou une inégalité dans les rapports conjugaux, l'identification à la mère pourrait être compromise.

Les mères fragilisées de jeunes FtM, ont tendance à accepter plus facilement que les pères, le changement de genre de leur fille. La peur de la mère, d'une répétition pour sa fille de sa propre fragilité, pourrait expliquer qu'elle puisse accepter plus facilement que sa fille devienne un garçon.

On remarque qu'il y a souvent un phénomène de clivage dans le couple parental. Les mères se présentent comme plus « ouvertes », plus compréhensives, donnant au bien de leur enfant la priorité sur leurs propres représentations, même si cela est parfois douloureux.

La figure paternelle, quant à elle, vient s'opposer à cela. Alors, la question de la dysphorie de genre vient parfois exacerber ou révéler des dissensions profondes dans le couple parental, que les parents soient séparés ou non.

Le rôle du père et la fragilisation de la mère, ne sont pas les seules hypothèses explicitant le désir de changer de genre. On remarque au cours de nos entretiens semi-dirigés, que le rejet de l'homosexualité, est un élément supplémentaire à prendre en compte, dans la dysphorie de genre de notre échantillon de jeunes.

3) Transidentité et comorbidités psychiatriques

Dans notre échantillon de 49 jeunes, 24 % des jeunes ont un ATCD d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile.

Cette donnée va dans le sens de l'étude de De Vries ⁽¹⁰⁾. Cette étude, réalisée à Amsterdam entre 2002 et 2009, auprès de 105 adolescents (52 nées filles et 53 nés garçons) avec une dysphorie de genre, montre que 32.4% ont au moins une comorbidité psychiatrique.

De même, une étude finlandaise de Kaltiala-Heino ⁽¹¹⁾ de 2015 a démontré que 64% des adolescents dysphoriques présentaient des symptômes dépressifs et 53% avaient eu des comportements auto agressifs ou étaient sujets à des tentatives de suicide. De plus, 57% d'entre eux se plaignaient de harcèlement scolaire.

4) Hormonothérapie et opération chirurgicale

D'après les résultats de l'échantillon concernant le motif de consultation initial, on constate que les jeunes rencontrés plus récemment sont peu demandeurs de prescription hormonale ou de suivi médical, pour effectuer une transition. Les symptômes motivant leur venue sont le plus souvent liés à une tristesse de l'humeur, à une déscolarisation ou à des conflits intrafamiliaux, et ce n'est que dans l'exploration de ces problématiques qu'émerge la question du genre. Une nouvelle population semble donc émerger au sein de la dysphorie de genre chez l'adolescent.

Cependant, la question de l'hormonothérapie et d'une opération chirurgicale reste présente chez certains adolescents. Elle est source de questionnement pour le corps médical. En effet, l'hormonothérapie comporte certains effets irréversibles. La testostérone provoque par exemple un changement dans la tonalité de la voix et une croissance du clitoris, qui peuvent perdurer après l'arrêt du traitement.

D'autre part, le bénéfice attendu du traitement, notamment sur le bien-être psychique, est complexe à évaluer : les difficultés propres à la transition, le risque de désistement sont des paramètres à prendre en compte et à parfois opposer à la demande des jeunes et de leurs familles.

Et, au-delà des effets biologiques du traitement, une transition n'est jamais un processus simple. Les effets du traitement hormonal ne correspondent pas toujours à l'attente des jeunes, laissant place parfois à une désillusion. Du temps et un accompagnement médical sont des éléments cruciaux pour une transition aboutie, même si ce n'est pas toujours la demande de ces jeunes.

L'idée d'un dualisme corps-esprit peut être projeté par la personne transgenre chez l'autre, entraînant une incompréhension. Par exemple, la question d'une opération chirurgicale, qui peut être perçue par une personne cisgenre comme une atteinte à l'intégrité corporelle, et ce questionnement même n'est pas concevable chez une personne transgenre. Ce différend peut être vu par la personne transgenre comme un rejet ou une atteinte à son autonomie.

5) Le lien trouble entre psychiatrie et transidentité

L'histoire de l'évolution des rapports entre psychiatrie et transidentité est complexe. Au départ, le rôle des psychiatres a pu être déterminant pour avoir convaincu les chirurgiens de réaliser des opérations autrefois interdites par des valeurs morales. Pour mémoire, les chirurgies de réassignation de genre étaient considérées comme des « crimes de castration », tels que décrits par l'article 316 de l'ancien Code pénal qui stipule que « toute personne coupable du crime de castration subira la peine de la réclusion criminelle à perpétuité ».

Les psychiatres ont alors joué le rôle de facilitateur pour le patient, afin de permettre transition médico-chirurgicale acceptable.

Cependant, la psychiatrie n'a pas toujours été accueillante envers la question transgenre. En effet, la tradition psychanalytique la classifiait dans les perversions, et le traitement psychothérapeutique visait essentiellement à des thérapies dites de conversion, tentant de ramener le sujet à la « raison » et à son sexe biologique.

Il est intéressant de noter que même les figures psychiatriques qui se sont intéressées à la transidentité avec une ouverture d'esprit spécifique, ont subi de nombreuses critiques a posteriori. Ainsi la psychiatre française Colette Chiland a été

la cible en 2005 de militants d'Act Up Paris pour sa position médicale jugée pathologisante. Plus récemment, Kenneth Zucker, l'un des auteurs les plus cités sur les recherches sur la dysphorie de genre, a été licencié en 2015 pour avoir préconisé une approche attentive chez l'adolescent.

Aujourd'hui, la méfiance est de mise, mais la figure du médecin et du psychiatre en particulier restent centrale. D'abord, parce qu'il existe souvent une souffrance psychique réelle associée à la dysphorie, et la nécessité d'un accompagnement à la transition. Ensuite, l'avis psychiatrique est le plus souvent nécessaire avant de débiter un traitement hormonal, et d'avoir une reconnaissance en ALD ainsi que la gratuité des soins. Le psychiatre est donc vu comme délivreur éventuel d'un précieux sésame, qu'il s'agit souvent d'obtenir au plus vite, plutôt qu'un allié dans le soin ou l'accompagnement.

Dans le cas des adolescents, cette position est rendue encore plus délicate avec la présence des parents dans l'équation : parents inquiets, qui espèrent parfois une invalidation du diagnostic, « et qu'on en finisse ». Or, dans la plupart des cas que nous avons rencontrés, la dysphorie de genre nous est apparue comme symptomatique d'un autre trouble ou du questionnement identitaire adolescent. Toutefois, ce n'est pas pour autant qu'il faudrait d'emblée affirmer « ce n'est pas un vrai transgenre » ou « c'est une passade ». Il faut donc assurer, et assumer, cette position délicate qui consiste à ne pas emmener le système vers une médicalisation dont les bénéfices seraient sans doute illusoire, bien que réclamés à corps et à cris par l'adolescent. Et en même temps, il faudrait éviter de disqualifier la position de l'adolescent et risquer ainsi de perdre son adhésion et sa confiance. L'idée est souvent de « gagner du temps » malgré les injonctions pressantes des uns et des autres, pour une résolution rapide de la tension ; c'est d'ailleurs un temps précieux, lorsqu'une transition est finalement amorcée à l'âge adulte, comme en témoignent nos entretiens.

L'une des questions posées par la dysphorie de genre à l'adolescence, est donc celle de la stabilité du diagnostic et de la réponse thérapeutique à y apporter : le questionnement d'identité de genre du sujet est-il en lien avec la problématique adolescente, et dans ce cas on peut penser que la souffrance associée pourra

s'amender de façon naturelle avec le temps et et les expériences, ou bien cette souffrance liée au genre excède le processus adolescent.

6) Adolescence : besoin d'identification et d'appartenance groupale

En 2018, afin d'expliquer l'augmentation de la prévalence de la dysphorie de genre chez les adolescentes, une étude conduite par Lisa Littman ⁽¹²⁾ suggère un phénomène de contagion sociale, à l'origine d'une forme tardive et soudaine de dysphorie. En interrogeant les parents de nombreux transgenres FtM, ils rapportent n'avoir détecté aucun signe préalable de dysphorie dans l'enfance et ont déclaré avoir été surpris par l'apparition soudaine de symptômes dysphoriques chez leur enfant.

Lisa Littman fait donc l'hypothèse, que l'émergence de la dysphorie de genre adolescente, serait un fait social « bruyant ». Ce dernier serait valorisé par l'activisme associatif LGBTQIA+. Ainsi la dysphorie de genre adolescente serait un processus identificatoire qui déborde l'intrapsychique, pour se retrouver sur la scène de la revendication auprès des parents, de la communauté et du monde médical. Cette étude a été violemment critiquée par les associations transgenres, qui ont reproché à Lisa Littman un manque de rigueur méthodologique.

Au cours de l'adolescence, l'appartenance à un groupe de pairs est cruciale pour le détachement des valeurs parentales.

De plus, les réseaux sociaux, devenus omniprésents ces dernières années, permettent à l'adolescent de faire partie d'un groupe. D'ailleurs, dans les services de pédopsychiatrie, le retrait des téléphones portables est souvent perçu comme une coupure, parfois aussi difficile que celle de la famille.

Les réseaux sociaux ont un impact sur la représentation du corps des adolescents. En effet, la profusion d'images de visages et de corps, souvent avec une utilisation de filtres, façonne des représentations irréelles de beauté.

Dans les années 2000, les magazines de mode ont été accusés d'entretenir une image de minceur chez les femmes, favorisant les conduites anorexiques.

De nos jours, les réseaux sociaux ont remplacé les magazines papiers, avec un volume d'images et de contenus bien plus important.

De plus, les adolescents ont la possibilité de trouver des réponses sur internet à leur questionnement identitaire. A la question posée sur Google « Suis-je trans ? », la réponse donnée par un site irlandais de soutien LGBT⁽¹³⁾ est la suivante :

« Il n'existe pas de façon unique et juste de savoir si on est trans. Toutefois, certains sentiments peuvent indiquer une identité trans :

- Certaines personnes peuvent avoir l'impression que leur corps ne correspond pas à leur profond sentiment d'elles-mêmes. Leur apparence physique peut ne pas correspondre à leur identité profonde.
- Le développement de traits sexuels pendant la puberté, peut être particulièrement traumatisant pour certains jeunes trans. Ces changements peuvent déclencher des problèmes accentués d'image. La dysphorie de genre est un terme utilisé pour décrire cette gêne. »

On remarque que ces déclarations sont assez larges et générales. Effectivement, le « profond sentiment » de nous-mêmes peut faire l'objet de multiples interprétations. Chez l'adolescent, la concordance entre l'apparence physique et « l'identité profonde » peut donc susciter un vaste questionnement.

De même, le vécu difficile du développement des caractères sexuels est une étape fréquemment retrouvée chez les adolescents.

Le phénomène consistant à se reconnaître dans une description générale ou vague correspond à l'effet Barnum ou effet de validation subjective. Il s'agit d'un biais cognitif introduit par Paul Meehl, faisant référence au directeur d'un cirque américain du XIXème, Phineas Taylor Barnum, autoproclamé « prince des charlatans ».

Cet effet fut démontré expérimentalement par un psychologue américain, Bertram Forer en 1948. Le début de son expérience a consisté à faire passer à 29 étudiants des tests de personnalité, censé les décrire psychologiquement. Au lieu d'analyser ces tests, Forer a donné pour réponse à tous les étudiants le même compte rendu, inspiré largement de l'horoscope.

Un extrait du texte est le suivant : « Vous avez besoin d'être aimé et admiré, et pourtant vous êtes critique avec vous-même. Vous avez certes des points faibles dans votre personnalité, mais vous savez généralement les compenser. Vous avez un potentiel considérable que vous n'avez pas encore utilisé à votre avantage. À l'extérieur vous êtes discipliné et vous savez vous contrôler, mais à l'intérieur vous tendez à être préoccupé et pas très sûr de vous-même. (...). Par moments vous êtes très extraverti, bavard et sociable, tandis qu'à d'autres moments vous êtes introverti, circonspect et réservé. »

Il a ensuite demandé à chaque étudiant d'évaluer la pertinence de ce compte rendu sur une échelle de 0 à 5, 5 étant le plus pertinent. Le résultat était en moyenne de 4,26 sur 5.

Cet effet pourrait donc favoriser les identifications transgenres à l'adolescence.

7) Le rôle ambivalent des associations

La polarisation concernant la dysphorie de genre est entretenue par l'existence d'une communauté transgenre, qui défend les valeurs inhérentes à ce groupe.

Le milieu associatif transgenre en France est présent sur le territoire, notamment dans les grandes agglomérations. L'histoire de ce mouvement s'intègre dans la communauté LGBT, décrite en annexe.

Le but de ces associations est d'apporter du soutien aux personnes transgenres, ainsi que des informations sur les parcours de transitions, par le biais de permanences téléphoniques ou de rencontres.

Ce rôle est de plus en plus présent lors des questions de santé autour de la transidentité. En témoigne, le rapport de janvier 2022 ⁽¹⁴⁾ sur la santé et le parcours de soins des personnes trans, qui a été corédigé par un médecin généraliste, le Dr Hervé Picard, et Simon Jutant, membre de l'association ACCEPTESS-T.

De la même façon, des membres d'associations transgenres sont présents aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour la prise en charge des enfants et adolescents, reçus en consultation à la Pitié-Salpêtrière à Paris, et

n'hésitent pas à intervenir dans les discussions concernant les interventions thérapeutiques.

Cette diversité d'intervenants questionne nos pratiques : s'il nous semble enrichissant de travailler avec les usagers, et que des structures associatives soutiennent les parcours parfois complexes des patients, leur place est-elle dans l'élaboration des politiques de soins ou les décisions thérapeutiques ? L'agressivité et les violences *ad nominem* dont ont été victimes certains de nos collègues, interrogent aussi sur la pertinence de telles collaborations dans le climat actuel.

La création d'équipes multidisciplinaires pour la transidentité en France a été une des recommandations du rapport de 2009 sur la prise en charge du transsexualisme ⁽¹⁵⁾. La SOFECT (SOciété Française d'Etudes et de prise en Charge de la Transidentité), a été créée en 2010, pour répondre à cette demande. Dès sa création, la SOFECT a été critiquée par les associations transgenres, qui dénonçait, à l'image de l'autrice transgenre Karine Espineira, une place trop importante donnée aux psychiatres : « La psychiatrie reste la pièce maîtresse de leur approche ».

Sur internet, le site *entousgenresblog* ⁽¹⁶⁾ décrit la SOFECT par cette phrase : « Elle regroupe des médecins autodéclarés « spécialistes » des problématiques trans, et qui en vérité continuent à perpétuer des idées nocives et dangereuses sur les personnes trans, et à leur faire traverser de véritables épreuves dont tous ne sortent pas indemnes. Malheureusement, de nombreuses personnes trans continuent à ce jour de subir leur incompetence, parfois parce qu'ils ont été mal aiguillés au début de leur transition, parfois parce qu'ils n'ont pas vraiment le choix, la SOFECT étant la seule institution à ce jour à pouvoir promettre un remboursement à 100% du parcours¹ » Le site poursuit par : « Face à cette institution, le mieux reste encore si on en a les moyens de passer par un parcours privé, en choisissant soi-même ses médecins. »

La dissolution de la SOFECT a été décidée en 2020. L'association Trans Santé ou FPATH (French Professional Association for Transgender Health) a pris le relais, en ayant comme changement majeur, la présence dans son conseil d'administration de

trois associations transgenres. La volonté affichée est de « se démarquer totalement de la SOFECT et de faire rupture avec les pratiques antérieures ».

Sur le site Trans Santé, deux axes de l'association sont présentés :

« l'accompagnement et la prise en charge médicale des personnes trans avec notamment l'amélioration de l'accès au soin et la dépathologisation de la transidentité ».

Cette affirmation comporte des éléments ambivalents : associer prise en charge médicale et dépathologisation.

Les témoignages recueillis au cours des entretiens, révèlent que la SOFECT souffre d'une image négative auprès des personnes transgenres et de nombreuses transitions se font désormais dans le privé. Cette défiance majeure pour les institutions publiques de la transidentité font courir le risque d'une prise en charge à l'avenir majoritairement libérale, avec ses limites inhérentes à l'accès au soin.

8) Transidentité et transracialisme, une convergence des luttes

Aux Etats-Unis en 2015, les médias américains ont mis en lumière l'histoire de Rachel Dolezal, considérée comme le premier cas médiatisé de transracialisme. Née en 1977, cette enseignante américaine est issue d'une famille caucasienne de l'Etat du Montana. Après d'importants conflits avec ses parents, elle se rapproche de ses frères et soeurs adoptés, qui ont des origines afro-américaines.

Elle commence alors à s'identifier elle-même publiquement en tant qu'afro-américaine. Elle devient professeure d'histoire d'études africaines à l'université et obtient la présidence d'une association de défense de la communauté afro-américaine, la NAACP (National Association for the Advancement of Colored People).

Suite à une interview d'un journaliste révélant ses origines, Rachel Dolezal est contrainte de démissionner devant les nombreuses critiques, les plus virulentes émanant de la communauté afro-américaine.

Cette dernière revendique le fait qu'elle n'a pas subi de discrimination durant son enfance, donc elle ne peut prétendre à faire partie de cette communauté.

Rachel Dolezal a été également accusée de perpétuer les stéréotypes ethniques, en se frisant les cheveux ou en accentuant son teint.

Un parallèle peut être fait concernant les critiques que peuvent subir les femmes transgenres. Elles sont accusées par les féministes radicales, prônant une essence biologique à la féminité, de ne pas avoir subi de discriminations au cours de l'enfance et de perpétuer les stéréotypes féminins, comme se maquiller ou porter des robes.

Le cas de Rachel Dolezal a eu une répercussion médiatique importante car il évoque une question identitaire. Les personnes transraciales peuvent se définir comme des personnes dont l'identité raciale est différente de leur origine ethnique à la naissance. Rachel Dolezal a affirmé dans son livre paru en 2017, *In Full Color*, « je ne suis pas noire parce que je suis née noire, mais parce que c'est inné, cela a toujours été au fond de mon cœur ».

9) Adolescence et transidentité : deux transitions entremêlées

Ces dernières années, la visibilité de la transidentité a permis une nette augmentation des demandes de consultations ainsi qu' une meilleure acceptabilité dans la société. Or, comme on l'a constaté précédemment, cette augmentation a particulièrement été marquée chez la population adolescente.

Une des hypothèse à la plus grande prévalence de la dysphorie de genre pourrait venir de la nature même du processus adolescent.

L'adolescence est définie comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. L'étymologie vient du latin *adolescere* qui signifie grandir.

L'adolescence est un phénomène assez récent dans l'histoire, le mot étant apparu au XIVème siècle.

Le début et la fin de l'adolescence sont relativement flous. L'OMS définit cette période allant de 10 à 19 ans. Le début de l'adolescence est classiquement déterminé par le développement pubertaire. Cependant, son début est variable selon

les individus et selon le sexe, ce qui entraîne des écarts parfois importants en utilisant ce critère biologique.

Avec un recul progressif ces dernières années de l'âge pour accéder à l'emploi, la fin de l'adolescence est encore plus débattue. Elle serait liée à une autonomie financière, à la parentalité ou encore à la fin de la maturité cérébrale.

En France, les droits spécifiques aux adolescents, témoignent du caractère arbitraire de ces limites : possibilité d'accepter ou de refuser son adoption à 13 ans, majorité sexuelle à 15 ans, émancipation à 16 ans, majorité pénale et droit de vote à 18 ans.

Ce flou dans cette définition fait écho à l'expérience même du flou adolescent, autrement dit, du questionnement identitaire : « Si je ne suis ni un enfant ni un adulte, alors qui suis-je ? ».

De la même façon que l'androgynie questionne les différences entre les hommes et les femmes, l'adolescence redessine les contours de l'enfance et de l'âge adulte.

Dans ce contexte de construction identitaire, certains jeunes font le choix de revenir en arrière dans leur identification transgenre.

