



Article original

# Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France

## Clinical profiles and care of transgender children and adolescents in a specialized consultation in Île-de-France

C. Lagrange, J. Brunelle, F. Poirier, H. Pellerin, N. Mendes, G. Mamou, N. Forno, L. Woestelandt, D. Cohen, A. Condat [✉](#) [✉](#)

[Show more](#) [v](#)[☰ Outline](#) | [🔗 Share](#) [🗒 Cite](#)<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.05.001> [↗](#)[Get rights and content](#) [↗](#)

### Résumé

### Contexte

Il existe très peu de données cliniques françaises sur les modalités de prise en charge médicale des enfants et adolescents transgenres alors que le sujet vient très régulièrement sur le devant de la scène médiatique.

### Méthode

Nous proposons dans cet article de décrire de manière rétrospective l'ensemble des enfants et adolescents reçus depuis 2012 dans la plus importante consultation spécialisée identité de genre enfants et adolescents d'Île-de-France. Outre leurs caractéristiques sociodémographiques, nous étudions la présence ou non d'une incongruence de genre selon les critères de la CIM 11, les vulnérabilités psychiatriques et sociales des sujets et décrivons les principales modalités de prise en charge proposées : la transition sociale, le blocage pubertaire, les transitions hormonales et/ou les rares transitions chirurgicales. Ces trois dernières propositions sont discutées en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

### Résultats

Nous avons colligé 239 jeunes âgés de 3 à 20 ans. L'âge moyen auquel les jeunes et leur famille sont vus au premier rendez-vous est de 14,5 ans ( $\pm 3,16$ ). Au total, 91 % de l'échantillon présentent une incongruence de genre, 32 % ayant exprimé cette incongruence avant la puberté. Deux-tiers sont des jeunes assignés de sexe féminin à la naissance ( $p < 0,05$ ). En termes de psychopathologie, les troubles dépressifs et anxieux, ainsi que la suicidalité arrivent largement avant les autres cooccurrences psychiatriques. L'ostracisme et le rejet

scolaire sont fréquents. Par rapport à la population adolescente générale, les jeunes de la consultation spécialisée sont beaucoup plus exposés aux discriminations et aux insultes, voire aux agressions sexuelles dans l'espace public, que leurs pairs et l'internalisation de la transphobie par ces jeunes est particulièrement importante. Au total, 40 % des jeunes ont effectué une transition sociale avant le premier rendez-vous et 74 % et 61 % d'entre elles/eux l'ont fait au sein de la famille et à l'école (l'âge moyen de la transition sociale à l'école = 15,13 ans). Au total, 35 % des jeunes ont officialisé en mairie le changement de prénom (l'âge moyen = 16,26 ans). La prise de bloqueurs de puberté concerne 11 % des jeunes qui ont atteint la puberté (âge moyen = 13,9 ans, délai moyen avant instauration du traitement = 10 mois). Au total, moins de la moitié des jeunes (44 %) ont reçu un traitement hormonal masculinisant ou féminisant par hormones sexuelles (âge moyen = 16,9 ans, délai moyen avant l'instauration = 14 mois). Au total, 8,7 % des jeunes ayant reçu un traitement hormonal par hormones sexuelles ont réalisé une préservation de fertilité. Les demandes de chirurgie avant 18 ans restent très rares. Les plus fréquentes sont les torsoplasties (20 %) réalisées à l'âge moyen de 18,44 ans et jamais avant 16 ans.

## Conclusion

Les résultats de cette cohorte sont proches de ceux rapportés par d'autres centres européens pour ce qui concerne la proportion plus élevée de jeunes assignés de genre féminin à la naissance. En revanche, ils diffèrent avec des chiffres plus bas en termes de recours à des traitements hormonaux. La transition sociale est dans notre centre la demande la plus fréquente mais elle n'est pas systématique. Nous discuterons la place de la parole dans notre accompagnement pour expliquer ces différences.

## Abstract

### Context

French clinical data on the medical management of transgender children and adolescents are scarce. Yet, the topic regularly comes to the forefront of the media.

### Method

In this article, we propose to retrospectively describe all the children and adolescents received since 2012 in the largest specialized gender identity consultation for children and adolescents in Île-de-France. In addition to their sociodemographic characteristics, we study the presence or not of gender incongruence according to the ICD 11 criteria, the psychiatric and social vulnerabilities, and describe the main management modalities proposed: social transition, puberty blockage, hormonal transitions and/or rare surgical transitions. These last three proposals were discussed in multidisciplinary concertation meetings.

### Results

We collected 239 youths aged 3 to 20 years. The mean age at which youth and their families were seen at the first appointment was 14.5 years ( $\pm 3.16$ ). In all, 91% of the sample had gender incongruence, with 32% expressing gender incongruence before puberty. Two-thirds were youth assigned female at birth ( $P < 0.05$ ). In terms of psychopathology, depressive and anxiety disorders, as well as suicidality, came well ahead of other psychiatric co-occurrences. School ostracism and rejection were common. Compared to the general adolescent population, the young people in the specialized consultation are much more exposed to discrimination and insults, and even sexual aggression in the public space, than their peers, and the internalization of transphobia by these young people is particularly important. In all, 40% of the young

people made a social transition before the first consultation and 74% and 61% of them did so within the family and at school (the average age of social transition at school = 15.13 years). In all, 35% of the young people made the name change official at the town hall (the average age = 16.26 years). Puberty blockers were used by 11% of the youths who had reached puberty (mean age = 13.9 years, mean time to initiation = 10 months). In total, fewer than half of the youths (44%) received masculinizing or feminizing sex hormone treatment (mean age = 16.9 years, mean time to initiation = 14 months). In all, 8.7% of the young people who received sex hormone treatment underwent fertility preservation. Requests for surgery before the age of 18 remain very rare. The most frequent are torsoplasties (20%) performed at a mean age of 18.44 years and never before 16 years.

## Conclusion

The results of this cohort are close to those reported by other European centers in terms of the higher proportion of young people assigned female at birth. However, they differ with a lower proportion of hormonal treatment. Social transition is the most frequent request in our center, but it is not systematic. We wonder whether the place of narration while in our care may explain these differences.

## Mots clés

Incongruence de genre; Dysphorie de genre; Transgenre; Transidentité; Enfance; Adolescence; Cooccurrence; Traitement; Prise en charge

## Keywords

Gender incongruence; Gender dysphoria; Transidentity; Childhood; Adolescence; Co-occurrence; Treatment; Care

---

## 1. Introduction

Au XXI<sup>e</sup> siècle, nos sociétés accueillent et reconnaissent toujours difficilement les personnes transgenres, avec des différences importantes en fonction des états, des cultures, de la religion, et du milieu rural ou urbain d'origine. Les transidentités renvoient aujourd'hui à une diversité d'identités de genre. Il est question de personnes transmasculines, transféminines, non binaires, agenres, et autres. Les personnes trans ont en commun d'exprimer une identité de genre et une perception de soi différente de celle qui leur a été attribuée à la naissance, en général d'après l'observation de leurs organes génitaux externes. Les transidentités se caractérisent de manière singulière et construites quant à l'identité de genre, sachant que l'identité de tout un chacun se construit de manière singulière [1], [2].

L'expérience de la transidentité peut être douloureuse d'où le terme retenu par les experts ayant contribué au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [3] de « dysphorie de genre » (DG) qui souligne une souffrance significative exprimée ou un risque de souffrance chez le sujet qui éprouve cette incongruence entre le sexe de naissance et le genre [4]. La notion de non-binarité y apparaît également avec le terme « genre alternatif ». Le terme de « dysphorie de genre » tend actuellement à être réactualisé au profit de la nouvelle dénomination de la CIM 11 [5] qui définit l'« incongruence de genre » non plus comme un diagnostic de pathologie mais comme une condition relative à la santé sexuelle. Les transidentités ne sont pas toujours associées à une souffrance, bien que ce vécu puisse s'avérer douloureux par l'éprouvé intime de cette transidentité [6], mais aussi du fait du vécu social, de la discrimination, du harcèlement, des agressions

et de la transphobie intériorisée [7]. Les personnes trans peuvent ainsi traverser au cours de leur vie des moments de « crise subjective » et/ou de « crise sociale » qu'une transition, sociale et/ou médicale, voire médicochirurgicale va aider à améliorer [7].

On ne dispose pas à ce jour de données démographiques précises quant à la population transgenre en France. La littérature internationale comporte deux types d'études. Les premières réalisées à partir du nombre de personnes transgenres reçues dans les services spécialisés, estiment la fréquence des personnes transgenres entre 1/12 000 à 1/37 000 femmes transgenres et 1/30 000 à 1/110 000 hommes transgenres [8]. Ces études recensent seulement une partie des personnes transgenres : il s'agit des personnes qui souhaitent recourir à une transition médicale et qui décident d'avoir recours à une consultation spécialisée. Le second type d'études, plus récentes, consiste en des enquêtes explorant de manière large les questions d'identité de genre. Ces études recensent toutes les personnes qui se perçoivent dans un genre différent de leur genre d'assignation à la naissance, sans forcément souhaiter une transition, et comprennent les personnes non binaires. Elles estiment la fréquence de la transidentité autour de 1 % chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte [9]. À notre connaissance, on ne dispose pas de données directes pour les enfants prépubères. Concernant les grands adolescents, deux études portant sur respectivement 8500 lycéens en Nouvelle-Zélande et 2730 adolescents aux États-Unis évaluent la fréquence de la transidentité autour de 1,2 % [10], [11]. Le nombre d'enfants et adolescents concernés reste donc faible, y compris dans le contexte des évolutions sociétales récentes.