L'étude de Littman de 2018 ⁽¹²⁾ a montré un taux de désistement de 8,2%, chez les adolescents présentant une dysphorie de genre à début tardif, nettement supérieur aux taux précédemment retrouvés. Les *desisters* ou les « détransitionneurs » c'est à dire les personnes qui retournent à leur sexe de naissance après avoir fait une transition, sont globalement rares.

Le terme *desister* a une connotation négative car il renvoie à l'idée d'une défection, d'abandon, de ne pas aller jusqu'au bout. Les militants transgenres sont d'avis que leur visibilité renforce les positions transphobes, relayées par les médias conservateurs. Cependant, ils sont de plus en plus visibles sur internet ces dernières années.

Une des explication serait liée à une homophobie internalisé, comme le montre le témoignage récent de plusieurs *desisters*. La transidentité apparaîtrait pour ces jeunes en malaise identitaire comme plus acceptable que l'homosexualité, mais la transition de genre ne leur apporterait pas de véritable soulagement.

En 2021, Keira Bell, une jeune anglaise ayant regretté sa transition chirurgicale, a porté plainte contre le service spécialisé de Tavistock, remettant en cause la capacité d'un consentement éclairé à un acte médical par un adolescent.

IV. CONCLUSION

Au cours de ce travail de thèse, nous avons retrouvé les impressions partagées par les autres thérapeutes d'adolescents sur le territoire national et à l'international, concernant la Dysphorie de Genre à l'adolescence, et nous avons pu également chiffrer certaines tendances : forte croissance de la demande, et augmentation spécifique des FtM.

Ces évolutions, très nettes sur une temporalité de quelques années seulement, nous ont conduit à considérer les nombreuses hypothèses explicatives de ce phénomène, qui ne sont pas exclusives les unes des autres, et débordent largement le cadre strict de la psychopathologie individuelle. La prise en compte de l'intrication du contexte sociétal, avec l'expérience psychique et corporelle des individus, est sans doute essentielle à la compréhension de bien des situations en psychiatrie de l'adolescent, et elle trouve dans le cadre de la Dysphorie de Genre un terrain d'expression évident. Ce phénomène nous invite à réfléchir à la façon dont nous avons, chacun, construit nos propres représentations du genre, et dont nous les appliquons à nous-mêmes, à notre entourage, à nos patients.

Ce travail a été également l'occasion de réfléchir à la place du psychiatre d'adolescents, au rôle qui nous est « assigné », parfois bien loin de ce que l'on imaginait en suivant cette voie.

Nous sommes bien souvent sollicités pour apporter des *réponses*, de préférence *immédiates*. Pour les jeunes, il faudrait leur donner un certificat au plus vite, blanc-seing pour une prescription d'hormones qui, d'après eux, leur permettra d'annuler leur souffrance psychique, complètement, instantanément, puisque tout est si limpide. Pour les parents, il s'agirait d'affirmer, dès la première rencontre, si « c'est vrai ou pas cette histoire de dysphorie ». Ils attendent que le médecin disqualifie ou valide la revendication de l'adolescent. Toutefois, cela invalide pour eux toute démarche d'élaboration psychique, pourtant essentielle, de cette dysphorie de genre, qu'elle aboutisse ou pas à une transition.

La difficulté n'est pas tant celle de la subtilité diagnostique ou celle de la recherche d'un traitement pharmacologique sur mesure. Il s'agit plutôt de la façon dont on va

pouvoir accompagner la situation dans sa globalité, et dans le temps. A la MDA 83, la position soignante est d'accueillir la demande, de prendre le temps nécessaire, parfois long, afin de saisir ce qui se joue derrière cette demande, et souvent de *tenir bon*, avec les craintes que cela peut susciter de notre côté, de nuire à une forme d'alliance. Dans certains lieux de soin, l'accueil des situations de dysphorie de genre, ou annoncées comme telles, n'allait pas de soi, et pouvait provoquer des réactions de rejet, ou plus subtilement de réadressage. Dans d'autres lieux, on constate qu'il n'est pas possible de s'opposer à la demande, qui souvent prend des contours idéologiques, tels que ceux soutenus par les associations transgenres. Ce travail a donc été pour moi, jeune médecin, l'occasion de réfléchir à mon positionnement dans des situations cliniques complexes, l'opportunité de prendre conscience que le soin est un acte pas toujours confortable, qui prend du temps, et requiert un engagement. Un engagement éthique et non pas idéologique, qui ne doit être ni discriminatoire ni partisan.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vries, Annelou L. C. de, et Peggy T. Cohen-Kettenis. « Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach ». *Journal of Homosexuality* 59, no 3 (2012): 301-20. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
2. Scott, Joan, et Eleni Varikas. « Genre : Une catégorie utile d'analyse historique ». *Les cahiers du GRIF* 37, no 1 (1988): 125-53. <https://doi.org/10.3406/grif.1988.1759>.
3. Canada, Ministère de la Justice. « Identité de genre et expression de genre ». Documents d'information, 17 mai 2016. <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/05/identite-de-genre-et-expression-de-genre.html>.
4. Clovis Maillet, *Les genres fluides. De Jeanne d'Arc aux saintes trans* ». *Archives de sciences sociales des religions*, no 196 (4 décembre 2021): 345-47.
5. Beek, Titia F., Peggy T. Cohen-Kettenis, et Baudewijntje P. C. Kreukels. « Gender Incongruence/Gender Dysphoria and Its Classification History ». *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)* 28, no 1 (2016): 5-12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>.
6. Zucker, Kenneth J. « Epidemiology of Gender Dysphoria and Transgender Identity ». *Sexual Health* 14, no 5 (2017): 404-11. <https://doi.org/10.1071/SH17067>.
7. Aitken, Madison, Thomas D. Steensma, Ray Blanchard, Doug P. VanderLaan, Hayley Wood, Amanda Fuentes, Cathy Spegg, et al. « Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria ». *The Journal of Sexual Medicine* 12, no 3 (mars 2015): 756-63. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>.

8. Clark, Terryann C., Mathijs F. G. Lucassen, Pat Bullen, Simon J. Denny, Theresa M. Fleming, Elizabeth M. Robinson, et Fiona V. Rossen. « The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12) ». *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* 55, no 1 (juillet 2014): 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>.
9. « Fractures sociétales : enquête auprès des 18-30 ans », <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2020/11/117735-R%C3%A9sulats-Marianne.pdf> 2020,
10. Vries, Annelou L. C. de, Theo A. H. Doreleijers, Thomas D. Steensma, et Peggy T. Cohen-Kettenis. « Psychiatric Comorbidity in Gender Dysphoric Adolescents ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 52, no 11 (novembre 2011): 1195-1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>.
11. Kaltiala-Heino, Riittakerttu, Maria Sumia, Marja Työläjäarvi, et Nina Lindberg. « Two Years of Gender Identity Service for Minors : Overrepresentation of Natal Girls with Severe Problems in Adolescent Development ». *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 9 (2015) : 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.
12. Littman, Lisa. « Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria ». *PloS One* 13, no 8 (2018): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
13. BeLonG To. « Comprendre Le Transgenre ». <https://www.belongto.org/youngpeople/support-in-french/comprendre-le-transgenre/>.
14. « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans - Ministère de la Santé et de la Prévention ». <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/>

documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans.

15. Masson, Elsevier. « Prise en charge du transsexualisme, projet de rapport et consultation publique ».. <https://www.em-consulte.com/article/221716/prise-en-charge-du-transsexualismec-projet-de-rapp>.

16. « La SOFECT : histoire d'une triste institution ». Genre ! (blog), 19 février 2018. <https://entousgenresblog.wordpress.com/2018/02/19/la-sofect-histoire-dune-triste-institution/>.

ANNEXES

Reproduction asexuée et sexuée

La reproduction asexuée est le processus par lequel une progéniture est produite à partir d'un seul parent. Un organisme a la possibilité de se multiplier seul, sans partenaire. La reproduction asexuée est présente chez les organismes procaryotes et eucaryotes. Différents mécanismes sont possibles : la fission binaire pour les bactéries, le bourgeonnement pour les levures, la production de spores pour les champignons ou encore la multiplication végétative pour les plantes.

L'avantage de ce type de reproduction est un gain de temps et d'énergie pour l'individu. Il n'a pas besoin de chercher un partenaire ni de synthétiser des gamètes. En revanche, la faible variation génétique peut être un inconvénient lors d'une contrainte exercée par l'environnement.

Certains êtres vivants associent les deux types de reproduction, comme les champignons et les végétaux.

D'apparition plus récente, la reproduction sexuée, est le mode de reproduction le plus fréquent sur Terre. Elle serait apparue il y a 1,5 milliards d'années, en même temps que les cellules eucaryotes (du grec *karuon* « noyau »).

La reproduction sexuée est présente chez les organismes pluricellulaires : les végétaux, les champignons, les animaux et bien sûr l'humain.

Elle est assurée par la fécondation, qui correspond à la fusion des gamètes mâle et femelle pour former un œuf ou zygote. Cette reproduction non à l'identique permet le maintien d'une diversité génétique au sein des populations.

Par convention, les mâles sont les organismes qui produisent des gamètes mobiles et de petites tailles, et les femelles sont les organismes qui fabriquent des gamètes plus volumineux. Cette différence entre les gamètes est appelée l'anisogamie.

Les gamètes femelles renferment des organites qui auront un rôle à jouer dans le développement du zygote. Les gamètes mâles, étant plus petits, nécessitent moins d'énergie pour les produire, ce qui explique leur nombre plus important.

Après la fusion des deux gamètes, la détermination du sexe de l'individu est essentielle. Elle est en général liée à la présence des chromosomes sexuels appelés gonosomes.

Chez les humains, la femme (46XX) a deux chromosomes X et l'homme (46XY) a un chromosome X et un chromosome plus petit, le chromosome Y. Chez les oiseaux, les femelles ont une paire de chromosomes sexuels différents (ZW) et les mâles une paire de chromosomes sexuels identiques (ZZ).

Dans d'autres espèces, la détermination du sexe de l'individu n'est pas liée à la présence de chromosomes sexuels. Le sexe est déterminé par des conditions environnementales, comme la température pour les alligators ou des facteurs sociaux pour le poisson clown, dont le sexe peut varier au cours du temps.

Sélection sexuelle et caractères sexuels secondaires

Cette binarité mâle/femelle retrouvée largement sur Terre est questionnante. On peut se demander quelle est la raison de la présence de seulement 2 sexes, avec un individu qui ne peut théoriquement se reproduire qu'avec cinquante pour cent de ses congénères.

Par exemple, *Schizophyllum commune* est un champignon vivant dans toutes les forêts du monde, qui présente 23 328 types sexuels différents. L'individu augmente donc la probabilité de pouvoir se reproduire avec un autre type sexuel.

Une explication peut provenir de la sélection sexuelle, introduite par Charles Darwin en 1871. Dans son ouvrage *La Filiation de l'Homme et la sélection liée au sexe*, il expose le concept de sélection sexuelle pour expliquer certains comportements évolutifs échappant à la sélection naturelle.

« Cette sélection dépend de l'avantage que certains individus ont sur d'autres de même sexe et de même espèce, sous le rapport exclusif de la reproduction... les mâles ont acquis la conformation qu'ils ont aujourd'hui, non pas parce qu'elle les met à même de remporter la victoire dans la lutte pour l'existence, mais parce qu'elle leur procure un avantage sur les autres mâles, avantage qu'ils ont transmis à leur

postérité mâle seule. C'est l'importance de cette distinction qui m'a conduit à donner à cette forme de sélection le nom de sélection sexuelle.» (°p229-230)

La sélection sexuelle est celle qu'exerce le sexe le plus demandé sur le sexe le plus demandeur, en général les femelles sur les mâles. Elle se traduit soit par un conflit entre mâles, soit par un choix des femelles. En raison de cette pression de sélection, des caractères sexuels secondaires sont apparus, entraînant un dimorphisme sexuel. Chez les mammifères, les bois du cerf, la crinière du lion ou encore la canine du morse sont des exemples de caractères sexuels secondaires du mâle.

Chez les oiseaux, le dimorphisme sexuel est parfois plus marqué, notamment chez le mâle paon. Ce dernier présente une traîne colorée facilement repérable des prédateurs, entraînant un désavantage pour sa survie. Les femelles ont un plumage de couleur terne, plus discret.

La théorie du handicap, énoncé en 1975 par le biologiste israélien Amotz Zahevi, fait l'hypothèse que les femelles sélectionneraient les mâles avec des caractères sexuels secondaires les plus prononcés, favorisant la reproduction de ces derniers au détriment de leur survie.

Un autre exemple extrême de dimorphisme sexuel, est celui des baudroies, espèces de poissons vivant dans les profondeurs de l'océan.

Les baudroies mâles et femelles sont très différentes sur le plan morphologique : la femelle mesurant 20 cm, attire le mâle de 3 cm par un leurre luminescent. Ce dernier s'accroche à la femelle pour fusionner. La circulation sanguine du mâle devient celle de la femelle. Le mâle est alors réduit à un organisme sécrétant des spermatozoïdes.

D'après Pierre Henri Gouyon, biologiste français, « sur le plan évolutif, le mâle est donc un parasite de la femelle : il se contente d'injecter ses gènes dans un autre organisme, qui se charge de les reproduire. »

Parfois, les caractères sexuels secondaires peuvent apparaître uniquement en période de reproduction. Ainsi, chez de nombreux singes, les femelles présentent au moment du rut une région génitale gonflée et rouge qui signale aux mâles leur réceptivité sexuelle.

Les caractères sexuels secondaires sont liés à la présence d'hormones sexuelles : les androgènes et les oestrogènes.

Hormones sexuelles

Androgènes chez l'homme :

Le mot androgène vient du Grec ancien *andros* « mâle » et *génos* « naissance ». Les androgènes font parties des hormones stéroïdes, synthétisées à partir du cholestérol, dont le rôle est de permettre la différenciation et la maturation des organes reproducteurs masculins, ainsi que de développer les caractères sexuels secondaires aboutissant à un phénotype masculin normal.

La découverte de l'hormone mâle :

Dans l'Antiquité, la castration suggérait le rôle des testicules dans la virilité et dans la fertilité masculine. Différentes cultures ont eu recours à cette pratique, notamment en Chine et dans l'Empire Ottoman, avec les eunuques. L'étymologie du mot eunuque vient du Grec ancien, *euné* « lit » et *ekho* « garder », littéralement les « gardiens du lit ». Selon Jean-Jacques Matignon, médecin militaire français du XIXème siècle, la première mention des eunuques a eu lieu en Chine, en 1100 avant JC. A l'origine, la castration figurait dans un code de sanction, au côté de la peine capitale, de l'amputation des mains ou des pieds. Dans la Cité Interdite, les eunuques étaient le plus souvent présents en qualité de domestiques au service de l'empereur. Cependant, certains pouvaient occuper des fonctions politiques de premier plan. Ne pouvant procréer, ils n'étaient pas tenté de renverser le pouvoir en place en créant une nouvelle dynastie.

Sous la dynastie Ming (1368-1644), plus de 20.000 eunuques vivaient dans la Cité interdite. A cette époque, certains hommes se castraient volontairement afin de trouver un emploi. Au cours de la dynastie Qing (1644-1911), le nombre d'eunuques diminua fortement. En 1912, la fonction d'eunuque fut abolie. Le dernier eunuque, Sun Yaoting, mourut en 1996.

En Occident, Hérodote relate que les Grecs pratiquaient la castration dans un but commercial : ces eunuques esclaves étaient recherchés pour leur loyauté et leur

qualité de bon serviteur. Au cours de l'Empire Romain, sous l'impulsion des empereurs chrétiens dont Constantin Ier et Justinien, la castration fut par la suite condamnée. Un extrait du premier Concile de Nicée, en 325 après JC, en témoigne : « Si quelqu'un a subi de la part de médecins une opération durant une maladie, ou a été châtré par des barbares, qu'il reste dans le clergé ; mais si quelqu'un s'est châtré lui-même, alors qu'il était en bonne santé, il convient qu'il cesse d'être rangé dans le clergé, et à l'avenir on ne devra admettre aucun de ceux qui auront agi ainsi. ».

Cependant, la castration perdura jusqu'au XVIIIème siècle, notamment en Italie, pour le recrutement des castrats. Ces hommes castrés étaient autorisés à chanter dans les églises, contrairement aux femmes. La castration, réalisée avant la puberté, entraînait une absence de sécrétion de testostérone. Cela donnait aux castrats, du fait de la diminution de la croissance du larynx, une voix dans le registre aigu. Au cours du XVII et XVIIIème siècle, 3000 à 4000 garçons étaient castrés chaque année pour le chant. La castration fut interdite par le pape Léon XIII en 1903. Alexandro Moreschi, dont un enregistrement audio a persisté, est considéré comme le dernier castrat, et a chanté dans la Chapelle Sixtine jusqu'en 1913.

Bien que le rôle des testicules dans l'apparition des caractères secondaires ait été suggéré par la castration, il faut attendre le XIX ème siècle pour commencer à entrevoir son fonctionnement hormonal.

En 1848, Arnold Berthold, physiologiste allemand, déduit de ses expériences sur des coqs castrés, le lien humoral entre le testicule et les caractères sexuels secondaires.

Souhaitant trouver une substance améliorant la longévité, le physiologiste et neurologue français Charles Brown-Séguard, s'auto injecte à l'âge de 72 ans, des extraits de testicules de chien et de cobayes en 1889. Il publie ses résultats à l'Académie des Sciences, en mettant en avant une amélioration de ses capacités physiques et mentales, ainsi qu'un meilleur appétit.

Bien que des sérieux doutes ont été décrits plus tard sur la véracité des résultats obtenus, Charles Brown Séguard est considéré comme l'un des précurseurs de l'organothérapie.

En 1935, Adolf Butenand, biochimiste allemand synthétise pour la première fois la testostérone, à partir du cholestérol.

Mode d'action de la testostérone :

La testostérone est l'androgène principal chez le mâle. Sécrétée par les testicules au cours de l'embryogenèse, elle exerce un rôle dans la différenciation des organes génitaux. Par son action, les canaux de Wolff se différencient en canal déférent, épидидyme, et vésicules séminales pour les organes génitaux internes.

Parallèlement, l'hormone anti-müllérienne sécrétée par les cellules de Sertoli entraîne la régression des canaux de Muller.

Chez l'homme adulte, la synthèse de la testostérone a lieu principalement dans les testicules (95%), grâce aux cellules de Leydig, localisées dans le tissu interstitiel, entre les tubes séminifères.

La production de testostérone est stimulée par une hormone antéhypophysaire, la LH ou Hormone Lutéinisante. La LH est elle-même sous l'influence de la GnRH, hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires, qui est synthétisée de manière pulsatile par les neurones de l'hypothalamus. Au cours de la période néonatale, l'action de la LH est importante. Il en résulte un taux élevé de testostérone à la naissance.

Au cours de la puberté, le taux de LH augmente, provoquant la prolifération des cellules de Leydig. Au cours du vieillissement, la diminution progressive des cellules de Leydig entraîne une diminution de la production de testostérone.

Le reste de la synthèse a lieu dans la zone réticulée des surrénales (5%).

La glande surrénale produit également deux androgènes, la DHEA (déhydroépiandrostérone) et l'androstènedione. Ils sont dit faibles en raison de leur action modérée et la possibilité d'être convertis en androgènes forts.

Les androgènes sont des hormones anabolisantes, qui ont une action sur les tissus grâce à des récepteur spécifiques. Ces récepteurs sont plus ou moins présents dans

les tissus, avec un maximum pour les testicules et la prostate. Ils sont néanmoins retrouvés au niveau du coeur, du foie et des muscles.

La testostérone peut également être transformée en un androgène plus puissant, la dihydrotestostérone (DHT). La DHT est formée grâce à une enzyme, la 5 alpha réductase, présente notamment dans la peau et la prostate.

Un déficit en 5 alpha réductase peut se traduire par un pseudo hermaphrodisme masculin (cf paragraphe hermaphrodisme).

Cette enzyme est également la cible des médicaments de l'hypertrophie bénigne de la prostate, qui sera inhibée pour diminuer le volume prostatique.

Une autre voie, celle de l'aromatase, permet à la testostérone de diversifier ses effets. La testostérone est transformée en oestradiol, dont le rôle est essentiel pour assurer une soudure correcte des cartilages de croissance.

Androgènes chez la femme :

Chez la femme, les trois principaux androgènes sont la DHEA, l'androstenedione et la testostérone. Ces hormones sont produites par l'ovaire, la surrénale et par conversion périphérique (tissu adipeux, peau, foie).

Les androgènes participent à l'apparition et au maintien de la pilosité féminine.

Ils ont un effet sur le follicule pileux et sur la glande sébacée, riche en récepteur aux androgènes. Les androgènes jouent également un rôle sur la libido, le cycle menstruel et sur la répartition de la graisse. De plus, ils inhibent la prolifération des cellules de la glande mammaire.

Les signes cliniques de l'hyperandrogénie seront donc un hirsutisme, de l'acné, une alopecie, une augmentation de la musculature et de la libido, un trouble du cycle menstruel, une diminution du volume mammaire et une modification de la voix. La cause de cette hyperandrogénie est due à une pathologie ovarienne (Syndrome des ovaires Polykystiques, tumeur de l'ovaire) ou surrénalienne (hyperplasie congénitale des surrénales, déficits en 21-hydroxylase, tumeur surrénalienne). L'obésité est également une cause d'hyperandrogénie, en raison d'une production périphérique d'androgène dans le tissu adipeux .

Oestrogènes :

Oestrogène est un terme dérivé du grec *oistros* qui désigne les oestres, insectes qui sont retrouvés dans les troupeaux de bétail. L'oestrus, chez les mammifères, est la période au cours de laquelle une femelle est fécondable.

Les femelles qui sont en oestrus présentent un comportement comparable à celles qui se trouvent en présence d'un nombre important d'insectes volants, avec des mouvements de fouet de la queue et un agacement.

En 1900, Walter Heape, zoologiste anglais, est le premier à parler d'oestrus chez les mammifères pour décrire la période du cycle où se déroule l'ovulation. Il existe deux types d'ovulation chez les mammifères, spontanée ou provoquée.

L'ovulation spontanée, présente dans différentes espèces (humaine, canine, bovidés, cervidés), sélectionne les mâles qui s'accouplent au moment le plus proche de l'ovulation, entraînant une compétition chez les mâles.

L'ovulation provoquée, que l'on retrouve chez la lapine ou l'alpaga, diminue les comportements de compétition entre mâles.

L'ovulation est sous l'influence d'hormones lipophiles : les oestrogènes.

Ces hormones stéroïdiennes sont synthétisées à partir des androgènes, produits principalement au niveau des ovaires et dans une moindre mesure dans les tissus périphériques.

A la puberté, les oestrogènes permettent le développement des seins et une modification des organes génitaux externes. A l'âge adulte, ils ont un effet sur le tractus génital féminin, en agissant sur l'endomètre, le col utérin et au niveau du vagin. Les oestrogènes ont une action antiathérogène en augmentant le taux de HDL, ce qui explique la relative protection des femmes concernant les maladies vasculaires. Ils sont également impliqués dans le métabolisme osseux ainsi que dans la synthèse des facteurs de coagulation.

Le rétrocontrôle de la sécrétion des oestrogènes se fait au niveau hypothalamo-hypophysaire, avec un rétrocontrôle positif en phase folliculaire puis négatif en phase lutéale.

Les deux principaux oestrogènes sont l'estradiol et l'estrone, nommés respectivement E2 et E1 en fonction du nombre de groupement hydroxyle dans leur formule. Ils ont en commun une enzyme nécessaire à leur formation : l'aromatase. En période d'activité génitale, l'estradiol est l'oestrogène le plus puissant, produit en quasi totalité par l'ovaire (96%).

L'estradiol est synthétisé à partir de la testostérone. A la ménopause, elle est uniquement produite en périphérie.

L'estrone, dont les lieux de synthèse sont multiples (ovaire, surrénale, conversion périphérique), joue un rôle important après la ménopause

Chez la petite fille, le dosage d'estradiol peut être fait en cas de suspicion de puberté précoce. Chez l'adulte, le taux d'estradiol étant un bon témoin de la réserve de follicules ovariens, il est donc testé dans un bilan d'infertilité.

Les oestrogènes sont également retrouvés chez l'homme. Environ 80% de la production d'oestrogènes se fait par conversion périphérique, notamment dans le tissu adipeux, par l'action de l'aromatase.

La gynécomastie chez l'homme est un signe clinique d'hyperoestrogénie. En effet, le tissu mammaire de l'homme possède la même capacité de développement que chez la femme. Une sécrétion tumorale d'origine testiculaire peut en être la cause. Chez le sujet âgé, une augmentation relative de la masse grasse entraîne une hyperoestrogénie liée à l'augmentation concomitante de l'aromatase.

Changement de prénom à l'état civil

La procédure de changement de prénom est décrite par l'article 60 du Code Civil. Pour un mineur, la demande doit émaner de son représentant légal. En cas de désaccord des parents, le représentant faisant la demande doit saisir le juge aux Affaires familiales.

La demande de changement de prénom se fait en remplissant un formulaire disponible en mairie. Elle sera examinée par un officier de l'Etat civil, qui évalue l'intérêt légitime de cette demande.

Comme pour le changement de sexe, la personne doit apporter des documents ou des témoignages de proches attestant de ce changement.

En cas d'intérêt non légitime, l'officier de l'état civil saisit le procureur. Si ce dernier refuse la demande, la personne peut contester cette décision auprès du Juge aux Affaires Familiales.

Historique du mouvement LGBT

La communauté transgenre fait partie de la communauté LGBTQIA+, dont l'histoire est marquée par les luttes homosexuelles du XXème siècle. Cette naissance tardive est le résultat d'une évolution progressive des codes moraux ou religieux. En effet, la diversité des orientations sexuelles, décrites depuis l'Antiquité, est passée progressivement d'une sphère privée à une sphère publique au XX ème siècle.

La communauté alors dite LGB (Lesbien-Gay-Bisexuel) est née dans les années 1960 aux Etats-Unis. Elle s'inscrit dans le prolongement des luttes du XIXème siècle en faveur de l'homosexualité masculine, dont l'un des précurseurs est le juriste allemand Karl Heinrich Ulrichs.

Apparu aux Etats-Unis dans les années 1960 en tant qu'insulte, le mot gay a été repris par les militants de la cause homosexuelle, devenant une revendication identitaire.

En 1966 au Royaume-Uni, la Beaumont Society constitue l'une des première association d'entraide de personnes transgenres, dont le nom est dérivé du chevalier d'Eon de Beaumont.

Les émeutes de Stonewall en 1969, déclenchées par une descente de police dans un bar gay de New York sont considérées comme un élément fondateur de la lutte LGBT.

En France, le 10 mars 1971, une émission de radio dont le thème est

« L'homosexualité, ce douloureux problème » est interrompue par des militantes dont Christine Delphy et Monique Wittig. Ces dernières s'offusquent de ne parler de l'homosexualité qu'en terme de souffrance.

Dans les années 1990, l'acronyme LGB (Lesbien-Gay-Bisexuel) commence à être utilisé par la communauté.

Il faut attendre les années 2000 pour que le mouvement transgenre se rejoigne à cette communauté, qui devient LGBT. Quelques années plus tard, le mouvement Queer se ralliera au mouvement. Le mot queer, de façon analogue au mot gay, était une insulte signifiant « le bizarre » ou « l'étrange ». Le mouvement Queer est un mouvement post structuraliste, qui rejette notamment le lien entre sexe et genre. Le terme queer peut englober les personnes dites gender-fluides, dont le genre peut varier au cours du temps et les personnes non-binaires, qui ne s'identifient pas au genre masculin ou féminin.

Le I désigne les personnes intersexes, autrefois appelées hermaphrodites. Les intersexes critiquent sévèrement les traitements médicaux-chirurgicaux durant l'enfance, qui perpétuent selon eux le modèle binaire.

Le A désigne l'asexualité, qui est l'absence d'attrance sexuelle. Le + désigne les autres variances d'identité de genre.

Questions posées lors des entretiens semi-dirigés.

- 1) Quel est le terme que tu utilises pour désigner ce que tu ressens ? (dysphorie de genre, transidentité, transgenre...)
- 2) A partir de quand as-tu commencé à avoir ce sentiment ?
- 3) A quelle personne en as-tu parlé pour la 1ère fois ?
- 4) A quel professionnel de santé en as-tu parlé en premier ?
- 5) Es-tu suivi sur le plan médical actuellement ?
- 6) Quelles sources d'informations as-tu consultées pour te renseigner à ce sujet (internet, réseaux sociaux) ?
- 7) As-tu dans ton entourage amical ou familial une personne également concernée ?
- 8) Quand as-tu changé de prénom ?
- 9) Quel est l'origine de ton nouveau prénom ?
- 10) Est-il changé sur ta carte d'identité ?
- 11) Quel sentiment éprouves-tu à l'égard de ton ancien prénom ?
- 12) Comment ta famille a vécu ta transition ?
- 13) Quel était le climat familial avant cette transition ?
- 14) Quel parcours de soin idéal aurais-tu souhaité ?
- 15) Es-tu sous traitement hormonal actuellement ?
- 16) Que penses-tu du traitement hormonal de manière générale ?
- 17) Quel a été l'élément le plus bénéfique dans ton parcours de transition ?
- 18) Quelle a été la personne t'ayant le plus soutenu dans ce parcours de transition ?
- 19) As-tu un projet de parentalité ?
- 20) Qu'aimerais-tu dans le futur pour améliorer le quotidien des personnes trans ?

Entretien d'Eric, 19 ans et 2 mois, FtM

1) Quel est le terme que tu utilises pour désigner ce que tu ressens ?

(dysphorie de genre, transidentité, transgenre...)

Je m'en fous un peu. Je dis que je suis « trans » ou « transgenre » ou que j'ai de la dysphorie de genre. J'aime parler aussi d' "euphorie de genre" : même si on ressent la dysphorie, je ressens de l'euphorie pour mon genre actuel.

2) A partir de quand as-tu commencé à avoir ce sentiment ?

C'est surtout quand j'ai entendu parler pour la première fois du mot « transgenre ». Je me suis beaucoup reconnu dedans. Je me suis dit « en fait, c'est moi, c'est pas tout le monde qui est comme ça, c'est juste moi, il y a quelque chose qui ne va pas ». C'était vers 14 ans. Avant que je fasse mon coming out, c'était dur de savoir que j'avais de la dysphorie, parce que j'avais toujours vécu comme ça. Je pensais que c'était la norme, que tout le monde ressentait comme moi. Je pensais qu'on jouait un rôle dans la société, et que c'était normal qu'on se sente bizarre. Et plus j'ai réussi à m'affirmer, plus je me suis rendu compte que je m'adaptais juste à ce que les gens voulaient voir de moi. Je ne ressentais pas à l'époque de la dysphorie, parce que je ne savais pas ce que c'était. Je pensais que c'était juste normal.

3) A quelle personne en as-tu parlé pour la 1ère fois ?

C'était à une amie.

4) A quel professionnel de santé en as-tu parlé en premier ?

Cela devait être une infirmière quand j'étais à l'hôpital, pendant ma tentative de suicide. Mes souvenirs sont très vagues.

5) Es-tu suivi sur le plan médical actuellement ?

Je suis suivi à Marseille par un psychiatre tous les mois et un endocrinologue aussi.

6) Quelles sources d'informations as-tu consultées pour te renseigner à ce sujet (internet, réseaux sociaux) ?

La plupart des choses que j'ai utilisées, c'est le témoignage de mes amis et de mon ami qui est trans aussi. C'est aussi beaucoup par internet. Il y a pas mal de gens sur YouTube qui font des vidéos de leur expérience.

7) As-tu dans ton entourage amical ou familial une personne également concernée ?

Oui, c'est mon meilleur ami. Il m'a ouvert les yeux. Il m'a fait voir « moi-même » sous un autre jour, voir des choses de moi que je ne voulais pas forcément voir.

8) Quand as-tu changé de prénom ?

Au début du lycée. En 2de ou 1ère.

9) Quel est l'origine de ton nouveau prénom ?

C'est mon amie qui a choisi mon prénom. Je lui ai donné plusieurs prénoms que j'aimais bien et elle a choisi celui-là. J'hésitais entre Ethan et Eric. Elle m'a dit qu'elle préférait Eric. Maintenant, je l'aime bien, je me reconnais dedans.

10) Est-il changé sur ta carte d'identité ?

Je n'ai pas encore changé de prénom à l'état civil. J'avais déjà fait une demande en étant mineur mais cela a été refusé, car j'étais trop jeune. Je vais profiter de cet été pour le faire « au calme ».

11) Quel sentiment éprouves-tu à l'égard de ton ancien prénom ?

Je pense qu'il faut demander l'autorisation de la personne avant de le faire. Dans certains cas, je vais devoir l'utiliser car ce n'est toujours pas changé à l'état civil. Ça m'arrive de l'utiliser quand je parle de moi au passé et de mettre une distance entre « moi maintenant » et « moi au passé ». Mais, si c'est quelqu'un d'autre qui m'appelle comme ça, ça me met mal à l'aise.

12) Comment ta famille a vécu ta transition ?

Au début, c'était dur de faire mon coming out puisque je l'ai fait en faisant une tentative de suicide. Mais je pense que j'ai eu de la chance d'avoir une famille très compréhensive, qui m'a beaucoup soutenu. Personne de ma famille s'est retourné contre moi. Ça m'a énormément aidé pour pouvoir m'affirmer dans le reste de ma vie sociale. Je les remercie beaucoup. Ils ont essayé de comprendre. Ils m'appellent par mon prénom. Ils me laissent m'habiller comme je veux. Ce genre de choses, assez simples, mais que beaucoup de gens ne font pas apparemment.

13) Quel était le climat familial avant cette transition ?

J'avais du mal à leur parler de mes problèmes. Mais cela se voyait qu'ils s'inquiétaient toujours pour moi, qu'ils voulaient essayer de m'aider autant que possible.

14) Quel parcours de soin idéal aurais-tu souhaité ?

Je pense que l'idéal dépend de chacun. Tout le monde n'a pas la même réaction. Il n'y a pas un parcours idéal pour toutes les personnes trans. Le mien, je trouve qu'il a été long à mettre en place. J'ai commencé en 2018 à être suivi par les psychiatres et je commence le traitement hormonal plus de 3 ans après. C'est long, mais en même temps, c'est quelque chose que j'avais réellement besoin parce que j'avais beaucoup de problèmes mentaux, de la dépression, de l'anxiété... Si j'avais commencé le traitement hormonal plus tôt, je pense que cela ne se serait pas forcément bien passé. Parce que ça dérègle quand même un peu l'équilibre du cerveau, l'équilibre émotionnel. Si j'avais commencé plus tôt et que je n'étais pas stable au niveau émotionnel, cela aurait empiré certaines choses.

15) Es-tu sous traitement hormonal actuellement ?

Je vais commencer le traitement hormonal dans quelques semaines, fin juin.

16) Que penses-tu du traitement hormonal de manière générale ?

J'ai hâte du traitement hormonal. Ce que j'attends le plus, c'est le changement dans ma voix. En général, quand les gens me voient, ils ne se trompent pas : ils pensent que je suis un jeune homme, que j'ai 14 ou 15 ans mais, dès que je me mets à

parler, ils me regardent bizarrement. Le reste de l'apparence aussi, j'aurais l'air plus vieux. En plus, il y aura les muscles qui viendront un peu plus, la pilosité, il y aura plein d'autres changements, mais c'est vraiment la voix que j'attends le plus. C'est bien de commencer le traitement psychothérapeutique avant. Juste parler de ce que l'on ressent, c'est important, et il faut le faire le plus tôt possible.

17) Quel a été l'élément le plus bénéfique dans ton parcours de transition ?

Le soutien des autres. Mes amis proches et ma famille. Certains professeurs aussi.

18) Quelle a été la personne t'ayant le plus soutenu dans ce parcours de transition ?

Je dirai que c'est mon meilleur ami.

19) As-tu un projet de parentalité ?

On m'a donné le choix de conserver mes gamètes, ce que j'ai refusé de faire parce que je ne veux pas d'enfant.

20) Qu'aimerais-tu dans le futur pour améliorer le quotidien des personnes trans ?

Eduquer les gens qui ne connaissent rien (sourire). Je pense que c'est quelque chose qu'on pourrait parler au moins dans les grandes lignes à l'école, peut-être au collège, parce qu'on n'en parle pas vraiment en fait. Pour dire que ces gens-là existent. Pour que les gens puissent se reconnaître dedans plutôt et pas forcément en souffrir aussi longtemps. Ou que les autres puissent comprendre s'ils entendent qu'un ami est comme ça, pour le soutenir. Le plus important c'est le regard et l'acceptation des autres.

Entretien Visio de Jordan, 17 ans et 11 mois, FtM

1) Quel est le terme que tu utilises pour désigner ce que tu ressens ?

(dysphorie de genre, transidentité, transgenre...)

Homme transgenre.

2) A partir de quand as-tu commencé à avoir ce sentiment ?

Ça va faire 3 ans que j'ai fait mon coming out. Je le savais déjà avant, mais j'ai posé le mot dessus quand j'avais 15 ans. Depuis la puberté, j'étais déjà très mal dans ma peau. Je ne savais pas tellement pourquoi. Je suis allé voir plein de psychiatres pour essayer de calmer mon malaise. J'ai été diagnostiqué avec une dépression en 6ème, et puis j'ai toujours eu de l'anxiété. J'ai vécu une distanciation avec moi-même pendant des années, sans comprendre d'où cela venait. Je me sentais pas très à l'aise avec la féminité. J'ai découvert ce qu'était la transidentité, essentiellement grâce à internet, comme beaucoup de jeunes aujourd'hui, je pense. Ça m'a beaucoup aidé à « réaliser ». A partir de là, j'ai commencé à tester avec moi-même, la façon dont je pouvais m'habiller pour me sentir mieux, quel prénom je pouvais utiliser et quel pronom. Il s'avère que je me sens mieux avec ce prénom et ce pronom-là. Au début, j'avais du mal à me considérer moi-même comme un mec, parce que c'est difficile après avoir vécu 15 ans où tu te considères comme une fille, que ton genre ne correspond pas à ce que tu pensais. Moi-même, je me considérais comme pas assez légitime, pas assez masculin. Sauf qu'il y a plein de types d'hommes et j'ai appris à le réaliser tout doucement.

3) A quelle personne en as-tu parlé pour la 1ère fois ?

C'était à ma meilleure amie. Elle avait plutôt bien réagi. Elle ne comprenait pas trop bien au début mais, au final, elle a accepté à 100%. C'était vers 15 ans.

4) A quel professionnel de santé en as-tu parlé en premier ?

A ma psychologue.

5) Es-tu suivi sur le plan médical actuellement ?

Je suis suivi par une psychologue et une psychiatre qui sont géniales, depuis 1 an et demi. Ma dysphorie n'est pas ultra forte en temps normal, mais elle est constante. Il y a des fois où elle est beaucoup plus élevée et je suis incapable de sortir de mon lit toute la journée. Il y a des gens qui doivent transitionner le plus vite possible. Moi, ce n'est pas mon cas. On a d'autres problèmes à part ça, mentaux évidemment. Et ce n'est pas en transitionnant qu'on est tout de suite heureux. J'ai mis un peu de temps à le réaliser d'ailleurs. Il y a des avancées, mais aussi beaucoup de retours en arrière dans une transition. Mais en fait, cela ne dépend pas que de nous, malheureusement.

6) Quelles sources d'informations as-tu consultées pour te renseigner à ce sujet (internet, réseaux sociaux) ?

Sur internet, ce sont les personnes qui témoignent. J'ai lu des études sur le genre, sur la transidentité à travers l'histoire. Ça ne date pas du 21ème siècle, contrairement à ce qu'on essaye de nous faire croire. J'ai lu des extraits du *Deuxième Sexe* de Simone de Beauvoir, sur le fait que la féminité vient en plus de la socialisation.