Chez les adolescents, le sex-ratio qui favorisait les jeunes filles trans<sup>1</sup> jusque dans le milieu des années 2000 semble avoir évolué depuis en faveur des garçons trans<sup>2</sup> dans différents pays (Canada, Pays-Bas, Finlande) [12], [13]. L'ouverture de programmes dédiés à la prise en charge des jeunes transgenres a été suivie d'une augmentation des demandes, ce qui pose la question d'une réelle augmentation de la fréquence des transidentités ou d'un accès aux prises en charge plus facile pour les jeunes et leurs parents, en partie du fait de la dépathologisation et de la déstigmatisation des transidentités [8], [9], [11], [12], [13], [14], [15]. On peut penser que certains pays sont plus tolérants avec les personnes transgenres facilitant ainsi l'annonce de la transidentité, et donc l'accès aux services d'évaluation et d'accompagnement clinique.

Alors que des consultations spécialisées dans l'évaluation clinique et la prise en charge des questions d'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent se sont développées depuis les années 1970 aux États-Unis et au Canada, puis aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne [16], l'accès à une information et à des soins spécialisés s'est établi beaucoup plus récemment en France avec deux sites pionniers à Lille et à Paris. En Île-de-France, quatre consultations sont disponibles : à l'hôpital Robert-Debré, au Centre intersectoriel pour adolescent (CIAPA), au Centre médico-psychologique et pédagogique (CMPP) Pichon-Rivière et à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. L'équipe de la Pitié-Salpêtrière – Sorbonne université coordonne le réseau porté par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARSIF), la plateforme trajectoires jeunes trans (TJT). Cette plateforme est née dans la continuité d'un partenariat existant depuis 2013 entre les services hospitaliers de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des hôpitaux Pitié-Salpêtrière, Fondation Vallée puis CIAPA et Robert-Debré ainsi que le service d'endocrinologie pédiatrique de Robert-Debré, autour du début de l'accompagnement des mineurs transgenres en France. Des relations de confiance se sont construites progressivement entre les professionnels de santé, les associations trans et l'association de parents Grandir Trans qui réunit 1300 familles. Ce réseau s'est agrandi avec les services de biologie de la reproduction, d'endocrinologie, de pédiatrie, de santé sexuelle, de chirurgie côté hospitalier, du Réseau Santé Trans (ReST), de centres de santé et de praticiens libéraux côté ville, de juristes, éthiciens et chercheurs dans le champ des transidentités, l'ensemble des différents partenaires étant réuni autour de l'intérêt commun de la santé globale des mineurs et jeunes adultes trans.

L'équipe du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille a décrit l'accompagnement au sein d'une unité de consultation pluridisciplinaire proposant l'accueil, et le cas échéant, l'évaluation diagnostique d'une dysphorie de genre, l'évaluation thérapeutique, l'accompagnement individualisé à un parcours de transition (sociale et/ou hormonale et/ou administrative et/ou chirurgicale) en appui des standards de soins édités par la WPATH [17]. Ce papier présente aussi une description d'une cohorte de 43 adolescents et jeunes adultes de 15 à 25 ans (moyenne d'âge 19 ans). Une étude antérieure de cohorte en France concerne uniquement les sujets adultes (âge médian : 31 ans) [18]. À ce jour, il existe donc très peu de données françaises.

L'apparition d'une offre de soins autrefois inexistante avec l'ouverture de centres de référence et la plus grande visibilité des transidentités sont le corolaire d'une augmentation des demandes de consultations chez les mineurs au cours des dernières années. Afin de préciser une représentation de la population transgenre, non conforme ou en questionnement qui consulte dans un centre spécialisé en France, nous proposons dans cet article de décrire de manière rétrospective l'ensemble des enfants et adolescents qui ont été reçus depuis 2012 à la consultation identité sexuée du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP – Sorbonne université. Outre leurs caractéristiques sociodémographiques, nous évaluerons la présence, ou non, d'une incongruence de genre selon les critères de la CIM-11 et l'existence d'éventuelles cooccurrences psychiatriques, puis nous décrirons les principales modalités de prise en charge proposées, à savoir la transition sociale, le blocage pubertaire, les transitions hormonales et les transitions chirurgicales. Nous rendrons compte des modalités retenues par les jeunes pour leur vivre leur transidentité, ainsi que des délais et du cadre éthique d'instauration des traitements proposés.

## 2. Méthodes

### 2.1. Contexte

La consultation spécialisée identité sexuée a ouvert en 2012 dans le service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, à l'initiative de Colette Chiland [4]. Elle reçoit des enfants et des adolescents mineurs transgenres et/ou en questionnement concernant leur identité de genre et leurs familles. Les jeunes et leurs familles sont reçus à leur demande, sur adressage médical et/ou adressés par des associations de personnes concernées. La consultation est pluridisciplinaire ; elle associe pédopsychiatres, psychiatres, psychologues, endocrinopédiatres, endocrinologues, pédiatres, chirurgien-ne-s, biologistes de la reproduction, médecins en santé sexuelle, psychomotricien-ne-s, juristes, éthicien-ne-s. Elle a pour mission d'accompagner les jeunes et leurs familles dans leurs questionnements de genre, et ce dans une perspective bienveillante, non jugeante respectant les standards de soins édités par la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) [19]. L'information médicale, au même titre que les soins proposés, prennent en compte les données scientifiques, le savoir situé des personnes trans, les recommandations internationales, et s'appuient sur la tradition clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ainsi que sur une analyse éthique d'après le principisme de Beauchamp et Childress [20]. Depuis 2015, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont coordonnées à un rythme mensuel.

### 2.2. Critères d'inclusion

L'unique critère d'inclusion est d'avoir été reçu à la consultation identité sexuée du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié-Salpêtrière entre juin 2012 et mars 2022 (8 en 2022). L'informatisation précoce de la consultation et des RCP permet d'avoir des données depuis le début de l'année 2012. Les

239 sujets inclus correspondent donc à la totalité des sujets reçus à la consultation identité sexuée depuis juin 2012 jusqu'en mars 2022, sans aucun critère d'exclusion. Il s'agit de tous les enfants et adolescents ayant demandé à être reçus dans le cadre de cette consultation spécialisée. La majorité d'entre elles/eux a été vue dans le cadre de consultations ambulatoires sur adressage médical ou des associations, ainsi qu'à la demande de leurs parents. Cependant, certain·e·s ont été rencontré·e·s alors qu'ils/elles étaient hospitalisé·e·s dans le service de pédopsychiatrie pour avis concernant des questionnements exprimés sur l'identité de genre. Les jeunes accompagné·e·s de leurs parents ou d'un tiers sont tous et toutes reçu·e·s en début de prise en charge par l'un des médecins pédopsychiatres qui va proposer des consultations axées sur l'exploration de l'identité de genre, l'histoire développementale, la recherche d'éventuelles cooccurrences psychiatriques, l'inscription scolaire et sociale du sujet, et la dynamique familiale (fratrie, personnes proches). Depuis 2021, en l'absence de point d'appel psychiatrique dans les informations recueillies à l'inscription à la consultation, les consultations psychodynamiques autour de l'exploration de l'identité de genre, de l'élaboration de la demande d'affirmation de genre et d'accompagnement psychologique peuvent être assurées par un·e psychologue qui reçoit alors le jeune et sa famille dès la première consultation, une rencontre avec un·e pédopsychiatre intervenant dans les semaines qui suivent ce premier entretien afin d'évaluer les cooccurrences éventuelles et compléter l'histoire développementale dans une perspective médicale.

### 2.3. Variables étudiées

Dès les débuts de la consultation identité sexuée, il a été décidé de collecter un certain nombre de données sociodémographiques et cliniques, sur papier puis sur une base de données interne au service, dans une perspective de recherche. La *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents* a été utilisée pour évaluer les éventuelles cooccurrences psychiatriques [21]. L'équipe de cliniciens étant aussi une équipe de chercheurs avec d'emblée la perspective d'étudier cette cohorte de manière prospective, il n'y a pas eu de donnée manquante. Pour les jeunes reçus de 2012 à 2017, les données avaient été colligées sur le dossier médical papier de chaque patient et ont été secondairement reportées sur la base de données informatisée. À partir de 2017, les données étaient recueillies d'emblée sur la base de données en plus du dossier papier. La base de données utilisée est un fichier Excel élaboré par Fanny Poirier et Agnès Condat en 2017. Elle a ensuite été renseignée par les médecins et psychologues impliqués dans la prise en charge des jeunes et des familles, Julie Brunelle, Chrystelle Lagrange, Fanny Poirier, Grégor Mamou, Nicolas Mendès et Agnès Condat.

#### 2.3.1. Les données sociodémographiques

L'âge à la première consultation, le genre exprimé, le genre d'assignation de naissance, le niveau socioéconomique sur la base de la profession des parents selon un score de 1 à 3 (1 : bon, 2 : moyen, 3 : faible), la situation familiale (le/la jeune vit avec ses deux parents, parents séparés, vit avec un seul parent, est placé·e à l'aide sociale à l'enfance [ASE], autres) et l'orientation sexuelle telle qu'exprimée par le jeune lui-même quand elle a été exprimée (hétérosexuelle, homosexuelle, bisexuelle, pansexuelle, autres, encore indéterminée).