7) As-tu dans ton entourage amical ou familial une personne également concernée ?

Oui iel s'appelle Taylor. Je l'ai rencontré en début d'année de 1ère. Quand je lui ai dit que j'étais pansexuelle, iel m'a dit qu'iel était non binaire et utilisait les pronoms neutres. Je lui ai répondu que j'étais trans, et que j'utilisais les pronoms masculins, et c'est à partir de là qu'on a commencé à devenir ami. Iel est en pleine procédure de changement de prénom, mais ne sait pas si iel veut passer par une transition. C'est quelqu'un que j'apprécie énormément.

8) Quand as-tu changé de prénom ?

Dans l'année qui a suivi mon coming out.

9) Quel est l'origine de ton nouveau prénom ?

Au départ, j'avais choisi un prénom éloigné de mon prénom de naissance, mise à part la première lettre en commun. C'était Joshua, je le trouvais joli et ça me

correspondait. Mais ça ne plaisait pas du tout à plusieurs membres de ma famille. Ils me disaient « je ne vais pas réussir à t'appeler comme ça ». Alors, je me suis dit que cela serait plus simple pour eux si je choisissais un prénom qui était plus proche de mon prénom de naissance. J'ai choisi Jordan car c'était un de mes sportifs préféré. Et en plus ça plaisait à ma mère.

10) Est-il changé sur ta carte d'identité ?

Non. Je changerai mon prénom sur l'état civil quand j'aurais 18 ans.

11) Quel sentiment éprouves-tu à l'égard de ton ancien prénom ?

Je suis dans une phase où l'on m'appelle encore par mon prénom de naissance, par ma famille et à l'école. Sauf mes amis. C'est quelque chose dans lequel je ne me reconnais pas du tout. On m'appelle, je réponds, mais je me dis pas « c'est mon prénom ». Le fait qu'on ne m'appelle pas par mon vrai prénom me fait énormément de mal. On me refuse à moi-même. C'est un sentiment d'impuissance.

12) Comment ta famille a vécu ta transition ?

J'en ai parlé à ma mère et à ma grand-mère, parce que c'était les personnes dont j'étais le plus proche. Il faut savoir que mes parents sont divorcés et que je ne suis pas très proche de mon père. Je lui ai dit, il y a un an à peine, et c'était pas exactement une « super réaction ». Il a dit que je mentais, que je lui faisais honte ou que je le mettais dans l'embarras. Dans la famille de mon père, il n'y a que lui qui est au courant. Pour ma mère, je pensais qu'elle allait un peu mieux réagir que ça. Je lui ai dit : « Maman, je suis transgenre. Je préférerais un autre prénom, être appelé avec des prénoms masculins. » Elle ne comprenait pas au départ, elle a été dans le déni pendant un an. Ma mère a eu un AVC quand j'avais 9 ans. Elle a eu le bras gauche paralysé. Elle pouvait plus marcher à une époque. J'étais très fusionnel avec ma mère, c'était elle et moi contre le reste du monde à ce moment-là. Mon grand-père, lui, a mieux réagi même s'il pense toujours que c'est une phase. Il essaye d'ignorer et espère que ça passera. Maintenant j'ai une relation beaucoup moins conflictuelle avec ma transidentité qu'avant. Avant, c'était quelque chose qui me faisait juste souffrir et puis, aujourd'hui, j'ai commencé à trouver un certain équilibre. Le problème ne vient pas de moi, il vient des discriminations. Je me renseigne

beaucoup sur ce qu'est le genre et cela m'a beaucoup aidé d'avoir une approche théorique. Pourquoi les personnes transgenres sont des personnes transgenres, ça on n'a pas encore la réponse scientifiquement. Au départ ça m'a aidé, puis ensuite j'ai réalisé que « je suis comme ça, autant vivre comme je suis ». Je me vois pas vivre en tant que femme, parce que je n'en suis pas une. Je vais simplement vivre ma vie en tant que Jordan et voir où cela me mène.

13) Quel était le climat familial avant cette transition ?

Mes parents sont séparés depuis que j'ai 2 ans, ils n'ont jamais été mariés. Mon père n'a jamais eu de rôle dans ma vie. J'ai vécu en Algérie pendant 15 ans de ma vie et j'ai déménagé l'année de mon coming out. J'habite en France avec ma mère et mes grands parents. Mon père vit toujours en Algérie. Là-bas, il faut savoir que l'homosexualité est punie de mort. Je ne sais pas comment ils réagissent à la transidentité. Il valait mieux attendre un peu, avant de commencer les procédures. On a déménagé parce que je me faisais harceler au lycée. Ça a commencé depuis la maternelle. J'étais très mal dans ma peau, quasiment toute ma vie, et ça se sentait. C'était très facile de s'attaquer à moi parce que j'étais très gentille, j'étais une cible facile. C'est vraiment en arrivant en France, et en étant sûr que les gens étaient « safe » que j'ai commencé à en parler, essentiellement à des personnes LGBT.

14) Quel parcours de soin idéal aurais-tu souhaité ?

Je ne pense pas qu'il y ait de parcours de soin idéal. Les choses viennent comme elles viennent. Pour le moment, je me sens prêt pour commencer ma transition. Mais ça m'a pris du temps. C'est pas « genre », on découvre qu'on est trans et puis du jour au lendemain on va demander des hormones. C'est un parcours personnel.

15) Es-tu sous traitement hormonal actuellement ?

Pour le traitement hormonal, j'attends d'avoir 18 ans pour pouvoir le faire. J'ai hâte.

16) Que penses-tu du traitement hormonal de manière générale ?

Pour le traitement hormonal, je sais que c'est ce que je veux. Après forcément, il y a des choses qu'on ne contrôle pas. C'est comme la puberté, il y a des choses qui se

passent avec le corps qu'on ne contrôle pas. Comme je vais avoir « 2 pubertés », c'est assez anxiogène. C'est assez flippant sur certains côtés mais c'est ce que je veux. Je veux les changements qui viennent avec la testostérone. Je veux avoir une voix plus masculine. Je veux avoir des traits plus masculins. Je veux gagner en masse musculaire. Des choses dans le genre. Le gros cliché sur les personnes trans c'est qu'elles sont sûres dès le départ. Pas du tout ! C'est un long processus de se dire de passer par les hormones et les opérations. Moi, il y n'y a pas longtemps, je n'étais pas sûr de vouloir prendre des hormones et maintenant je suis certain. Pour moi il ne faut pas attendre d'avoir bien entamé la puberté. Les bloqueurs d'hormones je suis à 200% pour. Si une personne assez jeune ressent de la dysphorie, les bloqueurs d'hormones peuvent être une solution en attendant de se décider. A titre personnel j'aurais bien voulu les commencer plus tôt. Les bloqueurs d'hormones sont vraiment quelque chose que l'on devrait généraliser, pour ceux qui ressentent de la dysphorie. Pour les hormones, je pense que ça dépend de chaque personne et je ne pourrais pas donner un âge. Je pense qu'on devrait faire confiance aux personnes trans sur leur ressenti parce qu'elles sont les seules à savoir tout simplement. Les seules qui peuvent dire : moi, mon genre c'est ça !

17) Quel a été l'élément le plus bénéfique dans ton parcours de transition ?

Le fait d'apprendre à me dire que je suis trans, mais que je ne suis pas que ça. Je suis une personne à part entière. On ne va pas généraliser mais souvent, les personnages que l'on présente en étant trans dans les médias sont trans, et c'est tout. Ce n'est pas un trait de caractère, mais une façon d'exprimer son genre, d'être une fille ou un garçon ou aucun des 2. Le fait de me dire que je me suis intéressé au cinéma depuis 2 ans, et que je suis branché littérature. J'étais trans, oui, mais que j'étais aussi une personne à part entière, que j'aimais de choses, que j'avais des amis etc... Ça semble logique mais c'est énorme de pouvoir se dire ça.

18) Quelle a été la personne t'ayant le plus soutenu dans ce parcours de transition ?

Ce sont les personnes trans, les mecs trans que j'ai rencontrés en ligne. Par exemple, mon meilleur ami Rémy qui habite en Normandie, m'a soutenu

littéralement dans tout. A chaque fois que ça n'allait pas, que je me sentais pas assez légitime, il a toujours été là.

19) As-tu un projet de parentalité ?

Je sais que je voudrais avoir 1 ou 2 enfants plus tard. Je ne veux pas que ça soit biologique parce que je ne pourrai pas supporter la grossesse. Je pense plutôt à l'adoption, ou des choses dans le genre. Après, avec qui, ça on verra plus tard. Pour le moment, je sais que j'en veux mais je vais peut être changer d'avis dans quelques années. Mais je suis certain que je ne veux pas que ça soit moi qui porte le gosse. Ça ! Ça non ! J'avais lu un article sur un couple de personnes avec un garçon trans et un garçon cis qui avaient eu un enfant, qu'avait porté la personne trans. Et le bébé va très bien. Après c'est chacun ses choix.

20) Qu'aimerais-tu dans le futur pour améliorer le quotidien des personnes trans ?

Plus d'indulgence au niveau de l'administration. C'est vraiment le problème principal. Je pense qu'on devrait informer le personnel administratif ou les pharmacies. L'éducation, parler des personnes transgenres et des problèmes qu'elles peuvent rencontrer, et comment on peut rendre la chose plus confortable. A l'école, je pense qu'on pourrait parler des sujets LGBT. On en a marre de voir des gosses ne pas savoir ce que c'est que l'homosexualité. Si les parents ne font pas forcément leur boulot, si la personne se découvre trans ou homosexuel ou asexuée, c'est important qu'elle sache que ce n'est pas quelque chose d'anormal. Je pense qu'on devrait en parler différemment dans les médias car la « problématique transgenre » (c'est les mots de ma psy), j'ai l'impression qu'on en parle comme si c'était une espèce à part, un monde différent, avec des personnes excentriques sauf que la plupart du temps les personnes trans veulent juste vivre leur vie. Aller au boulot, avoir un boulot qui leur plaît, avoir un logement. C'est impensable pour moi que ça soit aussi compliqué de vivre pour des personnes qui ont juste décidé d'être elles-mêmes. Je pense que ça devrait se faire par les médias et l'école.

Entretien de Maxime, 21 ans et 9 mois, FtM

1) Quel est le terme que tu utilises pour désigner ce que tu ressens ?

(dysphorie de genre, transidentité, transgenre...)

Je suis une personne trans.

2) A partir de quand as-tu commencé à avoir ce sentiment ?

Je l'ai compris très tard... Mais il y a des gens qui le découvrent à 40 ans donc je l'ai compris assez tôt finalement ! J'avais 19 ans, il y a 2 ans et demi. Depuis longtemps, je savais bien qu'il y avait un truc qui clochait, ça n'allait pas et je comprenais pas d'où ça venait. J'étais hyper mal dans ma peau depuis le début de ma puberté jusqu'au déclic. Quand j'étais enfant, c'était pas trop problématique car tu te rends pas trop compte de qui est quoi, comment sont les corps, comment tu es vu dans la société etc... Je n'ai pas eu une éducation forcément très genrée, avec des barbies ou des paillettes. C'est plus tard avec la puberté que j'ai capté ce qui n'allait pas, mais je ne savais pas quoi. Il y a 10 ans, on n'avait pas de représentation à part des mecs travestis. C'est même pas des personnes trans. C'est juste des mecs qui s'habillent en meuf. C'était hyper loin de ce que je ressentais, et puis c'était dans le sens inverse de moi. Je ne comprenais pas, je me disais : « Vous êtes des mecs, vous avez trop de chance de l'être, pourquoi vous voulez devenir des meufs ?! ». Je n'avais pas d'exemple pour comprendre que ça pouvait venir de là. Je ne pensais pas que c'était possible. Quand on me posait la question (je ne sais pas si des gens « pas trans » se la posent) mais si tu pouvais renaître, est-ce que tu serais une fille ou un mec, c'était direct je voulais être un mec ! Quand je jouais c'était forcément les personnages masculins. Mais je comprenais pas, je savais pas que c'était ça. C'est en grandissant, avec les réseaux sociaux que j'ai commencé à avoir des figures LGBT et je me suis identifié à elles. Mais en même temps je ne comprenais pas pourquoi, parce que j'étais attiré par les mecs, donc je ne voyais pas ce que j'avais à voir avec les personnes LGBT, si j'étais hétérosexuel et que j'étais une meuf. C'est après que j'ai compris, pourquoi je me sentais attiré et à l'aise avec cette communauté-là. A 19 ans j'ai eu ce déclic de pourquoi. C'est en suivant sur les réseaux des personnes trans. Je voulais envoyer des messages mais je n'osais pas. Le déclic s'est fait un jour : je me baladais avec un pote en lui tenant la main et

j'avais un passing masculin (jean, sweat, basket) on s'est fait dévisager par un mec qui nous a insultés de PD. Et là je me suis dit « ouais et alors ?! ». J'étais trop fier ! (sourire). « Attends, si je suis fier de ça, peut-être qu'il y a un truc qui se cache derrière, et il faut vraiment que je contacte les personnes que je suis sur internet ». Et c'est ce que j'ai fait, le soir-même. Et le lendemain c'était sûr. Tout ce que je disais, les personnes avec qui je parlais s'y retrouvaient. Et c'est devenu totalement évident. J'ai commencé ma transition. Au début, c'est vachement galère car tu ne sais pas vers quoi tu te diriges, qui appeler, qui voir. Je suis allé voir une asso à Marseille. Ça fait du bien de rencontrer des gens qui sont comme toi, qui ont les mêmes problématiques et qui sont plus avancés. Un peu des modèles... Tu reprends un peu espoir. Au niveau médical c'est complexe. La plupart des médecins vont demander une attestation psychiatrique pour pouvoir faire une transition, pour prendre des hormones et pour faire des opérations. Même dans l'administration, cette attestation est demandée alors qu'ils n'ont pas le droit. Tout ce qui est modification de prénom, d'état civil, depuis 2016 c'est démedicalisé. Il n'y a plus à apporter de justificatif médical, juste des justificatifs comme quoi tu utilises bien cette identité au quotidien, que c'est pas une lubie qui t'a pris avant-hier. C'est vachement plus simple au niveau administratif, et encore ça dépend sur qui tu tombes. Au niveau médical c'était compliqué. J'ai eu le nom par l'association d'une psychiatre en libéral à Marseille, mais le rendez-vous s'est mal passé. On a parlé un quart d'heure. Elle m'a juste demandé les trucs assez basiques du style que font tes parents dans la vie, ma soeur, comment elle était, ce que que je faisais au quotidien. Ce n'est pas parti très loin.. A la fin de l'entretien, elle croise les jambes et me dit : « on va se revoir dans un mois, et on se reverra au moins 4-5 fois pour que je juge si vous êtes vraiment trans ou pas. » Mais je viens pas là pour un jugement en fait. Je viens juste là pour que t'attestes que j'ai pas d'autres pathologies, qui viennent interférer sur mon jugement. Mais la plupart des médecins et dans les administrations, on se fait juger, on est obligé d'étaler notre vie en détails. Rien que là, pour m'inscrire au BTS, j'ai pas juste à envoyer mon relevé de notes et ma carte d'identité, il faut que j'envoie un acte de naissance, faut que j'explique car forcément tous les papiers ne sont pas au même prénom.

3) A quelle personne en as-tu parlé pour la 1ère fois ?

Quelques mois avant le déclic, j'avais eu une discussion avec une amie où je lui disais que je me sentais pas femme, mais que je me sentais pas légitime de me dire que j'étais un homme. Parce que je m'y connaissais pas encore, je n'avais pas toutes les explications et les idées sur la transidentité. Quelques mois plus tard où j'ai eu le déclic, j'en ai parlé à une amie très proche, un peu comme une soeur avec qui j'ai grandi. Après avec les personnes concernées (trans), pour voir si c'était vrai, si je me retrouvais dans leur parcours, si on se ressemblait, si c'était bien ça. J'ai mis quelques semaines à en parler à mes parents. Les premières personnes à qui je l'ai dit sont ma tante et ma cousine. Ma tante, ça c'est très bien passé, même si elle était très inquiète. Des inquiétudes assez basiques du style : « J'espère que malgré ça tu trouveras quelqu'un avec qui tu pourras partager ta vie et qui t'aimera comme tu es, parce que ça risque d'être tellement compliqué ». Ma cousine, je lui en ai parlé parce qu'elle est lesbienne, mariée avec une femme. Je voulais savoir comment la famille avait réagi pour elle, pour avoir un aperçu sur ceux avec qui je serais moins en sécurité pour le dire, et ceux avec qui ça se passerait très bien.

4) A quel professionnel de santé en as-tu parlé en premier ?

Ce n'est pas les médecins qui m'en ont parlé, c'est moi qui allais voir les médecins avec mon histoire et mes demandes. En leur disant je suis comme ça j'ai besoin de ça. Est ce que vous acceptez de me suivre. J'avais vu une psychologue dans un CMP. Elle m'avait posé la question « vous êtes qui » au sens large. Je l'avais mentionné par écrit, mais j'ai tout dit sauf ça. Je devais avoir 17 ou 18 ans.

5) Es-tu suivi sur le plan médical actuellement ?

Je suis suivi par un psychologue à la MDA et par un endocrinologue en libéral.

6) Quelles sources d'informations as-tu consultées pour te renseigner à ce sujet (internet, réseaux sociaux) ?

Je vais pas mal sur les forums sur internet.

7) As-tu dans ton entourage amical ou familial une personne également concernée ?

Oui, j'ai des amis dans l'association.

8) Quand as-tu changé de prénom ?

Mon prénom est changé depuis 2020. J'ai eu le déclic début de l'année 2019, à ce moment ça se passait pas super bien avec mes parents, donc j'ai trouvé un taf et je suis parti de la maison. Le temps de tout réinstaller, le changement de prénom ce n'était pas le truc à faire dans l'immédiat. Je l'ai déposé (je crois) en juillet, et c'était totalement signé en septembre, c'est-à-dire que ça avait été accepté transféré, dans la mairie dans laquelle je suis né, et la mairie a changé mon état civil. Ça a mis entre 2 et 3 mois de A à Z.

9) Quel est l'origine de ton nouveau prénom ?

C'est hyper dur de choisir un prénom ! A moins d'avoir déjà un pseudonyme quand on est gamin, ou un prénom assez mixte. J'avais un autre prénom que je souhaitais prendre c'était Julien. Mais j'ai plusieurs personnes dans ma famille qui s'appelle Jules ou Julien. Julien c'est le prénom d'une personne de ma famille que j'aime beaucoup. Je l'avais en version féminisée en 3ème prénom de mon ancien prénom (Julie). Donc c'était pas forcément le meilleur prénom à prendre, mais à la base c'est celui-là que je voulais prendre. Ils étaient 10 à l'avoir autour de moi, donc je vais peut-être en trouver un autre ! Pour plusieurs raisons : déjà parce qu'il me plaisait, ensuite que quand j'étais jeune et que je jouais un mec à des jeux ou un personnage, c'était souvent celui-là que je prenais. A part : Un truc de mon enfance, adolescence, sur internet je me faisais toujours passé pour un mec. Sur internet on me voyait pas, c'était le moment où je pouvais être moi-même. Mais ça je l'ai compris 10 ans plus tard. Pour trouver un prénom, j'ai pris tous mes potes proches qui se connaissaient pas tous forcément, je les ai mis sur un groupe *Messenger* tous ensemble, je leur ai dit « il me faut un prénom ! » Donnez-moi des idées pour un prénom qui m'irait bien. J'avais une condition : c'est qu'on puisse faire un surnom avec parce que dans mon dead name c'était possible. Et je trouvais ça cool de pouvoir raccourcir un prénom. Il y a eu plusieurs prénoms qui sont sortis, je me rappelle pas de tous. Et du coup Maxime. L'avantage c'est que Max ça avait la

même sonorité que mon ancien prénom du coup je m'y retrouvais un petit peu. Ça rassurait un peu mon entourage. Max c'était le nom du chien des voisins et quand ils l'appelaient fort je croyais qu'ils m'appelaient moi. Je me reconnaissais déjà dedans alors que c'était pas vraiment ça... Cette anecdote est un peu bête mais je la trouve marrante... J'aurais pu masculiniser mon ancien prénom mais je le trouvais pas hyper beau au masculin et ensuite je voulais vraiment qu'il y ait une rupture avec ça. Je détestais ce prénom parce qu'il me renvoyait à la féminité même si je pouvais le modifier, j'en voulais vraiment plus. Même mon surnom qui est plus neutre, je ne voulais plus l'entendre. Changer de prénom, ça a été l'un des trucs compliqué à accepter pour plusieurs personnes de la famille, plus que les opérations ou le coming out.