#### 2.3.2. Identité de genre

Le genre exprimé par le sujet (féminin, masculin, non binaire, genre fluide, ou autre), la condition d'incongruence de genre (selon la CIM 11) fondée sur le discours des sujets et des parents, l'âge de début des questionnements d'identité de genre (avant ou après la puberté) selon les dires du sujet et des parents. Quand le discours des parents ne corroborait pas celui du sujet, nous avons choisi de reporter les dires du

sujet. Pour les jeunes ayant été reçus avant 2019, la référence quant à la condition trans était celle du diagnostic de dysphorie de genre selon le DSM-5. L'ensemble de ces cotations DSM-5 a été repris dans le détail a posteriori par Agnès Condat et Julie Brunelle pour avoir une cotation par la CIM 11 pour tous les sujets. Il est important de noter que certains jeunes qui ne validaient pas le diagnostic de dysphorie de genre du fait de l'absence de souffrance en lien avec leur transidentité valident la condition incongruence de genre selon la CIM 11 qui ne demande pas ce critère de souffrance.

### 2.3.3. Les données de psychopathologie générale

Les éventuelles cooccurrences psychiatriques ont été évaluées par les médecins seniors selon les critères du DSM-5 au cours des consultations en utilisant le *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents* [21]. Les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et de harcèlement, de rupture scolaire ainsi que les troubles instrumentaux ont également été renseignés. Ces données cliniques sont reportées selon les dires des sujets, confirmés par les parents et/ou les structures scolaires contactées et consignées dans leur dossier médical, ainsi que par des bilans spécialisés (neuropsychologique, orthophonique, psychomoteur) pour les troubles instrumentaux. Tous les suivis des enfants ou adolescent-e-s s'accompagnent d'entretiens réguliers avec leurs parents (et/ou le cas échéant les référents de l'ASE).

### 2.3.4. Les propositions de transition sociale et/ou médicale

Nous avons également systématiquement listé les propositions de transition sociale et/ou médicale qu'elles aient été mises en œuvre avant le début du suivi ou plus souvent au cours de celui-ci. Nous avons colligé les éventuels transitions sociales, blocages pubertaires par analogue de la GnRH, transitions hormonales (hormones masculinisantes ou féminisantes selon les cas) et transitions chirurgicales, changements de prénom et transitions juridiques à l'état civil. Quand un traitement hormonal et/ou exceptionnellement chirurgical a débuté en cours de suivi, nous avons calculé le délai moyen entre la première consultation et le début de ces traitements.

## 2.4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été conduites avec le logiciel R 4.0.3, en ayant recourt à des tests bilatéraux avec un niveau de significativité fixé à 5 %. Nous avons commencé par décrire l'échantillon global, ainsi que par classes d'âge au premier rendez-vous. La distribution des variables qualitatives est donnée par le nombre et le pourcentage d'occurrences de chaque modalité. La distribution des variables quantitatives a été résumée par la moyenne et l'écart-type, ou par la médiane et l'intervalle interquartiles, selon la forme des distributions.

## 3. Résultats

### 3.1. Description globale de l'échantillon

Au total, 239 jeunes personnes ont été reçu-e-s à la consultation identité sexuée entre juin 2012 et mars 2022, dont 68 % de jeunes assignés de genre féminin à la naissance, 31 % de jeunes assignés de genre masculin et 1 % de jeunes intersexes du fait de variations du développement génital (Tableau 1, Fig. 1). L'incongruence de genre selon les critères de la CIM 11 est confirmée chez 218 jeunes (91 %). Parmi les jeunes qui ne remplissent pas les critères de la CIM 11, soient 21 jeunes, 7 jeunes expriment une non-conformité de genre, c'est-à-dire, que leur expression de genre ne correspond pas aux stéréotypes sociaux binaires de genre sans remplir pour autant les critères de l'incongruence de genre selon la CIM-11. Enfin,

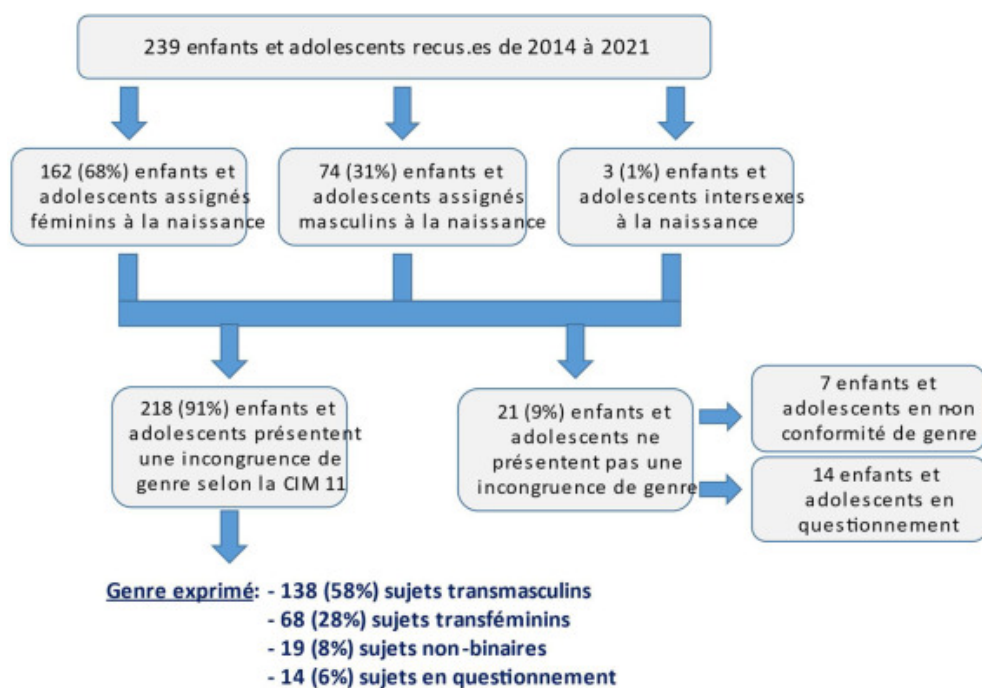
14 jeunes sont en questionnement quant à leur identité de genre sans pour autant s'identifier à, ni exprimer un genre autre que leur genre de naissance. Si l'on étudie l'identité de genre exprimée par ces jeunes, on relève que 138 jeunes se reconnaissent dans une identité transmasculine, 68 dans une identité transféminine, 19 dans une identité non binaire, alors que 14 jeunes sont en questionnement (différence significative de genre assignée à la naissance,  $p < 0,05$ ).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et genre exprimé.

	<b><i>n</i> = 239</b>
<b>Genre assigné à la naissance</b>	
Féminin, <i>n</i> (%)	162 (68)
Masculin, <i>n</i> (%)	74 (31)
Intersexes, <i>n</i> (%)	3 (1)
Âge au premier rendez-vous	14,50 (3,16) [3,22–20,69]
Moyenne (écart-type) [min–max]	
<b>Situation familiale</b>	
Vit avec ses deux parents, <i>n</i> (%)	142 (59,41)
Vit avec un seul parent, <i>n</i> (%)	66 (27,62)
Garde alternée, <i>n</i> (%)	14 (5,86)
Placement aide sociale à l'enfance (ASE), <i>n</i> (%)	13 (5,44)
Autres, <i>n</i> (%)	4 (1,67)
<b>Niveau socioéconomique</b>	
Faible, <i>n</i> (%)	45 (18,83)
Moyen, <i>n</i> (%)	98 (41)
Bon, <i>n</i> (%)	96 (40,17)
<b>Scolarité</b>	
Ordinaire, <i>n</i> (%)	159 (66,53)
Spécialisée, <i>n</i> (%)	17 (7,11)
Déscolarisation, <i>n</i> (%)	63 (26,36)
<b>Orientation sexuelle</b>	
Hétérosexuelle, <i>n</i> (%)	24 (10,1)
Homosexuelle, <i>n</i> (%)	27 (11,4)
Bisexuelle, <i>n</i> (%)	4 (1,7)
Pansexuelle, <i>n</i> (%)	10 (4,2)
Non communiquée, <i>n</i> (%)	174 (73,4)
<b>Moins de 12 ans au premier rendez-vous</b>	



<i>n</i> (%)	41 (17)
<b>Âge au premier rendez-vous si &lt; 12 ans au premier rendez-vous</b>	
Moyenne (écart-type) [min-max]	8,55 (2,46) [3,22-11,90]
<b>Genre assigné à la naissance si &lt; 12 ans au premier rendez-vous</b>	
Féminin, <i>n</i> (%)	13 (32)
Masculin, <i>n</i> (%)	28 (68)
Intersexes, <i>n</i> (%)	0
<b>Plus de 12 ans au premier rendez-vous</b>	
<i>n</i> (%)	198 (83)
<b>Âge au premier rendez-vous si &gt; 12 ans au premier rendez-vous</b>	
Moyenne (écart-type) [min-max]	15,73 (1,39) [12,06-20,69]
<b>Genre assigné à la naissance si &gt; 12 ans au premier rendez-vous</b>	
Féminin, <i>n</i> (%)	149 (75)
Masculin, <i>n</i> (%)	46 (23)
Intersexes, <i>n</i> (%)	3 (2)
<b>Critères incongruence de genre CIM 11, <i>n</i> (%)</b>	218 (91)
<b>Incongruence de genre ayant débuté avant la puberté, <i>n</i> (%)</b>	77 (32)