10) Est-il changé sur ta carte d'identité ?

Oui.

11) Quel sentiment éprouves-tu à l'égard de ton ancien prénom ?

Je sais pas trop, j'essaye de ne pas trop y penser.

12) Comment ta famille a vécu ta transition ?

Ma mère a bien réagi sur le coup. C'est après que c'était un peu compliqué. Mon père a bien réagi mais parce qu'il n'avait pas compris... Pour lui c'était juste que je voulais vivre comme un mec, m'habiller avec des fringues masculines et voilà, ça s'arrêtait là. Il pensait pas qu'il y allait avoir les hormones, une opération éventuelle, un changement de prénom... Quand il a fini par comprendre, il m'a dit que si je voulais changer de prénom, fallait que je change de nom de famille aussi. En gros, il me reniait. Ma mère au début ça allait puis après, quand elle a fini par bien comprendre, qu'elle a commencé à digérer elle, elle ne voulait plus. Elle m'a totalement délégitimé. Ma soeur, qui a 4 ans de moins que moi, quand elle était enfant, elle était très casse coup, « garçon manqué. » Elle m'a dit que s'il y en avait un qui devait devenir un mec, c'était elle et pas moi. Elle, ça serait plus crédible mais moi ça ne l'était pas. Du coup, tout ça a fait que je suis parti de chez eux. J'avais réussi à trouver un boulot quelques semaines avant, et j'avais pu prendre un appartement. Ils étaient quand même un minimum derrière moi, puisque c'est ma

mère qui s'est portée garante. Il m'ont pas foutu dehors non plus. Mais on était tous d'accord pour dire qu'il fallait que je m'en aille, et qu'on pouvait pas continuer ensemble à la maison. Et de là, ça a commencé à s'arranger. De revenir les uns vers les autres, de discuter, de laisser le temps que ça se tasse et que ça se digère. Petit à petit, ça s'est arrangé. Au bout d'un an, ma mère avait totalement accepté et ça se passait très bien. Mon père, ça fait 6 mois, c'est bon c'est accepté. Je dirais qu'il est déçu, mais pas déçu de moi, il s'y attendait pas, il voulait pas forcément ça comme ça. Il avait toujours voulu une fille, il voulait absolument une fille. Je vois qu'il y a des moments, il aimerait que ça soit différent. Mais à côté de ça, c'est un amour avec moi. Et ça va super bien et on s'entend à nouveau très bien. Pour ma soeur, elle m'a dit « ça tombe bien, j'avais toujours rêvé d'avoir un grand frère ». Avec les plus jeunes, c'est plus facile. Avec les enfants, c'est avec eux dans la famille ou j'ai eu le plus de facilités. C'est d'eux qu'est venu le plus de soutien, mais directement envers moi. Par exemple, une de mes cousines qui fait 7 ans à cet époque-là, qui organisait des concours avec ses frères et ses parents, où à chaque fois qu'on me mentionnait, si jamais ils disaient elle ou mon dead name, ils perdaient un point et au bout de 10 points perdus, le perdant faisait la vaisselle.

13) Quel était le climat familial avant cette transition ?

Avant la transition, il était très compliqué. Avec mon père, c'était très compliqué. De mes 10 ans à 18 ans j'étais en dépression et c'était pas reconnu. J'ai jamais été voir de psychologue avant mes 17 ans. Mes parents m'ont proposé plusieurs fois mais j'ai toujours refusé par esprit de contradiction. Et parce qu'il y avait cet effet psychologue égal « malade », je voulais pas être associé à ça. Avec du recul et ayant vu plusieurs psychologues, je me dis que j'aurais vraiment dû y aller et qu'ils auraient dû insister et m'y mettre vraiment. L'avantage c'est qu'ils n'ont pas fait la même erreur avec ma soeur. A moi, ils l'ont pas fait. C'est vrai que ça aurait pu arranger les choses. Mais c'est fait c'est fait ! Tant pis. C'est pas grave. Toute mon adolescence a été très compliquée avec eux. Mon père était sous médoc, sous morphine, à très haute dose, il pouvait plus travailler ou conduire. Il a eu un accident quand il était plus jeune, il ne pouvait plus se servir de son pied. Il boitait énormément et il avait très mal. Il ne pouvait quasiment pas marcher. Chaque année, on augmentait les doses de morphine et il est arrivé à des doses trop hautes,

il pouvait pas faire plus, du coup il est allé voir un chirurgien et il lui a dit « vous me le coupez parce que j'en ai marre ! » Comme c'est lui qui a pris la décision de faire une amputation, il est allé voir un psychiatre. Il a attesté que, oui il allait mal, et que c'était légitime. Et depuis qu'il s'est fait amputer, il a plus de médoc, tout va très bien, tout se passe bien donc c'était la bonne solution ! A cette époque-là, quand j'avais 15 ans, en pleine crise d'ado, en pleine dépression pas reconnue, j'étais très explosif au niveau émotionnel, au niveau tristesse ou colère et avec mes parents, ça se passait vraiment très très mal. D'autres événements s'étaient passés avec ma mère plus jeune avec sa soeur. Pour faire court, j'ai eu des problèmes avec sa soeur qui se sont répercutés dans la relation avec ma mère. Ma tante m'a retourné contre elle. Tout mon adolescence j'ai détesté ma mère, car sa soeur m'avait manipulé. Avec mon père, ça se passait très très mal car il était sous médocs, et pas du tout présent mentalement, et que moi dans ma tête ça n'allait pas du tout. C'était assez explosif mon adolescence ! Et pas très agréable... L'année avant ma transition, mon déclic, ça a commencé à s'arranger. Ma mère avait un peu laissé tomber en fait. On se parlait plus beaucoup. Mon père avait eu un autre accident avant l'amputation, qui fait qu'il était pas forcément en état, et je l'ai pas mal aidé à cette période-là. Ça nous a un peu rapprochés aussi. Les 6 mois avant c'était plus calme, je ne dirais pas que ça allait bien mais c'était plus calme. Quand j'ai fait mon coming out ça a réexplosé. Et au bout de quelques mois, ça s'est arrangé, quand je me suis calmé de mon côté aussi, puisque ça allait mieux dans ma vie. Je commençais à être reconnu en tant qu'homme, du coup c'était plus facile socialement. Je commençais à avoir des rendez vous pour les chirurgiens, les endocrinologues, les psys, ça avançait, ça évoluait, donc ça a commencé à aller mieux, du coup avec eux, ça s'est répercuté et ça allait bien aussi. Mon père est en invalidité, à la base il était mécanicien et berger. Il est très asocial, donc il est très bien enfermé chez lui. Ça va super bien au niveau relationnel avec lui. Avec ma mère, c'est une des raisons pour laquelle je viens voir un psychologue. Il y a des grosses blessures et des gros problèmes, qui sont pas réglés entre 5 et 15 ans. En apparence et un peu en profondeur ça va. Ma transition m'a pris beaucoup d'énergie mentale et physique. Heureusement que j'avais trouvé un boulot avant, et que j'étais stable dans mon taf, ça m'a permis d'avoir de l'argent, du temps, c'était facile de demander 3 jours pour

partir sur Paris, de décaler des heures. Maintenant que ma transition est finie, j'aimerais bien faire quelque chose qui me plaît au niveau professionnel.

14) Quel parcours de soin idéal aurais-tu souhaité ?

Celui-là, celui que j'ai fait, mais avec plus de soutien et de facilité. Je me suis retrouvé balancé dans un monde que je connaissais pas du tout. Surtout à 19 ans, déjà aller chez le dentiste tout seul, c'est déjà un gros truc, alors là me retrouver à faire une transition et à gérer un milliard de trucs, en même temps c'était énorme ! Heureusement, j'avais les assos, mêmes si elles étaient loin, elle pouvaient un peu superviser. Mais ça aurait pu être plus accompagné. Mais à la fois ça m'a appris plein de trucs, et maintenant je me débrouille plutôt pas mal dans plein de choses, bien mieux que bien d'autres amis, qui ont le même âge que moi. J'aurais bien aimé que ça soit plus encadré, et à la fois j'aurais pu être plus encadré avec la SOFECT, mais c'était trop encadré. Parce qu'il fallait passer par leur médecins, leur protocole avec leur durée, et avec des commissions pour te juger. Beaucoup de jugement, et il y en a déjà beaucoup dans la vie de tous les jours. C'est vrai qu'en avoir encore plus, dans un truc qui est vital mentalement, c'est compliqué. C'est ça aussi qui est angoissant, c'est quand j'allais voir les psys. Encore les médecins, par exemple les endocrinologues ou chirurgiens, c'était pas pareil. Parce que j'allais les voir pour leur demander un traitement, s'ils refusaient, ben c'est pas grave, il y'en avait d'autres. Un psy c'est la personne que tu vas voir pour te confier et pour lui demander un accord. Tu te retrouves à avoir ta vie entre ses mains. Quand tu es dans un état où c'est vital de faire une transition, c'est le cas en fait. Tu es en train de mettre ton futur, si la personne va bien vouloir attester que t'es pas fou. Déjà ça, c'est une grosse épreuve le psy. Mais alors, en plus, avec la SOFECT qui met 3 psys à la fois, et qui dit que les médecins auront aussi leur mot à dire. J'ai pas envie d'être jugé, je suis juste mal dans ma peau et j'aimerais aller mieux ; je sais comment faire, vous savez comment faire, alors pourquoi vous me mettez autant de bâtons dans les roues ? Le truc si tu vas dans le privé, c'est cher donc faut avoir les sous. A ce moment, je travaillais, donc je les avais, heureusement. Je trouve ça dommage et déprimant pour ceux qui les ont pas. Moins de jugement, c'est les discriminations du quotidien, que ça soit gay, racisé, handicapé... Dès que tu es un peu différent tu seras jugé. Je sais qu'il y a plusieurs médecins, que j'ai vus séparément, qui

commencent à se mettre ensemble. La validation par les psychiatres, je peux comprendre, c'est une assurance pour les médecins, c'est une assurance pour la sécu. Mon père a eu une grosse opération et il a dû voir un psychologue, qui a attesté que effectivement, il n'y avait rien, qu'il était en totale confiance de sa décision. Ça doit être pareil pour les personnes trans, mais pas 2 ans de suivis psy. Pas de délais imposés, en tout cas, pas si long. Moins d'infantilisation, je pense que c'est beaucoup dans le milieu médical psychologique. C'est ce que j'ai ressenti comme personne trans. La SOFECT, ils sont trop dans l'extrême, dans le jugement, trop à vouloir gérer eux-mêmes sans forcément prendre en compte la vie des personnes. Souvent les professionnels qui sont décrets spécialistes de la transidentité, alors qu'ils sont pas concernés, quand on leur parle de transidentité au quotidien, on se rend compte qu'il y a énormément de lacunes. J'ai des témoignages de femmes trans, avec des psychiatres avec la SOFECT à Marseille, qui lui ont demandé de faire des expériences de vie réelle, alors qu'elle avait pas du tout un passing féminin. Elle est encore bien baraquée, la voix bien grave. Ils lui ont dit « tu mets une robe et des talons et tu vas te balader à l'avenue 83. » ; « T'es mignonne mais si tu ne veux pas te montrer en meuf, comment on va savoir que c'est vrai. » Je te laisse imaginer, avec un physique de mec, se pointer, habillé en meuf, déjà le regard c'est dur, ensuite c'est dangereux. J'ai l'avantage d'être un mec trans : même si je passe pour une meuf, au pire je passe pour une meuf masculine ou une lesbienne, une fille avec un jogging et un sweat. Ça choque pas, j'ai pas de remarques dans la rue, j'ai pas de problèmes. Alors qu'une meuf trans qui va avoir, du coup un corps de mec, et des habits féminins, là elle va avoir des problèmes. Dans la rue j'ai jamais eu de problèmes.

15) Es-tu sous traitement hormonal actuellement ?

Oui, je suis hormoné depuis 2 ans.

16) Que penses-tu du traitement hormonal de manière générale ?

Je pense qu'autoriser et laisser les personnes qui vont faire leur puberté, de leur permettre d'avoir des bloqueurs d'hormones, je trouve ça essentiel. C'est vrai qu'à 12 ans, c'est compliqué de savoir où on en est, ce qu'on veut. Il y a certaines personnes qui disent qu'elles sont trans, alors qu'elles commencent à parler, dans

ces cas-là, effectivement... Mais quand on a 12 ans, et qu'on commence à le dire, si on le dit, c'est qu'il y a quelque chose derrière. Peut-être que c'est pas ça, qu'il y a d'autres choses, peut-être qu'en grandissant tu t'aperçois qu'en fait non. Au pire, c'est pas grave si ta puberté tu la fais à 22/23 ans, qu'est-ce qu'on s'en fiche !? Il y aura eu des conséquences, mais peut-être plus faciles à vivre que si tu devais faire une puberté dans un sens, et que tu te retrouves obligé de refaire une puberté dans un deuxième sens après. Je l'aurais exprimé à 11/12 ans et j'aurais eu accès à des bloqueurs de puberté à cet âge-là, j'aurais pas eu de poitrine qui aurait poussé, j'aurais pas à faire une mastectomie, j'aurais pris la testostérone, ça aurait pu être le bon moment. Ça aurait pu être beaucoup plus facile. Je pense qu'il y a beaucoup plus à gagner qu'à y perdre, avec les bloqueurs d'hormones. Je pense que c'est hyper important que les enfants trans aient accès à ça. J'ai vécu ma puberté comme quelque chose de logique, que ça devait arriver, d'hyper dur et d'horrible. La première fois où j'ai eu mes règles, c'était la fin du monde. Ma vie elle était finie, foutue. Inconsciemment ça renvoyait à tellement de choses précises. Et avec le « ça y est tu deviens une femme. » Si depuis ses 2 ans l'enfant est certain de le dire et que ça fait 10 ans qu'il le dit, non, stop. Oui, il n'y a pas de raison que ça soit pas le cas. Sachant que les enfants intersexes, on leur impose sans leur demander leur avis, pourquoi ne pas le faire sur des personnes trans qui le demandent ? En tant qu'adulte, dès le moment où tu en exprimes le besoin. Je peux comprendre qu'il y ait ce côté : quelques mois de réflexion, de se poser, de discuter avec des gens concernés, de rencontrer les structures. Mais entre, temps de réflexion et délai d'attente de 2 ans, il y a une grosse différence.

17) Quel a été l'élément le plus bénéfique dans ton parcours de transition ?

Il y en a eu plein. Surtout après des années de dépression, le moindre petit détail positif, il fait juste tellement de bien. Des fois, c'est insignifiant, des fois c'est énorme. J'avais acheté un Binder d'occasion, le fait de se voir plat, de plus avoir des trucs qui dépassent. Ça c'était trop bien ! La première fois où l'on a accepté de m'appeler Maxime, les premières fois qu'on disait bien, Monsieur. Les premières fois où, au boulot, les clients disaient, Monsieur pour me parler. Tout ça, c'était des victoires énormes ! Et j'étais trop content et trop bien pendant trois jours. Quand j'ai le

rendez-vous avec le chirurgien et que cela s'est bien passé, et quand on a posé une date d'opération. Après l'opération, même si c'était plus dur que ce que je pensais. Je m'étais jamais fait opérer et je voyais ça tellement comme une délivrance, que j'y suis allé vraiment sans me poser de questions. Après les 2 anesthésies et l'opération, que c'était finalement un peu lourd une opération ! Mais j'étais tellement heureux que ça soit fait. Quand j'ai commencé les hormones aussi. Quand tu vois les premiers effets des hormones. Tu te rends compte que tu prends du muscle, que les choses sont moins lourdes, les poils qui poussent. C'est plein de détails. Chaque petit truc qui va dans ton sens. Tu te dis que c'est réel, ça va finir par arriver et c'est là.

18) Quelle a été la personne t'ayant le plus soutenu dans ce parcours de transition ?

J'ai eu la chance d'être très bien entouré au niveau familial, amical, même au niveau du boulot. Tous étaient présents. J'ai perdu personne dans mon entourage, ça franchement, c'est rare et c'est bien. Au début ça se passait mal avec mes parents, parce qu'on était pas mal dans le conflit, et parce que moi j'avais trouvé, et je voulais que ça avance, que ça bouge, forcément, ils avaient peur. Le fait de voir un professionnel de santé qui leur a dit, c'est normal, tout va bien. Ça s'est calmé avec mes parents. Ils ont été très présents. Ma mère est restée une semaine avec moi sur Paris pour me soutenir (pendant l'opération). Même encore maintenant, ça met du temps, j'ai pas mal de personnes de ma famille qui me mégenrent encore, qui m'appellent encore par mon dead name, mais faut que ça fasse son chemin dans leur esprit, ça viendra petit à petit. Au niveau social j'ai pas à me plaindre, ça se passe vraiment bien. Personne soutenue. Ça dépendait des périodes. J'ai une amie qui a été très présente à chaque entretien médical, peu importe l'endroit. Au niveau post opératoire, j'avais une amie qui était présente, qui était venu vivre avec moi. J'ai eu du soutien énormément de sa part. Ma famille, ma mère surtout, qui est pas mal présente au niveau administratif, quand je connais pas, pour m'apprendre et m'expliquer comment ça marche.

19) As-tu un projet de parentalité ?

Depuis que je suis jeune je sais que je ne veux pas porter d'enfant. Je ne savais pas pourquoi, maintenant je sais. Enfant, je me disais « si je suis stérile c'est pas grave, je pourrais toujours adopter. » J'avais pris rendez vous pour faire une hystérectomie, parce qu'avec la testostérone, l'utérus se contracte et ça fait mal. Mais ça s'est calmé au bout de 6 mois. Je me dis que pour l'instant tant que mes règles ne reviennent pas et que je n'ai pas mal, ce n'est pas nécessaire de m'infliger une opération. Je le ferais peut être plus tard. Mais je le vois pas comme une transition, je le vois plus comme une particularité. Je m'étais renseigné pour la conservation de gamètes, c'est compliqué. Avec les lois qui viennent de passer sur la PMA, pour les personnes trans ça a été refusé. Il y a un moyen de passer entre les mailles du filet en fonction de son changement d'état civil. Si je suis avec un mec et que je ne veux pas porter d'enfant donc ça serait pour faire appel à une mère porteuse. En France c'est pas autorisé, et vu qu'on est loin d'avoir les PMA pour tous et toutes. La GPA, ça va prendre plusieurs dizaines d'années. Et à l'étranger ça coûte extrêmement cher et c'est pas forcément bien encadré. Je suis toujours sur l'idée d'adopter, parce que j'ai pas d'autres solutions. J'ai pensé plusieurs fois à peut-être porter un enfant quand même, même si l'idée me fait paniquer, ça m'angoisse... Si cela durait une semaine, enfermé chez moi, pourquoi pas, mais 9 mois ce n'est pas pareil. Ça serait vraiment compliqué, mais à la fois je veux vraiment des enfants, et si j'ai aucune solution pour y arriver, peut-être que prendre 9 mois sur moi, peut-être que ce serait possible. J'espère que ça sera possible d'adopter ! La parentalité c'est compliqué, c'est un des trucs auquel tu penses quand tu es une personne trans, ou quand tu es gay ou lesbienne. Parce que même si tu veux pas forcément des enfants, tu sais que ça sera plus compliqué pour toi et tu cherches à savoir comment ça pourra se passer, et quel droit tu as. Il faut anticiper. Ça fait partie des trucs un peu frustrants quand à 20 ans tu cherches comment tu feras pour avoir des enfants, dans 10 ans, et pour pas faire d'erreur pour plus tard (comme l'hystérectomie). Je voulais pas garder mon utérus, mais je voulais quand même garder mes ovaires. Je me disais que ça pourrait être une sécurité 10 ans plus tard. Pour le changement d'état civil, si je suis avec un mec qui a un M sur sa carte d'identité et que moi aussi, peut-être que ça sera plus problématique que si c'était un F et un M. Si je suis avec une femme peut-être que ça sera plus problématique, parce qu'on aura 2 F. Se dire : ok je

voudrais des enfants dans 10 ans, et là il faut pas que je fasse d'erreurs. C'est effrayant en fait ! On verra !