[Download : Download high-res image \(528KB\)](#)

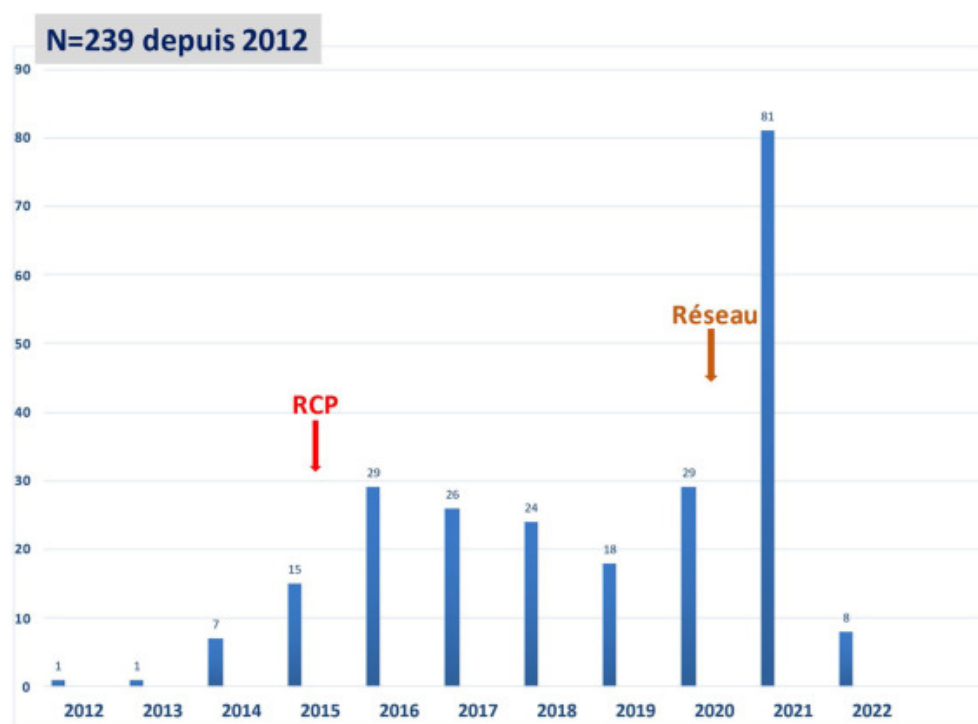
[Download : Download full-size image](#)

Fig. 1. Genre exprimé par les jeunes reçu·e·s à la consultation.

Pour un tiers des jeunes de la cohorte (32 %), l'incongruence de genre a été exprimée par le jeune et/ou repérée par ses parents avant la puberté physiologique. Au total, 41 jeunes (17 %) avaient moins de 12 ans au premier rendez-vous. Pour ces jeunes prépubères, l'âge moyen au premier rendez-vous était de 8,5 ans ( $\pm 2,46$ ). Le plus jeune enfant reçu avait 3 ans ; il s'agissait d'un enfant assigné fille à la naissance dont la mère était très inquiète de son insistance à affirmer être un garçon, se genrer au masculin et reprendre ses parents qui s'adressaient à leur enfant au féminin. Après deux années de prise en charge, la question du genre n'était plus au premier plan ; cette enfant qui s'identifie fille aujourd'hui en accord avec son genre assigné naissance, est encore suivie à notre consultation dans le cadre d'un accompagnement psychodynamique global. Parmi les jeunes qui ont consulté avant la puberté, 32 % étaient des jeunes assignés de genre féminin à la naissance alors que 68 % étaient assignés de genre masculin.

Au total, 83 % des 239 jeunes personnes reçues avaient plus de 12 ans au premier rendez-vous. L'âge moyen au premier rendez-vous était de 15 ans et 9 mois. Au total, 75 % de ces jeunes ayant consulté après l'âge de 12 ans étaient assignés de genre féminin à la naissance, 23 % étaient assignés de genre masculin, et 2 % étaient des personnes intersexes.

La Fig. 2 montre la progression des nouvelles consultations au fil des années. L'augmentation initiale correspond à l'ouverture de la consultation identité sexuée avec une progression jusqu'en 2016 d'un nouveau patient reçu en consultation en 2012 à 29 nouveaux patients au total pour l'année 2016. Un effet de plateau est visible de 2017 jusqu'à la fin de l'année 2020. Il s'explique par le suivi des patient-e-s référencé-e-s et la prise en charge de nouveaux patient-e-s à moyens constants (2 pédopsychiatres à temps partiel sur cette activité). Depuis le dernier trimestre 2020, un travail de réseau a été fait en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) pour ouvrir la plateforme intitulée « Trajectoires Jeunes Trans d'Île-de-France », dédiée aux soins spécifiques des enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes trans. Des moyens humains supplémentaires (1 pédopsychiatre) ont été alloués à la consultation à partir du dernier trimestre 2020, qui ont permis d'augmenter la capacité d'accueil. Le nombre de nouvelles demandes (nouveaux rendez-vous + demandes sur liste d'attente) quant à lui est stable depuis 2018–2019.



Download : [Download high-res image \(287KB\)](#)

Download : [Download full-size image](#)

Fig. 2. Nombre de nouveaux patients pris en charge (2012–2022).

Au plan des données sociodémographiques (Tableau 1), 81,17 % des familles des jeunes de la cohorte ont un niveau socioéconomique moyen à bon. Plus de la moitié des jeunes vivent avec leurs deux parents (59,41 %) ; 27,62 % vivent avec un seul parent. Il faut noter que 5,86 % des jeunes reçus à la consultation sont confiés à l'ASE.

Concernant l'orientation sexuelle, seuls 65 jeunes expriment une orientation sexuelle déterminée, plus des deux tiers des jeunes rapportent en effet ne pas savoir encore leur orientation sexuelle. Sur les 65 jeunes ayant exprimé une orientation, l'orientation hétérosexuelle et l'orientation homosexuelle sont retrouvées à parts sensiblement égales (10,1 et 11,4 %). Au total, 4,2 % des jeunes personnes ayant exprimé une identité sexuée se disent pansexuelles, 1,7 % bissexuelles. Les personnes pansexuelles sont des personnes qui peuvent être attirées, sentimentalement ou sexuellement, par une personne quel que soit son sexe ou genre. Sur le plan scolaire, un quart des jeunes (26,36 %) est déscolarisé depuis au moins 3 mois au premier rendez-vous. Au total, 66,53 % des jeunes bénéficient d'une scolarité en milieu ordinaire et 7,1 % en milieu spécialisé. La quasi-totalité des jeunes déscolarisés au premier rendez-vous (soit 61 jeunes sur 63) ont été rescolarisés au cours de la prise en charge.

Sur les 239 sujets, 66 soient 28 % d'entre elles/eux présentent des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Un nombre élevé de jeunes (38 %) rapportent avoir été victime de harcèlement avant la prise en charge, essentiellement dans le cadre scolaire. Avant la prise en charge, les antécédents de suicidalité s'élèvent à 46 % et les tentatives de suicide à 24 % de l'effectif global (Tableau 2). Selon l'évaluation par le MINI-KID (DSM-5), les épisodes dépressifs majeurs arrivent au premier rang des cooccurrences psychiatriques (60 %). Si 57 jeunes (24 %) avaient fait une tentative de suicide avant le premier rendez-vous, 6 jeunes ont fait une tentative de suicide au cours de la prise en charge. Un jeune (assigné de genre féminin à la naissance) s'est malheureusement suicidé ; il s'agissait d'un jeune majeur présentant des troubles psychiatriques ayant conduit à plusieurs hospitalisations et une prise en charge de plusieurs années en hôpital de jour depuis le début de l'adolescence. Sa transition médicale mais aussi sociale lui avait été refusée jusqu'à sa majorité si bien qu'il n'a pu être reçu à la consultation qu'après ses 18 ans. Il avait pu initier une transition hormonale quelques semaines avant son suicide. Il avait depuis ses 18 ans choisit d'être suivi en ville pour ses troubles psychiatriques avec l'accord de ses parents. Son traitement médicamenteux était lourd et son observance variable ; il traversait des épisodes d'effondrement dépressif et était socialement très isolé. Le suicide est survenu par médicaments dans ce contexte.

Tableau 2. Antécédents d'hospitalisation, harcèlement scolaire, suicidalité et cooccurrences psychiatriques.

	<b>n = 239</b>
<b>Données d'après comptes-rendus des dossiers médicaux et/ou récits des parents</b>	
<b>Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie avant prise en charge</b>	66 (28 %)
<b>Antécédents de harcèlement scolaire avant prise en charge</b>	92 (38 %)
<b>Antécédents de rupture scolaire (durée &gt; 3 mois) avant prise en charge</b>	79 (33 %)
<b>Antécédents de suicidalité</b>	110 (46 %)
<b>Antécédents de tentative de suicide</b>	57 (24 %)
<b>Données du MINI (DSM-5)</b>	

<b>Épisode dépressif caractérisé</b>	143 (60 %)
<b>Trouble bipolaire I</b>	1
<b>Trouble bipolaire II</b>	0
<b>Trouble bipolaire non spécifié</b>	1
<b>Trouble panique</b>	29 (12 %)
<b>Agoraphobie</b>	33 (14 %)
<b>Angoisse de séparation</b>	51 (21 %)
<b>Trouble anxieux généralisé/phobie sociale</b>	97 (41 %)
<b>Phobies spécifiques</b>	12 (5 %)
<b>Trouble obsessionnel compulsif</b>	8 (3 %)
<b>État de stress post-traumatique</b>	25 (10 %)
<b>Abus de substance</b>	11 (5 %)
<b>Syndrome Gilles de la Tourette</b>	0
<b>TDAH</b>	15 (6 %)
<b>Troubles des conduites</b>	7 (3 %)
<b>TOP</b>	6 (3 %)
<b>Troubles psychotiques</b>	13 (5 %)
<b>Anorexie mentale</b>	16 (7 %)
<b>Trouble boulimique</b>	11 (5 %)
<b>Trouble de l'adaptation</b>	42 (18 %)
<b>TSA</b>	22 (9 %)
<b>État limite</b>	23 (10 %)
<b>Autres</b>	
<b>Troubles instrumentaux</b>	50 (21 %)

TDAH: trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité; TOP: trouble oppositionnel avec provocation; TSA: trouble du spectre de l'autisme.

Les troubles anxieux généralisés et les phobies sociales occupent une place très importante (41 %) dans cette clinique, et l'on constate une place significative pour l'agoraphobie (14 %), les troubles de l'adaptation (18 %), et les troubles paniques (12 %). Suivent à des taux légèrement inférieurs, les troubles du spectre autistique (9 %) sur lesquels nous reviendrons, les épisodes de stress post-traumatique (10 %), les états-limites (10 %), le TDAH (6 %), l'anorexie mentale (7 %), les troubles psychotiques (5 %), les abus de substances toxiques (5 %). Les troubles boulimiques (3 %) sont moins représentés dans l'échantillon.

Les troubles instrumentaux sont relativement élevés (21 %). Non spécifiés par le MINI-KID, ils ont toutefois été systématiquement investigués par un médecin senior lors des entretiens cliniques, puis par un bilan

spécifique si un point d'appel était visible. Les principaux troubles retrouvés par ordre décroissant de fréquence sont : la dyslexie-dysorthographe (DLDO), la dyspraxie, la dysgraphie. Ces troubles ont été systématiquement pris en charge ([Tableau 2](#)).

### 3.2. Les transitions

Comme rappelé dans la section méthode, la prise en charge est multidisciplinaire et peut comprendre des propositions de transition de genre. Nous décrivons ces différentes modalités de transition des jeunes reçus à notre consultation entre 2012 et 2022 d'un point de vue social, hormonal et chirurgical.

#### 3.2.1. Sociale et juridique

En juin 2022, avant ou au cours du suivi, 74 % ont effectué une transition sociale au sein de la famille et 61 % à l'école ([Tableau 3](#)). L'âge moyen de la transition sociale à l'école est de 15,13 ans ( $\pm 2,6$ ). Pour 40 % des jeunes de la cohorte, la transition sociale a été faite avant la première consultation (famille, groupes de pairs, école). Rarement, la transition sociale peut avoir été précoce au cinquième anniversaire pour la plus précoce que nous ayons observée. L'enfant en question avait été déscolarisée suite au refus de l'école maternelle d'accepter sa demande de transition sociale, des troubles somatiques de type maux de ventre étant apparus qui empêchaient le maintien en classe. Elle a pu être rescolarisée avec un changement d'école dans son identité de genre vécue et exprimée ; elle est actuellement en classe de quatrième et n'a jamais manifesté de phobie scolaire depuis sa transition sociale.

Tableau 3. Transitions sociales et juridiques.

	<b>n = 239</b>
<b>Transition sociale avant le premier rendez-vous</b>	96 (40 %)
<b>Transition sociale dans la famille en cours de prise en charge</b>	178 (74 %)
<b>Transition sociale à l'école en cours de prise en charge</b>	144 (61 %)
<b>Changement de prénom à l'état civil (mairie) en cours de prise en charge</b>	83 (35 %)
<b>Changement de la mention du sexe à l'état civil en cours de prise en charge</b>	19 (8 %)
<b>Âge de la transition sociale à l'école</b>	15,13 (2,6)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[4,99-21,42]
<b>Âge du changement prénom à la mairie (69 sujets renseignés/83)</b>	16,26 (2,06)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[8,87-21,17]
<b>Âge du changement de la mention du sexe à l'état civil (17 sujets renseignés/19)</b>	19,48 (1,17)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[17,49-21,55]

En juin 2022, avant ou au cours du suivi, 35 % d'entre elles/eux ont changé de prénom à l'état civil tandis que 8 % ont aussi changé leur mention du sexe à l'état civil. L'âge moyen du changement de prénom à la mairie est de 16,26 ans ( $\pm 2,06$ ) et l'âge du changement de mention du sexe est de 19,48 ans ( $\pm 1,17$ ). Rappelons que le changement de la mention du sexe n'est possible qu'après la majorité ou à partir de 16 ans dans le cas où le jeune aurait été émancipé.

### 3.2.2. Transitions hormonales

Nous avons reporté les traitements médicaux d'affirmation de genre prescrits entre 2012 et 2022 ([Tableau 4](#)). Ils comprennent les bloqueurs de puberté (prescrits après le début de la puberté, aux stades Tanner 2 et 3 ou ultérieurement [22], [23], [24], les traitements masculinisants ou féminisants prescrits plus tardivement et les chirurgies (torsoplastie, puis après la majorité appareil génital interne et externe, etc.). L'indication des traitements est systématiquement discutée en RCP. Certains sujets ont bénéficié d'un traitement supprimeur de puberté avant d'être reçus dans le service, ou, d'un traitement avant la mise en place formalisée et informatisée des RCP (avant 2015).

Tableau 4. Transitions hormonales (bloqueurs et hormones).

<b>Blocage de la puberté</b>	
<b>Nombre de sujets traités par bloqueurs de puberté</b>	26 (11 %)
<b>Délai (années) entre la 1<sup>re</sup> consultation et le traitement</b>	0,84 (1,05)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[-1,25-4,63]
<b>Âge au début du traitement par bloqueurs de puberté</b>	13,87 (2,31)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[10,03-17,77]
<b>Traitement féminisant ou masculinisant</b>	
<b>Nombre de sujets traités par traitement hormones sexuelles</b>	105 (44 %)
<b>Délai (années) entre la 1<sup>re</sup> consultation et le traitement hormonal</b>	1,20 (0,88)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[-0,11-5,02]
<b>Âge au début du traitement hormonal</b>	16,87 (1,40)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[13,27-20,75]
<b>Préservation de fertilité réalisée</b>	9 (8,57 %)

Sur 239 jeunes, 26 ont bénéficié d'un blocage de puberté (11 %). L'âge moyen de première prescription d'un traitement bloqueur est 13,87 ans ( $\pm$  2,31), le plus jeune avait 10 ans, et le plus âgé 17 ans et demi. Le délai moyen entre la première consultation et la mise en place du traitement par bloqueurs de puberté est de 0,84 ans ( $\pm$  1,05) soit 10 mois ; certains jeunes ont reçu un traitement avant la première consultation.

Moins de la moitié des jeunes reçus à la consultation (44 %) ont bénéficié d'un traitement hormonal féminisant ou masculinisant au cours du suivi. L'âge moyen de première prescription est de 16,87 ans ( $\pm$  1,4). Le délai moyen pour l'instauration du traitement hormonal est de 1,2 années ( $\pm$  0,88) entre la première consultation et le début du traitement. Enfin, 8,57 % des jeunes ayant reçu un traitement hormonal par hormones sexuelles ont choisi de préserver leur fertilité.

### 3.2.3. Transitions chirurgicales

En ce qui concerne les traitements chirurgicaux, 30 personnes de l'échantillon (20 %) ont eu une torsoplastie, le plus souvent après leur majorité ([Tableau 5](#)). L'âge moyen pour la torsoplastie est de 18,44 ans ( $\pm$  1,17). Le plus jeune avait 16,03 ans et le plus âgé 21,46 ans. Concernant la chirurgie génitale, 5 jeunes majeurs ont souhaité une hystérectomie/ovariectomie. L'âge moyen est de 18,8 ans ( $\pm$  0,82). Une

seule personne a souhaité avoir recours à une métoïdioplastie, réalisée à l'âge de 20,62 ans. Concernant les chirurgies de féminisation, une jeune fille majeure a bénéficié d'une vaginoplastie, deux ont bénéficié d'une chirurgie faciale de féminisation, et une d'une augmentation mammaire.

Tableau 5. Transitions chirurgicales (concernent seulement les sujets qui avaient plus de 12 ans au 1<sup>er</sup> rendez-vous).