20) Qu'aimerais-tu dans le futur pour améliorer le quotidien des personnes trans ?

Que ça soit reconnu par les gens. Que ça soit plus normalisé comme l'homosexualité. Ça s'est au niveau de la société. C'est à nous de faire changer les choses avec nos actions, avec les assos. J'ai l'impression qu'en 2/3 ans ça a déjà pas mal évolué. Ou alors c'est parce que je me retrouve dans ces milieux-là. Au niveau médical, de ne nous faire confiance et d'accepter nos choix et nos demandes. Mais ce n'est pas qu'au niveau transidentité, ça se retrouve dans le combat pour l'IVG, le combat des femmes qui veulent se faire ligaturer les trompes, les hommes qui veulent faire des vasectomies alors qu'ils ont 20 ou 30 ans. On ne leur laisse pas le choix pour le corps. C'est des combats qui se rejoignent et ce n'est pas que la transidentité qui est touchée. D'être plus écouté, moins infantilisé, de pouvoir exprimer nos choix et qu'ils soient acceptés. Et qu'on arrête avec les « mais non, tu vas voir ça va changer. » Si ça fait 10 ans que c'est ça, je vois pas pourquoi la semaine prochaine ça changerait. Et puis si ça change, ben tant pis. Ça sera ma faute, ou cela aura été une expérience. Là depuis quelques années, c'est comme ça que je suis bien, et que j'ai besoin d'être. Ça serait long de passer 50 ans à se dire que ça va changer, et que ça change jamais. Il y a moins de personnes qui font des retours en arrière. Mais forcément il y en a. Mais tu ne peux pas l'anticiper non plus, ni toi, ni en tant que professionnel de santé.

Entretien de Charly, 21 ans et 5 mois, MtF

1) Quel est le terme que tu utilises pour désigner ce que tu ressens ?

(dysphorie de genre, transidentité, transgenre...)

Transgenre, trans.

2) A partir de quand as-tu commencé à avoir ce sentiment ?

Au début, je pensais juste être homosexuel. Quand j'étais au collège, j'étais très attiré par les garçons. Comme tout le monde me catégorisait en tant qu'homosexuel, je pensais que je l'étais. Je me croyais homosexuel. Depuis toute petite, j'étais très attirée par la féminité, je mettais déjà du maquillage et j'ai toujours rêvé d'avoir les cheveux longs. On me laissait pas les cheveux longs quand j'étais petite. On me coupait les cheveux toujours ! C'est venu comme ça en fait. Depuis toute petite, j'ai toujours été entouré quasiment que de femmes. Il y a vraiment une minorité d'hommes dans ma famille. Vers l'âge de 15 ans et demi, j'ai réalisé qu'il y avait quelque chose qui n'allait vraiment pas, que malgré le fait de m'être affirmé en tant qu'homosexuel, cela ne suffisait pas. Du coup, j'ai fait un coming out à ma mère pour lui annoncer que j'étais bisexuel. C'était un peu pour alléger les choses. Je n'allais pas dire à ma mère que j'étais homosexuel parce que dire qu'on est bisexuel, ça allège un peu. Je lui ai annoncé ça quand j'avais 16 ans. Ça ne s'est pas très très bien passé. Nos parents ont dans l'idéal qu'ils mettent au monde un enfant cisgenre et hétérosexuel. Ce sont des normes qui sont assez générales. Le fait que son enfant annonce qu'il ne fait pas partie de cette catégorie de personnes « normales », elle s'est peut-être dit que j'allais avoir des problèmes dans ma vie. Ça avait créé des tensions. Je sais pas pourquoi mais le fait que je lui annonce que je veuille changer de genre, que je me sentais pas bien en tant que garçon, elle l'a mieux pris. Mes 2 coming out se sont suivis. Tous ces bouleversements se sont passés en 2016 : c'est l'année où je me suis complètement remise en question. C'est à la fin de l'année de seconde que j'ai commencé ma transition, tout s'est fait d'un coup. Honnêtement, je n'ai pas eu de soucis particuliers au lycée. Bien sûr, j'entendais des petites réflexions du type « c'est un garçon ou une fille ? ». Les gens étaient un peu intrigués, ils ne savaient pas comment me parler ou comment me genrer. Maintenant je n'entends plus ce genre de réflexion.

3) A quelle personne en as-tu parlé pour la 1ère fois ?

J'en ai parlé à une amie. Je lui avais dit que j'avais envie qu'on sorte toutes les 2, comme d'habitude, mais que cette fois-ci, j'avais envie de sortir avec du rouge à lèvres et du vernis. Pour moi, c'était un grand pas, parce que j'avais encore un look assez androgyne. Je n'avais rien qui affirmait vraiment ma féminité. Mes vêtements ne me mettaient pas vraiment en valeur. J'étais vraiment très androgyne. Et puis, j'ai fait ce que j'ai dit, je suis sortie avec du rouge à lèvres et du vernis. On avait de la famille ce jour-là à la maison, en plus de cette copine, qui était comme un membre de la famille. J'ai caché mes doigts. Je pense que ça s'est quand même vu, ils ne sont pas bêtes. Mais on commençait vraiment à me foutre la paix. Je pense qu'ils se sont dits que cela ne servait à rien de me restreindre, parce que ça allait créer plus de frustration qu'autre chose. Ils m'ont laissé tout simplement faire. Je suis sorti comme ça avec mon amie et puis voilà ! Tout s'est fait d'un coup, j'ai pas réfléchi quand j'ai fait ma transition. Il y a beaucoup de personnes trans qui hésitent à porter certains vêtements, à affirmer leur féminité d'une quelconque manière, que ce soit par la manière de parler, la gestuelle, les vêtements ; mais moi, honnêtement, tout est allé très vite. Je me suis pas posé trop de questions. Ma transition n'est pas encore terminée. Je parle pas que de physique, je parle aussi de parcours de vie, de maturité, de recul.

4) A quel professionnel de santé en as-tu parlé en premier ?

A l'hôpital avec l'infirmière du CMP. Je savais que j'étais transgenre et je voulais commencer un traitement hormonal. C'est mon médecin généraliste qui me l'a conseillé. C'est ma mère qui a commencé à en parler à mon médecin généraliste. Pour obtenir des hormones, il fallait voir un psychiatre.

5) Es-tu suivi sur le plan médical actuellement ?

Je le vois un endocrinologue en libéral tous les 6 mois. Je n'ai pas de suivi psychologique.

6) Quelles sources d'informations as-tu consultées pour te renseigner à ce sujet (internet, réseaux sociaux) ?

Quand j'ai commencé ma transition, je ne savais pas ce que c'était une personne trans. J'ai cherché sur internet. Je connaissais personne qui était dans le même cas de figure que moi. Je ne connaissais pas de célébrités. J'avais l'impression d'être toute seule avec mes problèmes. Je ne savais pas qu'on pouvait prendre des hormones et qu'on pouvait se faire opérer. J'étais vraiment ignorante. J'avais fait un malaise en regardant une vidéo YouTube de réassignation sexuelle. Je me suis dit « je vais devoir faire ça moi ! » Je suis très sensible à la vue du sang. Au final je n'ai pas envie de subir de quelconque chirurgie. Une fois que j'avais bien commencé ma transition, c'est là qu'on parlait de plus en plus de transidentité à la télé et dans les médias. J'aurais bien aimé qu'on en parle plus tôt ! J'ai dû le découvrir par moi-même. Dans les médias on en parle de plus en plus. Je trouve ça quand même assez prometteur.

7) As-tu dans ton entourage amical ou familial une personne également concernée ?

Je connais une fille transgenre, que j'ai rencontrée à Marseille pour un concours de top model. On a suivi les mêmes démarches, les mêmes contraintes.

8) Quand as-tu changé de prénom ?

(Pas de changement de prénom car prénom épïcène).

C'est Charly et ça le restera. J'ai déjà pensé à changer pour Vanessa, mais Vanessa j'aimerais plutôt que ça soit un prénom secondaire. Peut-être pour garder un certain anonymat sur le net, une certaine sécurité.

9) Quel est l'origine de ton nouveau prénom ?

(Pas de changement de prénom car prénom épïcène).

10) Est-il changé sur ta carte d'identité ?

(Pas de changement de prénom car prénom épïcène).

11) Quel sentiment éprouve-tu à l'égard de ton ancien prénom ?

(Pas de changement de prénom car prénom épicène).

12) Comment ta famille a vécu ta transition ?

Mes parents se sont séparés en 2016, année où j'ai commencé ma transition. Ils se sont séparés juste avant que je commence ma transition. Pour moi, cette séparation a été l'occasion de me dire que j'allais pouvoir passer à quelque chose de nouveau, que j'allais peut-être pouvoir essayer de commencer ma transition et vivre selon mes envies. En même temps, je ne voyais plus vraiment mon père. Il est quand même assez fermé d'esprit. Je suis allé le revoir une fois en 2019 avec ma mère, parce qu'il a développé un cancer. Je ne l'avais pas revu depuis au moins 2 ans. Je suis allé le voir en tant que fille, je ne me suis pas caché. Ça lui a fait un peu un choc, car j'étais plus le garçon qu'il avait connu en 2016. Ça c'était très bien passé ce jour-là malgré le fait que j'y étais allé en tant que femme, mais après, tout s'est fait par derrière. J'ai entendu des bruits de couloirs comme quoi il aurait dit ceci ou cela par rapport à ma transition. Il avait honte. Ça engendrait beaucoup de moqueries. Il disait que tout le monde se moque de lui à cause de ça. J'ai appris que sa nouvelle copine parlait beaucoup sur moi, alors qu'elle ne me connaît pas. Moi, ça me fait plus rire qu'autre chose, de me dire qu'il y a des gens que je ne connais pas, et qui parlent de moi à tout va. Ça me fait plus de la visibilité qu'autre chose. Je n'ai plus revu mon père depuis 2018. Apparemment il va mieux, j'ai des nouvelles par ma mère ou par une de mes soeurs qui continue à le voir. Malgré son cancer, il n'a pas arrêté son addiction à l'alcool. Je me rends compte, c'est peut-être égoïste de dire ça ou impopulaire, que j'ai toujours grandi sans mon père. J'ai toujours appris à me débrouiller par moi-même, avec l'aide de ma mère aussi. Je n'ai jamais pu vraiment compter sur la présence de mon père, ni sur son soutien. Je m'y suis fait depuis toute jeune. Ma transition n'a rien changé. Le fait qu'il n'accepte pas que je puisse opérer une transition, ne change rien pour moi. Et ne plus avoir de contact avec lui, je me dis juste « c'est dommage mais c'est tout ». Mais, je considère que ma transition n'est pas terminée. Je voulais faire la pomme d'Adam, la poitrine et même faire une féminisation faciale, mais mon copain m'a stoppée net ! Il n'est pas trop pour les opérations. Mon copain est là pour jouer le rôle du père que je n'ai pas eu.

Même si je considère pas chercher de petit copain pour remplir ce rôle-là. Il a quand même un rôle protecteur.

13) Quel était le climat familial avant cette transition ?

Très tendu. Ça n'allait vraiment plus dans leur relation, dans leur couple. Ça avait un impact sur toute la famille. L'ambiance était toujours très tendue. Plus de communication, plus de convivialité, plus de partage. J'ai un grand frère et deux grandes soeurs. Mon grand frère, je ne le vois plus depuis que j'ai 7 ans, il a quitté le foyer et il est parti je ne sais où. Les seules nouvelles qu'ont avait, c'était par ses petites copines. Avec mes 2 grandes soeurs ça s'est toujours bien passé. C'est pour ça que je dis, que j'ai vraiment été entourée que de femmes dans ma vie jusque là. Hormis mon copain bien sûr.

14) Quel parcours de soin idéal aurais-tu souhaité ?

Le plus compliqué, ce sont les démarches et le manque d'information pour le changement d'état civil ou les opérations. Les délais pour les opérations sont extrêmement longs. Il y a très peu de centres qui prennent en considération les opérations (par exemple pour la poitrine). Pour moi, pour faire simplement une augmentation mammaire, j'ai dû consulter pendant 2 ans, rencontrer toute une équipe de spécialistes et puis opérer des démarches administratives, qui mettent une éternité à aboutir, et qui parfois sont refusés par les mutuelles et les organismes financiers. La Conception est un centre qui prend en charge la dysphorie de genre ; il y a très peu d'organismes qui le font. Dans la région il n'y a que l'équipe de Marseille. J'avais envie de faire la pomme d'Adam, de faire la poitrine, mais au final, je ne pense pas spécialement en avoir besoin. Est-ce que nous, les personnes transgenres, on a vraiment besoin d'hormones, a-t-on vraiment besoin d'opérations chirurgicales ? On nous fait comprendre qu'on a besoin de certaines choses pour être heureux. Mais ces choses peuvent être tellement futiles. Je pense qu'il ne faut pas s'y perdre. J'ai commencé à me perdre à partir du moment où j'ai commencé à prendre des traitements lourds, à vouloir me faire opérer de certaines choses, à réaliser ce qu'on attendait de moi. Après si certaines personnes en ont vraiment besoin, qu'elles le fassent tout simplement. Si c'est un complexe, ou que ça les gêne dans la vie de tous les jours, je dis pas le contraire. Je pense ne pas avoir besoin de

tout ça, et j'ai pas envie que certaines personnes me disent « tu devrais faire ci ou ça. »

15) Es-tu sous traitement hormonal actuellement ?

Je suis sous hormones depuis avril 2018, cela fait 3 ans. Au début on m'a prescrit de l'Androcur, bloqueur de testostérone avec mes 3 pressions par jour d'Oestrodose, les oestrogenes en gel. J'ai pas du tout supporté l'Androcur : dépression, fatigue, plus de libido, c'était pas possible. J'en ai pris pendant presque un an (8mois). La dose était beaucoup trop forte. J'ai arrêté par moi-même. Après j'en ai parlé à mon endocrinologue. Du coup, il m'a prescrit du Decapeptyl, une injection tous les 28 jours pour bloquer la testostérone une fois de plus. J'ai beaucoup mieux supporté le traitement, mais je n'arrive pas à être assez organisée et régulière pour prévoir l'injection. C'est assez contraignant. J'ai du mal à être régulière avec ce traitement. J'ai fait le yoyo avec mon corps. Ça joue sur le stockage de graisse.

16) Que penses-tu du traitement hormonal de manière générale ?

Les hormones ce n'est pas un jeu. Il y a des enjeux derrière. La santé, les émotions, c'est un médicament qui est quand même assez lourd parce qu'on doit le prendre tous les jours durant toute notre vie. Après, on est libre de l'arrêter à tout moment mais ça ne se fait pas comme ça, il y a des effets. La poitrine que j'ai obtenue, même si j'arrête les hormones, elle va rester. Il y a des effets qui sont irréversibles. On n'a pas forcément besoin d'hormones : si une personne trans veut entamer une transition sans hormones, libre à elle de le faire. Moi, j'envisage peut être même d'arrêter. J'ai des craintes par rapport à ma santé. On ne connaît pas spécialement les effets de ces traitements. On sait que ça peut causer certains problèmes, surtout si on fume. J'ai toujours été un peu réticente à l'idée de prendre des traitements sur le long terme. Ça va faire trois ans que je suis sous traitement hormonal et je considère que ce n'est pas forcément ce dont j'ai besoin. Ça ne résout pas les problèmes d'identité de genre. Ce n'est pas ça qui va aider quiconque à se trouver. Les hormones ne m'ont pas aidée à me forger ma personnalité, ils ne m'ont pas aidée à me forger mon style, à savoir ce que j'aime vraiment dans la vie, ce que j'aime faire et ce que je n'aime pas faire. On n'a pas forcément tous et toutes besoin de prendre de traitement hormonaux. Je pense que c'est vraiment à réfléchir, avant

qu'une personne trans veuille prendre des traitements hormonaux, je pense que ça demande beaucoup de réflexion. Et parfois même accepter le fait de ne pas avoir besoin d'hormones. On m'a toujours dit que plus on prend les hormones jeunes, plus les résultats seront optimaux. Il n'y a pas d'âge particulier pour prendre d'hormone.

17) Quel a été l'élément le plus bénéfique dans ton parcours de transition ?

C'est le fait d'avoir commencé à vivre selon mes envies. Au final, les hormones ça n'a pas changé grand chose sur moi. Je n'ai jamais eu vraiment de caractéristiques secondaires très masculines. Je fais pas 1m90, je n'ai jamais eu de barbe. C'était juste le fait de commencer ma transition, de me lancer, de me l'avouer à moi-même. L'élément le plus bénéfique dans ma transition, c'est tout simplement quand j'ai commencé à faire ma vie de femme. C'est pas vraiment un moment en particulier, c'est plus sur toute une période. On va dire que le coming out et les débuts étaient très libérateurs pour moi. C'est un parcours qui n'est pas toujours facile, moi ça fait déjà 5 ans que j'ai commencé et je pense que ça en vaut vraiment la peine. D'un point de vue psychologique, si je n'avais pas commencé ma transition, je serais certainement morte aujourd'hui. Et je n'exagère pas sur les mots. Je n'aurais pas pu continuer à vivre ma vie de garçon telle que je l'entends. Beaucoup de personnes sont condamnées ou se restreignent à vivre dans un genre qui ne leur correspond pas. Pour les personnes qui travaillent, ça ne doit pas être facile. Par exemple, quand cette personne a son poste en CDI depuis 5 ou 10 ans, et qu'elle doit complètement faire intégrer sa nouvelle identité, à la fois à sa structure et à ses collègues de travail, à son employeur. Je pense qu'au point de vue psychologique, commencer ma transition m'a fait survivre. On ne peut pas renier qui on est vraiment. Ce mal être était tellement intense que j'aurais pas pu continuer à vivre ma vie de garçon comme si de rien n'était. Les taux de suicide et de mortalité, d'agression sont à la hausse, chaque année. Quand on empêche quelqu'un de vivre sa vie, alors forcément il meurt. Le mal-être était beaucoup trop important pour être ignoré davantage.

18) Quelle a été la personne t'ayant le plus soutenu dans ce parcours de transition ?

Ma mère je pense. Au début, elle ne l'a pas très bien pris, elle avait des surtout des peurs. Ma mère, c'est un soutien au quotidien depuis le début. Elle est ouverte d'esprit. Elle a accepté le fait que ce qui était à la base son fils devienne sa fille. Je suis né garçon, je pense qu'elle s'attendait à avoir un garçon qui lui ramène une femme à la maison avec des petits-enfants. Il s'avère que cela ne s'est pas passé comme ça. Maintenant je suis une femme. Je revendique mon genre en tant que féminin. J'ai un petit copain qui est un homme. Elle l'a accepté, elle le considère même comme son fils. Je me considère comme chanceuse.

19) As-tu un projet de parentalité ?