<b>Torsoplastie</b>	
<b>Nombre de sujets traités pour torsoplastie parmi les sujets de plus de 12 ans au 1<sup>er</sup> rendez-vous assignés filles à la naissance (n = 149)</b>	30 (20 %)
<b>Âge au moment de la torsoplastie</b>	18,44 (1,17)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[16,03– 21,46]
<b>Hystérectomie/ovariectomie</b>	
<b>Nombre de sujets ayant bénéficié d'une hystérectomie/ovariectomie parmi les sujets de plus de 12 ans au 1<sup>er</sup> rendez-vous assignés filles à la naissance (n = 149)</b>	5 (3 %)
<b>Âge de la chirurgie</b>	18,81 (0,82)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[18,24– 20,24]
<b>Chirurgie de féminisation (féminisation du visage et/ou vaginoplastie)</b>	
<b>Nombre de sujets ayant bénéficié d'une chirurgie de féminisation parmi les sujets de plus de 12 ans au 1<sup>er</sup> rendez-vous assignés garçons à la naissance (n = 46)</b>	3 (7 %)
<b>Âge de la chirurgie des sujets</b>	20,47 (2,17)
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	[18,01– 22,12]
<b>Phalloplastie/métaïodoplastie</b>	
<b>Nombre de sujet ayant bénéficié d'une métaïodoplastie parmi les sujets de plus de 12 ans au 1<sup>er</sup> rendez-vous assignés filles à la naissance (n = 149)</b>	1 (0,7 %)
<b>Âge de la métaïodoplastie</b>	20,62
<b>Moyenne (écart-type) [min-max]</b>	

#### 4. Discussion

L'évolution du nombre de situations ne peut servir de repère épidémiologique. Avant 2013, il n'y avait pas de consultation dédiée à la transidentité chez l'enfant et l'adolescent en France. Dans notre consultation, nous constatons sur les trois premières années après l'ouverture une augmentation croissante de demandes (entre 2014 et 2017). Après 2017, les rendez-vous sont restés stables puis à partir de la fin de l'année 2020,

nous constatons une nouvelle augmentation qui est liée à un travail des réseaux rendu possible grâce à des financements de l'ARS. En termes de listes d'attente, les demandes de rendez-vous sont stables depuis 2019 et nous ne constatons pas d'évolution épidémique. En Angleterre, le NHS pour les moins de 18 ans montre une augmentation significative des consultations en 10 ans entre 2009 et 2019 avec un doublement des demandes entre 2014 et 2016. Depuis 2017, il existe un plateau avec une augmentation à 6 % [25]. Pour ce qui concerne la consultation néerlandaise pilote, en 35 ans, le nombre de personnes reçues par an a été multiplié par 20 entre 1980 et 2015 [26]. Comme dans la plupart des consultations pour adolescents, nous avons reçu significativement plus de jeunes assignés filles à la naissance que de garçons.

La littérature internationale corrobore en valeur absolue l'augmentation des consultations spécialisées ces dernières années, même si les enfants et les adolescents restent minoritaires. Pour les jeunes pubères, la fréquence de la transidentité est de 1,2 % [10], [11]. Depuis la diversification de la question du genre avec une vision sous forme de continuum [27], il est important dans les études épidémiologiques de distinguer la transidentité de la diversité d'expression de genre. L'estimation la plus fiable pour la prévalence des personnes transgenre est autour de 0,39 % [28]. Cette proportion serait un peu plus élevée chez les adolescents 13–18 ans entre 0,7 et 2,7 % [10], [11]. Il n'y a pas de données chez les enfants prépubères. Par contre, les études réalisées chez des adolescents qui explorent à la fois la transidentité et la non-binarité et la diversité de genre dans son ensemble, retrouvent que 9,2 % des jeunes se considèrent comme transgenre avec une bonne partie d'entre eux qui ne demanderont pas forcément à réaliser une transition [29].

#### 4.1. Critères diagnostics

Au total, 91 % des sujets reçus répondent aux critères diagnostics de l'incongruence de genre de la CIM 11 (ou de la dysphorie de genre du DSM-5). Ce fort pourcentage atteste de la pertinence de l'adressage. Toutefois, le délai d'attente pour un premier rendez-vous, variable de 6 à 18 mois, pondère ce résultat. Des désinscriptions de la liste d'attente se font spontanément lorsque le questionnement transgenre était inscrit dans une dynamique développementale sans une identification durable. Cela étant, même après une telle période d'attente (de 6 à 18 mois), pour 9 % des jeunes, la transidentité n'est pas établie. Nous n'avons trouvé qu'une seule étude française qui répertorie 126 patient-e-s qui ont été vu-e-s entre janvier 2016 et mai 2018 à la consultation Transidentités du centre hospitalo-universitaire de Lille [17]. Au total, 43 d'entre elles/eux étaient âgé-es entre 15 à 25 ans, répondaient au diagnostic de dysphorie de genre, et étaient en demande d'accompagnement.

#### 4.2. Vulnérabilités psychiatriques et morbidités

Les jeunes de notre étude témoignent d'une forte vulnérabilité dans le champ de la santé mentale. L'étude de Lille confirme la vulnérabilité psychiatrique des jeunes reçus (âge moyen : 19 ans) puisque 35 % d'entre elles/eux présentent au moins un antécédent de dépression de sévérité variable [17]. Enfin, les autres cooccurrences psychiatriques occupent une faible place dans notre étude. À hauteur de 7 % pour l'anorexie mentale, 6 % pour le TDAH, 5 % pour les troubles psychotiques, 3 % pour les TOC et les TOP. Quant aux troubles du spectre autistiques (9 %), ils posent une question supplémentaire par rapport aux autres comorbidités psychiatriques. Le lien social et de la communication sont-ils secondaires à la transidentité ou s'agit-il d'un diagnostic séparé des TSA [30] ?

À l'international, les études relèvent des taux similaires d'anxiété sociale (21 %) et de troubles de l'humeur (12 à 64 %) [8], [13], [31], [32]. La littérature établit un lien causal entre les transidentités et les troubles anxieux et affectifs (axe I du DSM-5) [33]. Ces troubles sont plus élevés que dans la population générale (de 18 à 80 %) [8], [34], [35], [36]. La littérature internationale questionne aussi la cooccurrence de



l'incongruence de genre et TSA.

En termes de morbidité, on retrouve une fréquence élevée de décrochage scolaire et de tentatives de suicide. La morbidité est ainsi à mettre en lien avec une vulnérabilité sociale, et des risques psychiatriques plus élevés. Au total, 24 % des jeunes de notre échantillon expriment une forte détresse au prisme d'antécédents de tentatives de suicide avant la prise en charge. Les études en Europe, aux États-Unis et au Canada relèvent aussi une prévalence importante des tentatives de suicide de 22 à 43 % depuis la naissance, et de 9 à 10 % sur l'année précédente chez les personnes transgenres [37], [38]. Les tentatives de suicide sont souvent motivées par le rejet de l'identité de genre et de la dysphorie de genre [39]. Ces taux de dépression dépassent très largement les chiffres retrouvés en population adolescente générale qui peuvent aller jusqu'à 5 % (2 % chez les enfants) [40].

Sur le plan scolaire, 25 % des jeunes (sans troubles développementaux) ont décroché depuis plus de trois mois. Plus d'un tiers des jeunes rapportent à la première consultation avoir été victimes de stigmatisation et d'ostracisme dans l'institution scolaire (38 %). L'accompagnement a permis une rescolarisation de la quasi-totalité d'entre elles/eux. L'étude française [17] retrouve un taux de déscolarisation nettement inférieur (4,6 %) mais l'âge moyen de l'échantillon est plus élevé (19 ans versus 15 ans). Bien que les comportements d'automutilation ne figurent pas dans le MINI-KID, la littérature retrouve des scores significativement plus élevés (8,6 fois plus) dans les populations cliniques transgenres référencées [12].

### 4.3. La sexualité

Le faible taux de réponses sur la sexualité dans notre étude montre une indétermination dominante quant aux préférences sexuelles des jeunes interrogés relativement conforme à leur jeune âge moyen. Ces données confirment que les notions d'identité de genre et d'identité sexuée ne sont pas superposables puisque décalée dans le temps pour beaucoup de jeunes reçus en questionnement. Ceux qui répondent montrent une proportion égale entre les personnes hétérosexuelles et les personnes homosexuelles. Ces résultats diffèrent de l'étude de Lille puisque 19 % d'absence de réponses et 21 % de sexualité hétérosexuelle. Si l'orientation sexuelle est une construction complexe et multidimensionnelle [41], la détermination de l'orientation sexuelle pour les adolescent-e-s transgenres intervient plus tardivement que pour les adolescent-e-s cisgenres [42]. En outre, certaines orientations sexuelles pourraient majorer les troubles anxiodépressifs ou la suicidalité [43]. Les personnes homosexuelles ou bisexuelles ont deux fois plus de risques face à la dépression [44].

### 4.4. Accompagnement proposé

Les demandes d'accompagnement des jeunes et adressées à la consultation de l'identité sexuée sont diverses : questionnement sur le genre, demande psychosociale et/ou psychologique, interrogations des parents. La prise en charge d'états anxiodépressifs et les difficultés d'intégration scolaire et sociale est fréquemment sollicitée.

Le nombre important de jeunes qui ont effectué une transition sociale (40 %) ou une transition sociale dans la famille nucléaire (74 %) avant le premier rendez-vous, montre l'enjeu primordial du volet social. L'échantillon de Lille retrouve le même taux [17]. Exprimer son genre, différemment de son sexe de naissance, permet de consolider un changement par rapport à soi-même et dans son lien aux autres. Il s'agit aussi de la seule démarche possible pour les enfants prépubères. La transition en milieu scolaire montre la nécessité d'être accepté et soutenu en milieu scolaire en respectant par exemple le prénom souhaité sur les listes d'appel, et les pronoms choisis. Un tiers ont effectué le changement officiellement auprès de la mairie

pour pouvoir faciliter le changement des papiers d'identité. Depuis 2016, la loi autorise ce changement avec l'accord des deux parents sans justificatif médical. Depuis le 20 septembre 2021, la circulaire Blanquer appuie cette démarche en demandant aux établissements scolaires de respecter le prénom et les prénoms souhaités, et de faciliter les aménagements pratiques pour la transition (vestiaires, toilettes, etc.).

Au plan des traitements hormonaux, nous relevons un faible taux de jeunes qui ont reçu un traitement qui suspend temporairement la puberté. L'étude lilloise ne rapporte qu'un seul cas mais l'âge est ici déterminant. Plusieurs études ont souligné les bénéfices psychologique [45], [46] et l'innocuité relative des traitements par bloqueur [47]. C'est aussi notre expérience clinique. Concernant les traitements hormonaux féminisants ou masculinisants, nous rapportons une proportion plus élevée que l'étude de Lille (42 vs 23 %), mais très rarement avant 16 ans [17]. Dans ces quelques cas, on retrouve des adolescents en grande souffrance, présentant un repli social important et une détresse vis-à-vis des pairs et de la famille, très antérieurs. Par contre, la proportion est plus faible que celle rapportée dans d'autres consultations européennes : 40–41 % de bloqueurs de puberté chez les enfants et adolescents, et 32,2 % de traitements hormonaux d'affirmation chez les plus de 16 ans aux Pays-Bas [48] (notons que ces taux sont restés stables dans le temps chez les mineurs [49]) ; 98 % de bloqueurs de puberté chez les enfants et adolescents et 42 % de traitements hormonaux d'affirmation quand éligibles en Angleterre [50]. Nous nous interrogeons si la place laissée à la parole dans les dispositifs français (c'est aussi le cas à la consultation de Lille) n'influence pas les propositions de soins [17]. Les études internationales se positionnent en faveur d'un bénéfice pour les jeunes qui demandent un traitement féminisant ou masculinisant [51]. C'est aussi le positionnement de la WPATH dans ses recommandations internationales et son analyse de la littérature qui montrent les bénéfices de ces traitements sur la santé mentale, la vie sociale et plus largement la qualité de vie des adolescents [52]. Notons qu'une hormonothérapie auto-administrée est parfois commencée avant le premier rendez-vous pour obtenir des changements corporels. Elle est délivrée par des médecins de ville, voire achetée dans les réseaux parallèles (Internet, laboratoire artisanaux) (rapport relatif à la santé et au parcours de soin des « personnes trans » remis à Monsieur Olivier Veran, ministre des Affaires Sociales et de la Santé en janvier 2022). Nous pensons que l'organisation de filières et de RCP permettrait de répondre à ces dérives.

Les transitions chirurgicales restent exceptionnelles avant la majorité civile en dehors de la torsoplastie (20 %). Les mineurs qui en bénéficient souffrent généralement d'une forte dysphorie de la poitrine qui majore le risque de tentative de suicide et/ou de retrait social complet, et induit une limitation importante des activités sportives. Toutes les décisions de chirurgie sont discutées avec les jeunes et la famille, en RCP et avec les chirurgiens. Les autres chirurgies sont très peu présentes dans notre étude. L'étude de Lille ne rapporte aucune transition chirurgicale.

Même si cette étude n'est pas une étude de devenir, sur l'ensemble des suivis, nous n'avons retrouvé qu'un seul jeune ayant souhaité suspendre sa transition. L'étude de Lille ne mentionne pas les regrets de transition sociale et/ou hormonale [17]. La notion de retransition s'entend pour les personnes qui décident d'effectuer une nouvelle transition : soit vers le sexe de naissance, soit vers un autre genre. On dispose de peu de données épidémiologiques sur leur fréquence qui paraît peu élevée néanmoins. Au plan qualitatif, les retransitions sont plus fréquentes que les regrets [53]. Dans 80 % des cas, les personnes justifient la retransition par un facteur social extérieur (le rejet des pairs et/ou de la famille), et 16 % par un facteur interne (un doute sur l'identité et les raisons médico-psychologiques). Les auteurs soulignent que les pressions sociales et le manque d'accompagnement des personnes concerné-e-s, ainsi que la difficulté d'accès aux soins participent largement de ces décisions. Des taux de retransition avoisinant 10 % sont retrouvés auprès de jeunes dont les deux tiers n'ont pas été eu d'accompagnement comme les

recommandations internationales le préconisent [54], [55].

## 4.5. Implications et perspectives

Le contexte contemporain invite à repenser plusieurs enjeux sociétaux, médicaux, psychologiques quant à la diversité des parcours de transition, l'accès aux soins, l'accompagnement des demandes d'affirmation de genre [7]. L'accompagnement multidisciplinaire montre un impact positif sur les niveaux d'anxiété, de dépression, la suicidalité, l'insertion scolaire et sociale, sur les dynamiques familiales et sur la qualité de vie des jeunes. Il est souhaitable pour ces décisions thérapeutiques complexes, d'élargir l'accès au cadre des RCP et au travail commun des équipes pluridisciplinaires.

Des questions éthiques spécifiques et des questions de recherche autour de l'accompagnement des prépubères (transition sociale et/ou blocage de puberté), de la question du consentement de l'enfant et des personnes mineurs restent à approfondir [7]. Cela implique aussi d'aborder plusieurs enjeux : de formation (des acteurs de santé, du personnel scolaire) ; de lutte contre les discriminations sociales dans tous les milieux (scolaires, sportifs...) ce que souligne l'*American Psychological Association* [56] (APA, 2015) ; de soutien tableau aux familles dont les modalités sont très peu étudiées. En effet, une importance particulière doit être portée aux liens avec les parents, au soutien social, à la sécurité et l'appartenance à l'école et le respect du prénom choisi [39].

L'amélioration de la prise en charge des jeunes transgenres prépubères et pubères dans leur développement devra comprendre des recherches spécifiques. En particulier, si la suppression de la puberté permet aux jeunes de poursuivre leur(s) questionnement(s) sur son identité de genre, elle rend possible l'expérimentation d'une transition sociale à l'école, auprès du groupe de pairs et dans la famille en limitant l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires, en réduisant l'isolement et le rejet social et scolaire, et en minorant les conséquences sur la santé. Mais elle est peu étudiée.

Nos résultats pour les cas où il y a eu suppression de puberté montrent l'absence de parcours types de transition qui ne débouchent pas nécessairement vers une transition hormonale et/ou chirurgicale. Elle permet aussi aux adolescent-es, et à leurs parents, de prendre le temps psychique d'élaborer leur propre projet d'affirmation. Autrement dit, il est fondamental de prendre en compte le jeune et de sa famille dans une dimension développementale et singulière.

In fine, il s'agit de promouvoir les droits humains et l'accès à des soins de qualité en luttant contre les discriminations avec une approche éthique centrée sur la personne dans son environnement. Des recherches complémentaires sur les dimensions cliniques, thérapeutiques et éthique dans le champ des transidentités, par rapport aux enjeux des biotechnologies et sur l'offre de soins en santé globale pour les personnes concernées, seront donc les bienvenues.

## Déclaration de liens d'intérêts

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

[Recommended articles](#)

## Références

[1] C.L. Henrichs-Beck, D.M. Szymanski

## Gender expression, body-gender identity incongruence, thin ideal internalization, and lesbian body dissatisfaction

Psychol Sex Orientat Gend Divers, 4 (2017), pp. 23-33

[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

- [2] A. Condat  
**Sexe d'un autre genre... genre d'un autre sexe, quand la boussole s'affole**  
Rev Lacanienne, 18 (2017), pp. 107-117  
[CrossRef ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [3] American Psychiatric Association  
**Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)**  
American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, Washington, D.C. (2013)  
[Google Scholar ↗](#)
- [4] N. Mendes, C. Lagrange, A. Condat  
**La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature**  
Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 64 (2016), pp. 240-254  
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [5] Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/World Health Organization (WHO)  
11<sup>e</sup> édition de la Classification internationale statistique des maladies et problèmes relatifs à la santé (CIM-11) 2019 (2019)  
[Google Scholar ↗](#)
- [6] A. Condat  
L'affirmation transgenre dans l'enfance et à l'adolescence, In: Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent, ERES, Paris (2016), p. 383  
[CrossRef ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [7] A. Condat, D. Cohen  
**La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques**  
Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 70 (2022), pp. 408-426, [10.1016/j.neurenf.2022.10.003 ↗](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.10.003)  
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [8] K. Khatchadourian, S. Amed, D.L. Metzger  
**Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver**  
J Pediatr, 164 (2014), pp. 906-911  
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [9] K.J. Zucker  
**Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity**  
Sex Health, 14 (2017), p. 404  
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [10] J.P. Shields, R. Cohen, J.R. Glassman, *et al.*

## Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school

J Adolesc Health, 52 (2013), pp. 248-250

 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

[11] M.F.G. Lucassen, P. Bullen, S.J. Denny, *et al.*

### The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12)

J Adolesc Health, 55 (2014), pp. 93-99

[Google Scholar ↗](#)

[12] M. Aitken, D.P. VanderLaan, L. Wasserman, *et al.*

### Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 55 (2016), pp. 513-520

 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

[13] R. Kaltiala-Heino, M. Sumia, M. Työläjäjärvi, *et al.*

### Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development

Child Adolesc Ment Health, 9 (2015), p. 9, [10.1186/s13034-015-0042-y ↗](#)