Oui, j'aimerais bien un jour peut-être, avoir des enfants. Pour l'instant, on va dire que c'est un peu compliqué parce qu'il faut que commence ma vie de jeune adulte. A mon âge, il y a beaucoup de personnes qui sont déjà parents, notamment dans ma famille, les femmes étaient déjà toutes mères à mon âge. J'ai 21 ans, j'aimerais avoir un jour des enfants, mais j'ai un petit peu de crainte par rapport à ça. Notamment, une fois de plus, par rapport aux démarches. Comment faire pour pouvoir adopter ou faire appel à une mère porteuse ? Au niveau des démarches, je ne me suis pas renseignée. Mais j'ai vu plusieurs témoignages de personne trans, qui voulaient des enfants, et qui avaient beaucoup de difficultés dans leurs démarches. Ils sont parfois obligés de partir à l'étranger, pour pouvoir avoir un enfant. Par exemple, je sais que pour la congélation de sperme, on peut aller en Belgique ou en Espagne. J'espère que le temps de me dire « ça y est je suis prête à être mère », j'ose espérer que les choses aient changé d'ici là, que ce soit plus facile de devenir parents quand on est transgenre. Par des voix alternatives, c'est-à-dire que j'ai pas forcément envie d'être en couple avec une femme, et de devoir « enceinter » (enfanter) cette femme pour avoir un enfant. C'est une possibilité aussi. Je considère que j'ai déjà mon copain. Je sais que c'est avec un homme que je veux vivre. Je suis plus attiré par les hommes. Je sais que j'ai pas forcément envie de devoir aller voir une femme pour pouvoir avoir un enfant. Juste que les démarches pour accéder à la parentalité, soient plus accessibles, plus simples.

20) Qu'aimerais-tu dans le futur pour améliorer le quotidien des personnes trans ?

Le respect, tout simplement. L'information et le respect. Beaucoup de personnes ne savent pas ce que c'est qu'une personne transgenre, que ça fait partie de notre monde. Les personnes transgenres, il faut juste les laisser vivre. Tout simplement. Les agressions, ça fait partie du quotidien des personnes trans. J'ai déjà été concernée même si c'est très très peu par rapport à beaucoup de personnes trans. C'est surtout le respect. Qu'on laisse vivre les minorités (les personnes gay, bi, lesbienne, trans et autres). En tant que personne transgenre, j'ai juste envie qu'on me « foute » la paix, qu'on me laisse vivre ma vie, et qu'on me respecte aussi. Le reste c'est plus des questions sociales ou sociétales : beaucoup de personnes se cachent pour pouvoir commencer leur transition. Par exemple, les personnes qui cachent une homosexualité latente. J'ai déjà été confrontée à ce genre de situation quand j'étais au collège, quand j'étais encore considérée en tant qu'homosexuel. Un garçon me disait « Je te touche même pas avec un bâton » ou « Tu me dégoûtes ». Ça me faisait rire : je trouvais que cette personne portait énormément d'attention envers moi pour quelqu'un de « dégoûté ». Quand c'est tous les jours qu'on te regarde, qu'on te parle, c'est de la haine, mais en même temps c'est de l'amour, limite qu'on m'idolâtre. Si ça se trouve ce garçon-là cachait une homosexualité latente, pouvait être secrètement homosexuel et le refouler. Les problèmes que les personnes transgenres et LGBT ont en général, sont des problèmes sociaux, les agressions, les insultes, l'homophobie, la transphobie, le manque d'information. Les choses sont en train de changer, notamment sur les réseaux sociaux. On assiste à la création de plus en plus de groupes Facebook, relatifs à la transidentité, à des discussions groupées d'entraide. Ça fait avancer les choses, à la fois pour les personnes transgenres, à la fois pour les personnes cisgenres, qui veulent avoir accès à des informations pour leurs proches ou sur eux-mêmes. Moi j'ai enseigné beaucoup de personnes : beaucoup de personnes sont venues me parler ne sachant pas ce que c'était une personne trans. J'ai pris de mon temps pour leur répondre, je pense que ça peut avoir un impact sur l'environnement social en général. Les gens ont peur de ce qu'ils ne connaissent pas. Les gens ne connaissent pas la transidentité. Et ceux qui la connaissent, veulent la refouler ou la renier. C'est quelque chose qui fait partie de notre monde. On peut pas passer à

coté. On peut pas faire comme si ça n'existe pas. On peut pas faire comme si nous, les personnes transgenres, n'existaient pas. Il va falloir nous accepter tels que l'on est tout simplement, nous laisser vivre. La première étape c'est l'information.

Entretien de Billy, 20 ans et 7 mois, FtM

1) Quel est le terme que tu utilises pour désigner ce que tu ressens ?

(dysphorie de genre, transidentité, transgenre...)

Transidentité.

2) A partir de quand as-tu commencé à avoir ce sentiment ?

J'ai fait mon coming out juste après mon bac en 2018, il y a 3 ans maintenant. Ça a été un peu compliqué avec mes parents et avec ma famille proche. Ils avaient du mal à comprendre. En revanche, avec mes amis ça c'est super bien passé. J'ai pris conscience de ma transidentité en 6ème. Je me disais « il y a un truc qui cloche, il y a un truc qui ne va pas », mais je ne savais pas ce que c'était. J'ai réussi à mettre des mots dessus quand j'étais en seconde en 2015. A la maison, l'homosexualité c'était pas bien, alors la transidentité, on en parlait vraiment pas. J'ai compris que l'homosexualité n'était possible que lorsque ma cousine s'est mariée avec une femme. Sans ça, j'aurais vraiment jamais pu concevoir ça. Quand je suis rentré au collège, ça m'a un peu paru comme une évidence que je m'en fichais, du genre de la personne par qui je pourrais être attirée. Avant ça, c'était quelque chose de tabou chez moi. Dans tous les cas, je savais que je ne pouvais pas mettre les mots dessus, que c'était difficile d'en parler. Avant de mettre des mots dessus, je passais ma vie à me dire : « mais pourquoi je suis pas un mec ? ». Mes amis avaient l'habitude de l'entendre. Je crois qu'on a découvert en même temps ce que c'était la transidentité. Sur Twitter, j'ai vu quelqu'un qui était trans et j'ai du amener le sujet comme ça. J'ai dit : « je crois que je le suis aussi. » Je l'avais amené assez naturellement. Je n'avais pas trop peur avec mes amis. Quand j'étais en seconde, je me souviens que je disais : « je sais que je suis une personne trans, mais je ne ferai jamais de transition, c'est pas possible avec ma famille. » Puis au final, au bout d'un moment, c'était trop dur à supporter. J'ai fait mon coming out en me disant : « ça passe ou ça casse et au pire, je serai bientôt majeur, je ferai ma vie tout seul sinon. »

3) A quelle personne en as-tu parlé pour la 1ère fois ?

Je crois que c'était mon ex-copain ou ma meilleure amie. Je ne sais plus exactement. C'était mon cercle proche d'amis.

4) A quel professionnel de santé en as-tu parlé en premier ?

C'est a ma psychiatre que j'en ai parlé en premier.

5) Es-tu suivi sur le plan médical actuellement ?

Je suis suivi par un médecin généraliste tous les 6 mois à Marseille.

6) Quelles sources d'informations as-tu consultées pour te renseigner à ce sujet (internet, réseaux sociaux) ?

Je suis abonné à des comptes trans sur Youtube et Twitter.

7) As-tu dans ton entourage amical ou familial une personne également concernée ?

J'ai rencontré des personnes transgenres à une association sur Toulon.

8) Quand as-tu changé de prénom ?

J'ai fait mon changement de prénom uniquement, en 2020, après le premier confinement.

9) Quel est l'origine de ton nouveau prénom ?

Je l'utilisais avant mon coming out. Je l'ai trouvé pendant les épreuves du bac. A la base, j'ai cherché sur des sites de prénom. Et puis un jour, je suis tombé sur le prénom Billy et je me suis dit : « C'est mon prénom ». J'ai quand même continué à regarder un peu, chercher d'autres prénom, mais j'ai senti que Billy c'était fait pour moi. Avant j'en connaissais aucun, maintenant j'en connais trop. J'ai beaucoup réfléchi mais je n'ai pas trouvé ça difficile.

10) Est-il changé sur ta carte d'identité ?

Oui.

11) Quel sentiment éprouves-tu à l'égard de ton ancien prénom ?

Mon ancien prénom ne me fait pas grand chose parce que la femme de ma cousine s'appelle comme mon dead name. Pour moi, ce prénom c'est elle et pas moi. J'ai vraiment réussi à m'en détacher. Il ne me fait rien quand je l'entends dans la rue. Par contre, quand je le vois associé à mon nom de famille, ou quand des personnes l'utilisent pour moi, la plupart du temps, ça me fait des pointes au coeur, ou alors je me sens vraiment pas bien, j'ai juste envie de partir.

12) Comment ta famille a vécu ta transition ?

C'était ma psychiatre qui m'avait aidé à le faire, parce que j'avais trop peur de la réaction de mon père. Elle m'a aidé à expliquer que c'était normal. Malgré tout ça, la première question que mon père a dite c'est : « comment ça se soigne ? ». Avec ma mère, c'était plus facile. Mais 8 mois après mon coming out, il n'y a eu aucun changement dans ma famille. Je leur ai envoyé un message expliquant que j'avais besoin de changement, que juste le fait qu'ils le sachent ne suffisait pas, il fallait qu'il y ait des conséquences. J'avais vraiment besoin qu'on m'appelle et qu'on me genre correctement. J'ai appris par la suite que mes parents avaient eu une conversation entre eux. Ma mère avait dit : « Moi, si mon enfant a besoin de ça pour se sentir bien, je vais changer et le faire. » Mon père a alors engueulé ma mère, ce qui fait qu'elle ne me genre et ne m'appelle toujours pas correctement, à cause de mon père. Elle aimerait le faire, mais elle se trouve entre lui et moi. Ma mère m'a dit : « Tu sais, c'est difficile pour nous. » Mais en réalité je pense que c'est l'influence de mon père qui joue. Ma petite soeur de 13 ans, en un mois elle me genrait et m'appelait correctement, sans soucis. Avec mon frère de 26 ans, on se parle pas beaucoup, il ne parle pas à grand monde. Il est assez introverti. Je n'ai jamais eu de soucis avec lui. Il y a pas eu vraiment de changement, mais en même temps il n'a pas trop l'occasion de me genrer ou de m'appeler. Parfois je sens qu'il a des hésitations pour me genrer, mais pour l'instant il me genre bien, sauf quand il parle de moi avec mes parents. Avec mon plus grand frère de 28 ans, le plus vieux, ça ne va pas du tout. Il pense que ma transition, c'est une connerie, que c'est pour faire chier mon père. On commence à se disputer assez fort. Il s'énerve contre moi, contre tout et rien, et je pense que la base de sa colère est liée à ma transition. S'il ne vient pas m'expliquer

son problème, je pourrais rien faire pour discuter avec lui. On est tous les 6 à la maison en ce moment. On était tous partis et on est tous revenus.

13) Quel était le climat familial avant cette transition ?

Durant mon adolescence, j'ai eu des soucis avec mon père, des soucis de communication. Il me prenait la tête souvent. Vers mes 14 ans, on a commencé vraiment à se prendre la tête régulièrement. On n'était jamais d'accord pour quoi que ce soit. Quelques jours avant que je fasse mon coming out, mon père m'a crié dessus parce que pour lui c'était évident que j'étais lesbienne. C'était un problème que je sois lesbienne. Au moment de mon coming out, quasiment toute ma famille a pensé que c'était juste une connerie pour faire chier mon père. Actuellement, 3 ans après mon coming out, mes parents ne m'appellent toujours pas correctement et ne me genrent pas correctement. Ça commence à s'améliorer. Ils sont passés par l'étape d'éviter de m'appeler par mon prénom et de me genrer.

14) Quel parcours de soin idéal aurais-tu souhaité ?

Ne pas avoir besoin d'attestation. Officiellement depuis 2017, il n'y a plus besoin d'attestation. Même si c'est appliqué nulle part. Le fait qu'un généraliste ne puisse pas faire la première ordonnance la testostérone, il n'y a pas d'explication donnée, mais à mon avis, c'est parce qu'il y a des personnes qui l'utilisent pour se doper. Il n'y a que les spécialistes, endocrinologues, gynécologues, urologues (je crois) qui peuvent prescrire la testostérone initialement. Ça, c'est « chiant », parce que les listes d'attentes sont longues et il faut trouver des personnes qui sont d'accord. Ça, c'est un problème, trouver des personnels de santé qui peuvent nous recevoir. Il y a aussi le problème des pharmacies. Parfois elles refusent de nous donner le traitement pour des raisons : comme quoi il fallait qu'ils scannent chaque année la primo ordonnance de l'endocrinologue, alors que normalement, quand c'est que un renouvellement, il n'y a pas besoin. J'en ai eu qui ont refusé de me le donner, parce que il y a un 2 sur ma carte vitale, et qu'il y a marqué sur les produits que c'est déconseillé pour les femmes.

15) Es-tu sous traitement hormonal actuellement ?

Je prends de la testostérone sous forme d'injection, toutes les 2 semaines. Je fais moi-même l'injection. Ça a eu une influence sur la pilosité, j'ai perdu mes seins quasiment totalement. Mes pieds sont un poil plus large. Mes chaussures commencent à devenir un peu trop serrées. Ma voix, c'est ce que je voulais le plus. Je voulais surtout la voix et la barbe.

16) Que penses-tu du traitement hormonal de manière générale ?

Je pense arrêter bientôt, d'ici 6 mois, les hormones, étant donné que ce sont des changements irréversibles.

17) Quel a été l'élément le plus bénéfique dans ton parcours de transition ?

Juste après mon bac en septembre j'ai emménagé à Caen pendant un an. J'avais pas trop de contact avec ma famille, ce qui m'a permis de bien prendre confiance en moi. J'ai commencé ma transition hormonale en janvier 2020, ça fait un an et demi. J'ai commencé à prendre des hormones un an et demi après mon coming out. Actuellement ça va, je vis bien ma vie. Maintenant je me sens bien dans ma peau. Quand je sors dehors, j'ai pas envie de rentrer le plus vite possible chez moi. Quand il faut que je parle c'est mieux : les rendez vous comme ça, avant, j'étais incapable de parler. J'étais hyper réservé. Maintenant je sors. A la Pride de Toulon, j'ai participé à l'organisation de la première Pride l'an dernier. Si il y avait eu prise de parole, c'était moi qui devait parler. J'aurais été incapable de le faire avant.

18) Quelle a été la personne t'ayant le plus soutenu dans ce parcours de transition ?

C'est ma meilleure amie !

19) As-tu un projet de parentalité ?

Non ce n'est pas quelque chose à quoi j'ai envie de penser.

20) Qu'aimerais-tu dans le futur pour améliorer le quotidien des personnes trans ?

Ça serait bien qu'il y ait des tests médicaux. Actuellement les hormones que les personnes trans prennent sont faites et testées sur les personnes cis. Du coup, on sait que la testostérone ce n'est pas un moyen de contraception. Mais on ne sait pas quels moyens de contraception sont compatibles avec la testostérone. Les médecins sont dans le flou. Le fait que nos soignants soient informés de l'effet de ce qu'il nous prescrivent, avec quoi c'est compatible. Je ne suis pas trop au courant pour les opérations, mais je sais que j'ai des amis qui se retrouvent à galérer pour avoir ce qu'ils veulent. Des médecins, qui refusent de faire des opérations, juste pour des questions éthiques, parce que ça ne correspond pas à leur mode de pensée. Alors que c'est totalement faisable, et eux ils disent que c'est irréalisable. Le fait que les médecins arrêtent de donner des excuses bidons pour éviter de prendre en charge les personnes. Ou au moins de dire : « Moi j'ai pas envie de faire ça, allez voir un tel cette personne saura vous aider. » La dissolution de la SOFECT, enfin, maintenant la FPATH.

Entretien d'Alex, 18 ans et 8 mois, FtM

1) Quel est le terme que tu utilises pour désigner ce que tu ressens ?

(dysphorie de genre, transidentité, transgenre...)

Je dis trans c'est plus court.

2) A partir de quand as-tu commencé à avoir ce sentiment ?

A partir du moment où j'ai fait mon coming out à ma mère, ça devenait « réel ». C'était pendant les grandes vacances entre la 3ème et la 2de. Je me suis plus penché sur la question et sur les démarches que je pouvais entreprendre et faire. C'est à partir de ce moment-là, que je me suis lancé là-dedans. Depuis que je suis petit je me suis toujours genré au masculin, ce qui avait le don d'énerver ma mère ; à chaque fois, elle me reprenait, entre la maternelle et le collège. Les gens s'étaient habitués à ça, des fois on me genrait au masculin et ça la perturbait pas plus que ça. J'ai eu les cheveux courts assez rapidement, à mon entrée de 6ème. La 1ère personne à avoir accepté directement, c'est ma grand-mère (maternelle). Pendant les 2 semaines où ils ont essayé de s'adapter, ils en avaient parlé à ma grand-mère parce que je n'ai pas une très grosse famille. Elle était venue me voir en me disant : « Au pire t'es mon petit-fils c'est pas grave ». Je me rappelle que ça m'avait grave touché, c'était trop mignon. C'était la première personne à me dire en face : « Je t'accepte » et c'était cool.

3) A quelle personne en as-tu parlé pour la 1ère fois ?

J'ai une soeur jumelle qui est non binaire. Je crois que je lui en avais parlé vite fait, comme ça. Ça l'avait même pas choquée sur le moment. Je me suis dit « c'est ok, on va voir coté parents »

4) A quel professionnel de santé en as-tu parlé en premier ?

Je crois que c'était une psy en libéral. Je suivais une psy parce que j'avais beaucoup de problèmes d'automutilation. Ma mère m'avait amené là-bas pour me faire aider. Je lui avais parlé de ça.

5) Es-tu suivi sur le plan médical actuellement ?

Je vois une endocrino une fois tous les 6 mois. J'ai un suivi psychiatrique à la MDA.

6) Quelles sources d'informations as-tu consultées pour te renseigner à ce sujet (internet, réseaux sociaux) ?

Sur des forums sur Internet, ou des gens exposent leurs idées. Tu as l'avis de plusieurs personnes et tu peux te construire ton propre avis dessus. C'est pratique les forums.

7) As-tu dans ton entourage amical ou familial une personne également concernée ?

Mon meilleur ami aussi est trans, on s'était rencontré au collège. Lui a commencé sa transition à ses 18 ans, parce que sa mère n'a pas voulu. Je suis assez chanceux de ce côté-là.

8) Quand as-tu changé de prénom ?

Pendant les vacances d'été, avant mon entrée en 2de.

9) Quel est l'origine de ton nouveau prénom ?

De base j'avais pas choisi Alex. C'était pas mon premier prénom. J'avais choisi Enzo. C'était juste un prénom que j'aimais bien. Mais ma mère est institutrice, et il y a des prénoms où elle est irritable et Enzo faisait partie de ces prénoms. Elle m'a dit « Prends ce que tu veux mais pas Enzo ! » (sourire). J'ai alors changé pour Alex car c'était un prénom que j'appréciais beaucoup depuis le primaire. Je l'avais toujours gardé dans un coin de ma tête. J'avais su aussi qu'avant qu'ils connaissent nos 2 sexes à la naissance, ils avaient prévu plusieurs prénoms. Il y avait un seul prénom masculin qui était Matthieu, pour leur faire plaisir, je l'ai pris en 2ème prénom. Le 3ème prénom, j'ai laissé choisir ma soeur et elle a choisi Victor. C'était assez facile pour choisir mon prénom. C'était assez instinctif en vrai.

10) Est-il changé sur ta carte d'identité ?

Non pas encore.

11) Quel sentiment éprouves-tu à l'égard de ton ancien prénom ?

Je suis assez indifférent. C'est un prénom que je trouve pas dégueulasse non plus.

Pour l'anecdote, (je m'en bas les couilles) je m'appelais Charlotte. Je me suis jamais identifié à lui. On m'a toujours appelé Cha. J'ai pas de haine, j'ai pas d'amour avec ce prénom. Ça m'est juste indifférent. En plus j'ai perdu l'habitude qu'on m'appelle comme ça. C'est comme si on m'avait jamais appelé comme ça.

12) Comment ta famille a vécu ta transition ?