[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

[14] N.P. Spack, L. Edwards-Leeper, H.A. Feldman, *et al.*

### Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center

Pediatrics, 129 (2012), pp. 418-425

[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

[15] I. Becker, U. Ravens-Sieberer, V. Ottová-Jordan, *et al.*

### Prevalence of adolescent gender experiences and gender expression in Germany

J Adolesc Health, 61 (2017), pp. 83-90

 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

[16] S. Hsieh, J. Leininger

### Resource list: clinical care programs for gender-nonconforming children and adolescents

Pediatr Ann, 43 (2014), pp. 238-244

[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

[17] M. Bernard, M. Wathelet, J. Pilo, *et al.*

### Identité de genre et psychiatrie

Adolescence, T.37 (1) (2019), p. 111


[CrossRef ↗](#) [Google Scholar ↗](#)


[18] M. Bonierbale, K. Baumstarck, A. Maquigneau, *et al.*


### MMPI-2 profile of French transsexuals: the role of sociodemographic and clinical factors. a cross-sectional design

Sci Rep, 6 (2016), p. 24281



[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

- [19] World Professional Association for Transgender Health (WPATH), [https://www.wpath.org/ ↗](https://www.wpath.org/) (accessed 28 January 2021).  
[Google Scholar ↗](#)
- [20] T.L. Beauchamp, J.F. Childress  
**Les principes de l'éthique biomédicale**  
Les Belles Lettres, Paris (2007)  
[Google Scholar ↗](#)
- [21] D.V. Sheehan, K.H. Sheehan, R.D. Shytle, *et al.*  
**Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)**  
J Clin Psychiatry, 71 (2010), pp. 313-326  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [22] J.-C. Carel, J. Léger  
**Precocious puberty**  
N Engl J Med, 358 (2008), pp. 2366-2377  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [23] E.A. Shirtcliff, R.E. Dahl, S.D. Pollak  
**Pubertal development: correspondence between hormonal and physical development: hormonal correlates of pubertal stage**  
Child Dev, 80 (2009), pp. 327-337  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [24] J. Tinggaard, M.G. Mieritz, K. Sørensen, *et al.*  
**The physiology and timing of male puberty**  
Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes, 19 (2012), pp. 197-203  
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [25] Smith M. Referrals to the Gender Identity Development Service (GIDS) level off in 2018–19 —, [http://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19/ ↗](http://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19/) (2019, accessed 3 June 2022).  
[Google Scholar ↗](#)
- [26] C.M. Wiepjes, N.M. Nota, C.J.M. de Blok, *et al.*  
**The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets**  
J Sex Med, 15 (2018), pp. 582-590  
 [View PDF](#) [View article](#) [CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [27] F. Poirier, A. Condat, L. Laufer, *et al.*  
**Non-binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature**  
Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 67 (2019), pp. 268-285

- [28] E.L. Meerwijk, J.M. Sevelius  
**Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples**  
Am J Public Health, 107 (2017), pp. e1-e8  
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [29] K.M. Kidd, G.M. Sequeira, C. Douglas, *et al.*  
**Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district**  
Pediatrics, 147 (2021)  
[e2020049823]  
[Google Scholar ↗](#)
- [30] E. Skagerberg, D. Di Ceglie, P. Carmichael  
**Brief report: autistic features in children and adolescents with gender dysphoria**  
J Autism Dev Disord, 45 (2015), pp. 2628-2632  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [31] A.L.C. de Vries, T.D. Steensma, T.A.H. Doreleijers, *et al.*  
**Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study**  
J Sex Med, 8 (2011), pp. 2276-2283  
 [View PDF](#) [View article](#) [CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [32] N.M. de Graaf, G. Giovanardi, C. Zitz, *et al.*  
**Sex ratio in children and adolescents referred to the gender identity development service in the UK (2009–2016)**  
Arch Sex Behav, 47 (2018), pp. 1301-1304  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [33] F. Saleem, S.W. Rizvi  
**Transgender associations and possible etiology: a literature review**  
Cureus, 9 (12) (2017), p. e1984, [10.7759/cureus.1984 ↗](#)  
[Google Scholar ↗](#)
- [34] A.L.C. de Vries, T.A.H. Doreleijers, T.D. Steensma, *et al.*  
**Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents: comorbidity in gender dysphoric adolescents**  
J Child Psychol Psychiatry, 52 (2011), pp. 1195-1202  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [35] C. Dhejne, R. Van Vlerken, G. Heylens, *et al.*  
**Mental health and gender dysphoria: a review of the literature**  
Int Rev Psychiatry, 28 (2016), pp. 44-57  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

- [36] Arnoldussen M, de Vries ALC. Mood, anxiety, and other mental health concerns. In: ( Forcier M, Van Schalkwyk G, Turban JL, eds.). *Pediatric gender identity*. Cham: Springer International Publishing. 2020, pp. 125–135.  
[Google Scholar ↗](#)
- [37] K.I. Fredriksen-Goldsen, L. Cook-Daniels, H.-J. Kim, *et al.*  
**Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population**  
*Gerontologist*, 54 (2014), pp. 488-500  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [38] G.R. Bauer, A.I. Scheim, J. Pyne, *et al.*  
**Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada**  
*BMC Public Health*, 15 (2015), p. 525  
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [39] Q.A. Hunt, Q.J. Morrow, J.K. McGuire  
**Experiences of suicide in transgender youth: a qualitative, community-based study**  
*Arch Suicide Res*, 24 (2020), pp. S340-S355  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [40] J. LeMoult, K.L. Humphreys, A. Tracy, *et al.*  
**Meta-analysis: exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence**  
*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 59 (2020), pp. 842-855  
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [41] M. Wolff, B. Wells, C. Ventura-DiPersia, *et al.*  
**Measuring sexual orientation: a review and critique of U.S. data collection efforts and implications for health policy**  
*J Sex Res*, 54 (2017), pp. 507-531  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [42] H. Katchadourian  
**Adolescent sexuality**  
*Pediatr Clin N Am*, 27 (1980), pp. 17-28  
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [43] Suen L.W., Lunn M.R., Sevelius J.M., *et al.* Do ask, tell, and show: contextual factors affecting sexual orientation and gender identity disclosure for sexual and gender minority people. *LGBT Health* 2022; 9(2):73-80. [lgbt.2021.0159].  
[Google Scholar ↗](#)
- [44] B. Lhomond, M.-J. Saurel-Cubizolles  
**Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature**  
*Rev Epidemiol Sante Publique*, 57 (2009), pp. 437-450



- [45] L. Martinerie  
**Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux**  
Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 65 (2017), pp. 54-60  
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [46] G.G.F. Ramos, A.C.S. Mengai, C.A.T. Daltro, *et al.*  
**Systematic review: puberty suppression with GnRH analogues in adolescents with gender incongruity**  
J Endocrinol Invest, 44 (2021), pp. 1151-1158  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [47] M. Biggs  
**Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from gender dysphoria**  
Arch Sex Behav, 49 (2020), pp. 2227-2229  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [48] C.M. Wiepjes, N.M. Nota, C.J.M. de Blok, M. Klaver, A.L.C. de Vries, S.A. Wensing-Kruger, *et al.*  
**The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets**  
J Sex Med, 15 (4) (2018), pp. 582-590  
 [View PDF](#) [View article](#) [CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [49] M. Arnoldussen, T.D. Steensma, A. Popma, A.I.R. van der Miesen, J.W.R. Twisk, A.L.C. de Vries  
**Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?**  
Eur Child Adol Psychiatry, 29 (2020), pp. 803-811  
[Corrected in Eur Child Adol Psychiatry 2022;31:843]  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [50] U. Masic, G. Butler, P. Carruthers, P. Carmichael  
**Trajectories of transgender adolescents referred for endocrine intervention in England**  
Arch Dis Child, 107 (11) (2022), pp. 1012-1017  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [51] K.R. Olson, L. Durwood, M. DeMeules, *et al.*  
**Mental health of transgender children who are supported in their identities**  
Pediatrics, 137 (2016), p. e20153223  
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [52] J. Drescher  
**Is it really about freedom of thought?**  
BJPsych Bull, 2 (2022), pp. 1-3  
[CrossRef ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

- [53] J.L. Turban, S.S. Loo, A.N. Almazan, *et al.*  
Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: a mixed-methods analysis  
LGBT Health, 8 (4) (2021), pp. 273-280  
[lgbt.2020.0437]  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [54] I. Boyd, T. Hackett, S. Bewley  
Care of transgender patients: a general practice quality improvement approach  
Healthcare, 10 (2022), p. 121  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [55] A. Pullen Sansfaçon, D. Medico, D. Riggs, *et al.*  
Growing up trans in Canada, Switzerland, England, and Australia: access to and impacts of gender-affirming medical care  
J LGBT Youth, 20 (2023), pp. 55-73  
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [56] American Psychological Association  
Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people  
Am Psychol, 70 (2015), pp. 832-864  
[Google Scholar ↗](#)
- 

## Cited by (0)

- 1 Jeune fille trans ou femme trans : personne assignée garçon à la naissance qui transitionne vers le genre féminin.
- 2 Jeune garçon trans ou homme trans : personne assignée fille à la naissance qui transitionne vers le genre masculin.

[View Abstract](#)

© 2023 Published by Elsevier Masson SAS.