Pour l'anecdote j'ai fait mon coming out sans vraiment être sûr. De base, ça partait juste d'une embrouille avec mes parents. J'avais déjà les cheveux courts avant, mais ma mère avait horreur de la tondeuse. Mais pour la première fois, j'avais eu une mention à mon brevet, donc j'avais le droit de me raser la tête à la tondeuse. Elle avait commencé à pleurer, en disant que je sortais de l'Holocauste... Pendant 2 ou 3 semaines, tous les jours elle m'embrouillait à cause de ça et à un moment elle m'a demandé : « Est-ce que tu as une de tes potes qui a les cheveux aussi courts que toi ? » J'ai répondu le prénom d'un de mes potes, sans forcément réfléchir. Elle m'a dit « Oui mais lui c'est un garçon ». Je lui ai répondu « Et pourquoi moi, je le serai pas ? » Je connaissais les termes, j'avais un ami qui l'était, mais je m'étais jamais vraiment penché sur ce sujet, en me disant peut-être que j'étais concerné. C'est venu intuitivement. Ma mère est partie de ma chambre en silence. Elle en a discuté avec mon père. Au début, ils avaient un peu du mal, mais franchement il leur a fallu 2 ou 3 semaines d'adaptation. Quasiment rien. Pour qu'ils intègrent la nouvelle. En même pas un mois, on avait commencé à faire les papiers pour mon changement de prénom. C'est allé assez vite. En 2 ou 3 mois, ils ne faisaient quasiment plus d'erreurs. Franchement, ils ont eu un temps d'adaptation hyper rapide. D'ailleurs, au niveau de mon parcours administratif, j'ai eu moins « d'emmerde » qu'au niveau de mon parcours médical. Dans mon changement de prénom, ça a pris un mois en tout. Pour mon changement d'état civil (je sais pas si ça a un lien avec la période covid), mais j'ai juste déposé un dossier. On m'avait dit que ça pouvait prendre plus d'un an, qu'il fallait passer devant le tribunal. Il m'ont juste envoyé, deux mois après, une lettre, en disant que c'était accepté. Par contre, au niveau de l'opération et des hormones, ça a mis beaucoup plus de temps, parce qu'à la base, moi je voulais aller dans une équipe privée. La MDA nous avait envoyés sur un service de Marseille. Ça s'est très mal passé. A la base, j'avais vu une endoc. J'avais un rendez vous tous les 4 mois, à chaque fois. C'était super

long ; pendant un an ça a stagné comme ça. Ils voulaient absolument pas me les donner. Alors qu'il n'y avait aucune raison valable. Quand je les ai eu enfin, j'avais besoin pour la prise en charge de ma torso, qu'il signe un papier d'attestation pour mon assurance. Mon endocrinologue et la psychiatre de Marseille ne voulaient pas pour 2 raisons : La première c'est que j'étais pas à un an sous testostérone : c'est un protocole complètement faux, puisqu'il y en a qui se font opérer avant de prendre de la testo. La deuxième raison, ils m'ont dit que j'avais pas fini ma musculature, du coup ça rendrait pas bien si je faisais ma torso maintenant. Ils me donnaient des raisons pas valables à mes yeux. Au final, j'ai quitté l'équipe de Marseille. Vu que j'ai beaucoup d'amis qui sont trans aussi, je me suis dirigé vers une endocrino privée à Cannes. Au premier rendez-vous, j'avais besoin d'une signature pour mon opération, elle me l'a tout de suite donnée. Du coup, j'ai gardé cette endoc. Elle me suit toujours sur Cannes. Tout mon côté administratif a été changé, la sécurité sociale aussi. Il me reste juste les opérations à finir.

13) Quel était le climat familial avant cette transition ?

Mes parents ont toujours été ensemble. J'ai toujours une bonne relation avec ma soeur. J'avais un climat familial assez bon. J'ai été gâté par rapport à d'autres personnes.

14) Quel parcours de soin idéal aurais-tu souhaité ?

Si j'étais passé directement dans une équipe privée, j'aurais pu avoir mes hormones en un mois au lieu d'un an. Ça aurait été beaucoup plus rapide. J'aurais potentiellement fait ma torso plus tôt. J'aurais fait plus d'opérations à l'heure actuelle. Mais en vrai, je me plains pas. Psychologiquement je vais très bien. Je vois ma transition différemment de la plupart des trans. Quand ils font des opérations, ils sont contents. Moi, je le fais pas par choix, je le fais plus par dépit, c'est obligatoire pour moi. Mais en le faisant, j'ai une arrière pensée qui me dit ça m'est imposé de faire ça. Les opérations coûtent cher, ma torso je l'ai payée 3 500 euros. J'ai eu de la chance d'être remboursé. Je suis quelqu'un de très perfectionniste, du coup j'ai pris le meilleur de France. Avec le recul, je me dis que j'ai quand même de la chance, dans le sens où quand j'ai fait ma première opération, je n'étais pas encore majeur. C'était un mois avant mes 18 ans, en 2020. Ça se passe bien. Quand je passe dans

la rue, c'est très rare qu'on capte que je suis une personne trans. Et moi ça me va ! Mais je pense qu'avec le recul, le fait d'avancer comme ça, même si c'est pas notre choix de base, ça nous donne une stabilité mentale, je pense, qui peut faire en sorte qu'on peut continuer à vivre.

15) Es-tu sous traitement hormonal actuellement ?

J'ai débuté en août 2019. J'avais 16 ans. J'ai une injection intramusculaire toutes les 3 semaines. Je me la fais moi-même. Ma mère avait toujours eu peur que je me les fasse moi-même, car elle pensait que j'allais en prendre plus.

16) Que penses-tu du traitement hormonal de manière générale ?

Le traitement hormonal, au niveau des effets, je savais qu'il y avait la barbe, la pilosité, la répartition des graisses, l'arrêt du cycle menstruel. L'effet que j'attendais le plus c'est la voix. Avant j'avais une voix très aiguë. C'était insupportable. Les 3 premiers mois, ça a commencé à bouger ; à partir du 4ème mois, ma voix n'était plus la même. La barbe, je l'attendais, mais juste la barbe. Le reste, la pilosité non ! Dommage pour moi, j'ai une génétique du côté de mon père, qui a fait en sorte que j'ai plein de poils partout. Mais je ne râle pas trop. Pour moi, ce qui m'aurait vraiment sauvé, c'est me donner des bloqueurs de puberté, avant que ma puberté commence. Au moment de mon coming out, on m'aurait donné directement les hormones, et j'aurais passé une adolescence moins compliquée. Je pense que vers 10/11 ans, on peut donner des bloqueurs. Autour des 13/14 ans on peut donner des hormones. Moi à 13-14 ans, je savais déjà qu'il n'avait aucune possibilité que ça ne soit pas ça. Faire plus confiance aux personnes. Après c'est compliqué parce qu'on est pas dans leur tête. Plus faire confiance aux personnes et plus les écouter ; et ne pas se bloquer sur leur âge.

17) Quel a été l'élément le plus bénéfique dans ton parcours de transition ?

L'acceptation des autres. Que les autres acceptent qui tu es. Que les gens te considèrent comme ce que tu es vraiment. Et pas l'image que tu reflètes extérieurement. Je suis assez détaché des autres, mais pas de mon cercle proche. Je vis avec eux.

18) Quelle a été la personne t'ayant le plus soutenu dans ce parcours de transition ?

Je dirai ma soeur. Au début, il y avait forcément des gens qui parlaient et je sais qu'elle me défendait beaucoup vis à vis des autres, même si j'étais pas là. On est très fusionnel, du coup c'est sûr que ça la faisait « chier » d'entendre ça. Je trouve que c'est un geste vraiment très gentil, ça me touchait vraiment.

19) As-tu un projet de parentalité ?

La PMA nous est toujours pas accessible donc j'exclus le sujet. L'adoption est quelque chose que je pourrais envisager. Mais je suis quelqu'un de très vagabond, de voyageur, donc je pense que ça ne serait pas cool pour le gosse. Plus tard, peut-être 30 ans ou 40 ans.

20) Qu'aimerais-tu dans le futur pour améliorer le quotidien des personnes trans ?

C'est délicat comme question. Je ne pense pas qu'on puisse l'améliorer parce que la souffrance est là, dans tous les cas. Mais juste qu'ils se sentent soutenus. Je pense que ça peut leur enlever un poids sur leur conscience et les aider à mieux le vivre. Je pense que l'acceptation ça fait tout.

Entretien de Gaël, 19 ans et 8 mois, FtM

1) Quel est le terme que tu utilises pour désigner ce que tu ressens ?

(dysphorie de genre, transidentité, transgenre...)

Transgenre.

2) A partir de quand as-tu commencé à avoir ce sentiment ?

Je me suis toujours intéressé à la communauté Queers. La première fois où j'en ai entendu parler, c'était à l'âge de 11/12 ans. Au lycée, j'ai fait mon TPE sur la communauté LGBT et sur les femmes dans la société. A force de me renseigner, je me suis rendu compte qu'il y avait des choses qui résonnaient en moi. Comme j'étais dans un environnement familial pas très ouvert à cette époque, c'était compliqué d'essayer d'en parler ou de s'ouvrir. A partir de 13/14 ans, j'ai commencé à en parler beaucoup à ma mère. Ma mère m'a toujours écouté, elle ne m'a jamais dit de me taire ou dit d'insultes. Pour elle, c'était l'adolescence, je me cherchais. Sauf qu'après, mes parents se sont séparés. La dépression a pris vraiment le pas. Je suis allé à l'hôpital. C'est là où j'ai rencontré un médecin qui venait faire un remplacement dans le service. Elle me dit « Tu ne penses pas que c'est autre chose, que c'est quelque chose de plus profond ? Tu ne serais pas un homme quoi ? ». Elle a posé cash la question. Moi, je suis resté bête. Elle venait de mettre des mots, ce que j'essayais de faire depuis quelques années. Quand je me suis rendu compte, quand j'ai enfin ouvert les yeux, j'avais presque 17 ans. Après c'est allé très vite. Juste après, j'en ai parlé avec l'une de mes amies, qui était avec moi à l'hôpital. On en a beaucoup parlé. A ce moment-là, je ne me suis plus posé de questions pour me dire : « Est-ce que c'est vraiment ça, est-ce que je suis vraiment un homme ? ». Pour moi c'était ça. Donc on recherche le prénom ; on adopte le pronom il. Je sors de la séance et c'est *brainstorming* avec tout le monde. J'essaye des prénoms. Au final, je m'arrête sur Gaël.

3) A quelle personne en as-tu parlé pour la 1ère fois ?

C'était avec mon amie de l'hôpital.

4) A quel professionnel de santé en as-tu parlé en premier ?

On en a parlé tous les deux avec le médecin de l'hôpital.

5) Es-tu suivi sur le plan médical actuellement ?

Je suis suivi par un pédopsychiatre et par une psychologue à la MDA.

6) Quelles sources d'informations as-tu consultées pour te renseigner à ce sujet (internet, réseaux sociaux) ?

Ça va être des comptes sur Instagram, des sites d'associations. Il y a interLGBT sur Instagram. Il y a des hommes transgenres comme moi. Toutes les infos que j'ai sont en anglais en général. Je suis sur Youtube une femme transgenre française qui s'appelle Liana. Il y a des livres aussi. Des romans mettent en scène des héros qui sont transgenres. Il y a un livre qui fait beaucoup parler de lui, c'est Sementery boys, ou l'un des 2 protagonistes est un homme trans. Ça aide parce que c'est pédagogique.

7) As-tu dans ton entourage amical ou familial une personne également concernée ?

Oui, j'ai pas mal d'amis qui font partie de la communauté LGBT.

8) Quand as-tu changé de prénom ?

En juin 2018.

9) Quel est l'origine de ton nouveau prénom ?

C'est très drôle car beaucoup de gens pensent que j'ai pris Gaël parce que c'est un prénom religieux. J'ai mis un an avant de réaliser que mon prénom avait une signification biblique. Le petit frère de ma meilleure amie que j'ai rencontré à l'hôpital, et avec qui je suis toujours en contact, s'appelle Gaël. Je ne sais vraiment pas pourquoi, quand j'en ai parlé avec elle, il y a un truc qui s'est passé. C'est peut être parce qu'on était si proche. Ça n'a pas été mon premier choix. J'ai essayé Lou au début, pendant une ou 2 semaines mais ça n'a pas marché. On remarquera que tous les prénoms que j'ai essayés sont tous les 2 féminins et masculins. Mon prénom de naissance, Alix, fait autant garçon que fille. Gaël c'est pareil. Je me

souviens très bien, je suis dans mon lit, je me passe des prénoms en tête et j'arrive pas à enlever Gaël. Et je vais voir mon ami et je lui dis : « Tu peux essayer de m'appeler comme ton frère ». Ben ouais ! On a fait passer le mot et c'est resté. C'est jamais parti.

10) Est-il changé sur ta carte d'identité ?

Non, pas encore.

11) Quel sentiment éprouve tu à l'égard de ton ancien prénom ?

Ça fait mal. Quand je l'entends parfois ça sonne pas.

12) Comment ta famille a vécu ta transition ?

Quand je dois l'annoncer à ma mère, le fameux coming out où je dis : « Ben non, il s'est trompé le médecin à la naissance, quand il a dit que vous aviez une fille ». Elle m'a dit ok. Je lui en ai reparlé quelques mois après, pour être sûr qu'elle ait bien compris, que c'était pas une phase, que je me pose des questions depuis tout petit. Elle a accepté. Elle se trompe encore au bout de 3 ans, mais elle se reprend de suite. Quand on a appelé son enfant toute sa vie par un prénom, quand tu as 16 ans et que l'enfant demande de changer de prénom, je comprends que ça soit un peu difficile, que parfois ça soit un réflexe d'appeler son enfant par son prénom de base. Elle a de suite fait la transition, ok c'est Gaël et c'est il. Elle m'a dit : « Si tu es heureux et en bonne santé, c'est le principal, que tu sois un garçon ou une fille ou les deux. Je m'en fiche. »

13) Quel était le climat familial avant cette transition ?

Dans ma famille, ils essayent de m'appeler Gaël, mais comme on se voit pas souvent, ils oublient un peu. Mais non, en fait, ils le font juste exprès. Ils ont des problèmes dans ma famille, c'est que les apparences, les apparences, les apparences. J'ai un de mes oncles qui est homosexuel, je l'ai vu deux fois dans ma vie, car il est jamais invité aux réunions de famille. (...) Mon père, je ne lui ai pas dit. Je n'ai pas de contact avec lui. Ma mère l'a mis dehors en avril 2017. Ça fait 4 ans. Il doit forcément le savoir. Tant mieux s'il le sait, mais désolé pour le terme, je l'emmerde bien. Même si on a pas de contact, je l'emmerde bien. On ne saura

jamais si mon frère aîné est homosexuel ou pas. Quand mon père a cru que mon frère était attiré par un de ses copains, il a essayé de le frapper en lui criant « Y'a pas d'homosexuel chez moi ». Ça fait peut-être un peu bizarre la façon dont j'en parle, mais c'est tellement horrible la manière dont il a dit cela à mon frère. Je me dis que j'espère que ça l'emmerde bien, de se rendre compte qu'au final il a un enfant qui est « différent » et qui est heureux dans sa peau et que, surtout, les autres l'acceptent. Ma mère et mes frères m'acceptent, mes amis, ma cousine, mes professeurs, le CPE. Je me dis qu'une personne qui a été aussi violent et homophobe avec son enfant, alors qu'on savait même pas s'il était homosexuel ou pas, j'espère juste que ça l'embête bien.

14) Quel parcours de soin idéal aurais-tu souhaité ?

Ça ne devrait pas à être à des inconnus de décider, si notre état de santé mentale est le bon, ou si on est vraiment sûr de nous. C'est pas une maladie. On devrait arrêter de nous prendre pour des enfants, nous considérer comme des personnes atteintes psychiquement. On sait ce qu'on a à faire. On sait ! Arrêtez de nous prendre pour des enfants. Au niveau des opérations, on ne devrait pas avoir à passer devant 15 médecins

15) Es-tu sous traitement hormonal actuellement ?

Non.

16) Que penses-tu du traitement hormonal de manière générale ?

Je sais pas si j'aurai besoin un jour de prendre des hormones, je me sens pas obligé d'en avoir pour me sentir homme.

17) Quel a été l'élément le plus bénéfique dans ton parcours de transition ?

Je dirai que c'est mon prénom. Je saurai pas expliquer précisément. Je sais que Gaël c'est mon identité masculine, en tant qu'homme. Donc même si on va se tromper, même si on va dire elle ou mademoiselle, tant qu'on va dire Gaël je saurai que je suis un garçon. Il y aura toujours le F sur mes papiers. Il n'est pas encore changé, mais je sais que ça va me faire un bien fou. Je sais que, dès ce moment-là, il n'y aura plus de barrières pour moi. C'est vraiment le prénom le plus important.

C'est pour cette raison-là, que je me suis fait tatouer mon prénom. Je n'ai pas choisi l'endroit le plus discret... (au visage).

18) Quelle a été la personne t'ayant le plus soutenu dans ce parcours de transition ?

C'est mon amie Lisa de l'hôpital.

19) As-tu un projet de parentalité ?

Je ne sais pas si je veux avoir des enfants. Ce n'est pas la question : « Est-ce que je suis un homme ou est-ce que je suis une femme ? » C'est : « Est-ce que je me sens d'être père, d'avoir un enfant, de l'élever, de l'éduquer, de subvenir à ses besoins ? » Un enfant, c'est une responsabilité jusqu'à ce que l'on décède. Je ne sais pas si je me sens capable. Je suis encore super jeune. Mais je suis certain qu'avant de toucher à tout ce qui me permet de faire des enfants, je congèle. Je sais que je vais le faire, que ça serve ou non. Je me renseignerai si c'est possible de les offrir.

20) Qu'aimerais-tu dans le futur pour améliorer le quotidien des personnes trans ?

L'administratif, il faut arrêter que ça soit aussi compliqué. Arrêter qu'on nous demande des milliards de papiers pour une bêtise. Changer un prénom, ça ne devrait pas prendre autant de temps. On ne devrait pas se prendre de remarques. Au niveau juridique, les couples transgenres qui décident d'avoir un enfant, de le porter lui-même parce qu'il a toujours son vagin, faut arrêter de faire des simagrées au tribunal et de ne pas vouloir le reconnaître. Il faut qu'ils soient plus souples et plus ouverts d'esprit pour les mariages, pour les adoptions, pour les reconnaissances. Quand les enfants sont nés à l'étranger, et qu'ils reviennent dans les pays où les parents vivent, il faut arrêter que ce soit aussi compliqué, que ce soit des combats de 20 à 30 ans. Après, la société, comment les gens nous perçoivent. Faut qu'on arrête ce qui est généré. Un garçon, c'est bleu. Une fille, c'est rose. Il y a que la binarité. Et un homme, ça n'aime que les femmes et une femme ça n'aime que les hommes. Il faut arrêter de dire que c'est un phénomène de mode. C'est idiot. Les personnes qui ont un minimum de culture savent que c'est faux. Il faut que les

gens ouvrent plus leur esprit. Il y a pas que la communauté LGBT, il y a les personnes racisées, les travailleurs du sexe, pour tout.

Abréviations :

- ACCEPTESS-T :Actions Concrètes Conciliants : Education, Prévention, Travail, Equité, Santé et Sport pour les Transgenres,
- ALD : Affection Longue Durée
- CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel
- CMP : Centre Médico Psychologique
- DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
- FPATH : French Professional Association for Transgender Health
- FtM : Female to Male
- HDJ : Hôpital De Jour
- H/F : Homme / Femme
- IFOP : Institut français d'opinion publique
- IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire
- LGBTQIA+ : Lesbienne, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queers, Intersexes, Asexuelles
- MDA : Maison des Adolescents
- MtF : Male to Female
- NAACP : National Association for the Advancement of Colored People
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
- RCP : réunions de concertation pluridisciplinaires
- SOFECT : Société Française d'Etudes et de prise en Charge de la Transidentité
- TERF : Trans-exclusionary radical feminist (féministes radicales excluant les personnes trans)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

