



SÉRIE EP. 2 MINEURS TRANS : LA FABRIQUE D'UNE PANIQUE

« Ni mode ni lubie » : deux médecins qui suivent les enfants trans répondent aux intox

Deux figures de consultations spécialisées à Paris, le pédopsychiatre Jean Chambry et l'endocrinologue Laetitia Martinerie, détaillent les traitements proposés aux mineur·es trans qu'ils accompagnent depuis des années. Et répliquent – études à l'appui – à ceux qui les accusent de mettre des enfants en danger.

Mathilde Mathieu et David Perrotin - 3 mai 2024 à 11h58

Les éléments de langage sont toujours les mêmes pour remettre en cause les traitements médicaux prescrits aux mineur·es transgenres : ces adolescent·es seraient influencé·es, leurs médecins imprudents, les hormones trop risquées... Alors que le Sénat doit examiner, le 28 mai, une proposition de loi qui prétend interdire les transitions médicales aux moins de 18 ans, Mediapart donne la parole à deux médecins spécialistes de ces prises en charge, inquiets.

Psychiatre d'enfant et d'adolescent, Jean Chambry a commencé ses consultations spécialisées il y a quinze ans et accompagné 200 mineur·es. Il est chef de pôle au GHU Paris et responsable du Ciapa (Centre intersectoriel d'accueil pour adolescent).

Professeure d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique, Laetitia Martinerie a suivi 330 jeunes au CHU Robert-Debré (Paris), au sein de l'Epat (l'équipe pédiatrique d'accompagnement des transidentités), depuis dix ans.

Ensemble, ces deux professionnel·les, pas forcément adeptes des apparitions médiatiques, ont accepté de répondre longuement sur leurs pratiques, leurs garde-fous, l'accueil qu'ils font à la parole de leurs patient·es, qui arrivent souvent dans leur cabinet en grande souffrance.

Mediapart : Des parlementaires veulent interdire toute transition médicale aux mineur·es. Est-ce le rôle du législateur de dire aux médecins comment prendre en charge des patient·es ?

Jean Chambry : Je comprends que le Parlement légifère sur des aspects juridiques, comme le changement d'état civil. Mais j'ai du mal à comprendre, au moment où la Haute Autorité de santé (HAS) travaille sur des recommandations, comment des élus seraient mieux éclairés que des professionnel·les de santé.

Laetitia Martinerie : Avec dix ans d'expérience dans nos consultations, nous avons observé le bénéfice d'accompagner ces jeunes, socialement et médicalement [*avec des bloqueurs de puberté parfois, et des hormones d'affirmation de genre – nldr*]. À court terme, ce bénéfice est démontré scientifiquement, il n'y a pas de raison de le remettre en question. Le débat est donc très mal engagé. Il faut dire que les auteurs de cette proposition de loi [*Les*

Républicains] souhaiteraient aller jusqu'à supprimer la « circulaire Blanquer » sur la reconnaissance de l'identité de genre à l'école... C'est nier l'existence même de ces jeunes.

Quels sont les profils des mineur·es qui arrivent dans vos consultations ?

Jean Chambry : Une partie de ces jeunes n'a pas de troubles psys – environ 50 % au Ciapa. Simplement, ils et elles ressentent des choses très fortement, ne savent pas quoi faire de cette question. Il faut accueillir tout ça et dédramatiser. À partir du moment où ils et elles sont accompagnés·es et assurés·es de leur place dans la famille, on peut constater un réel épanouissement.

D'autres ont des troubles psys associés, autour de la dépression, de l'anxiété, du refus scolaire anxieux – ils et elles voient bien le risque plus élevé d'être harcelé·es et rejeté·es. Il y a aussi un petit nombre de jeunes qui présentent des troubles du neurodéveloppement (du type troubles du spectre de l'autisme), souvent sans troubles du développement intellectuel associés, avec un mode de relation à soi et aux autres un peu particulier, et parfois un trouble déficit de l'attention (TDAH) important. Vraiment à la marge, on voit aussi quelques problématiques d'anorexie, ou on se questionne sur un futur trouble de la personnalité.

Pour les 50 % de ces jeunes avec des troubles psys, on fait notre travail habituel de psy en même temps qu'on prend en compte la parole transidentitaire. Et l'expérience montre que ce sont ces troubles psys qui marquent leur parcours, soulèvent des difficultés, pas la transidentité.

Laetitia Martinerie : En aidant à la transition sociale à l'école, avec les pairs et au sein de la famille, l'accompagnement par les professionnel·les de santé mentale, en première ligne, suffit parfois à apaiser les souffrances. En endocrinologie pédiatrique, nous n'arrivons qu'après, et pas de manière systématique : un traitement hormonal est mis en place pour 50 % des jeunes à peu près. Celui-ci aide alors vraiment à améliorer les choses, car au moment où nous les voyons, ils/elles/iels sont en détresse par rapport aux signes de développement pubertaire. Dans ma pratique, j'ai même rarement vu des détresses aussi importantes. Mais aussi qui s'améliorent autant avec le traitement. Il y a un véritable apaisement.

« C'est une sorte de décision médicale partagée, prise en ayant pesé les bénéfices-risques. »

Laetitia Martinerie

Y a-t-il un protocole prédéfini de prise en charge. Si non, pour quelles raisons ?

Laetitia Martinerie : Chaque situation est singulière, on ne peut pas mettre en place de protocole. La seule chose arrêtée est qu'on ne prescrit pas de traitement hormonal à la première consultation d'endocrinologie. On peut prescrire un microprogestatif (une pilule) pour bloquer les saignements menstruels, source de souffrance très importante chez les garçons trans [*assignés filles à la naissance – ndlr*].

Et puis, le jour où on prescrit un traitement hormonal, on s'assure que tout est bien compris, on recueille le consentement des jeunes, par un écrit rédigé et signé, que les représentant·es de l'autorité parentale rédigent et signent également. C'est une sorte de décision médicale partagée, prise en ayant pesé les bénéfices-risques de ce traitement qu'on peut tout à fait remettre en question dans un mois, dans six mois, si le jeune ou la jeune nous dit

que ce n'est plus ce qui lui convient.

Un accompagnement pluridisciplinaire est par ailleurs indispensable. En Île-de-France, on a ainsi monté un réseau de soins (Trajectoires jeunes trans) qui rassemble Robert-Debré, La Pitié-Salpêtrière, le Ciapa, Trousseau, Kremlin-Bicêtre, plusieurs CMP, des associations de personnes concernées... Et depuis dix ans déjà, il existe une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) où l'on discute et valide ensemble tous les démarrages de traitements hormonaux.

Concernant les chirurgies, elles ne sont possibles en France que pour les personnes majeures, à l'exception de la torsoplastie/mammectomie [*ablation des seins – ndlr*], dont le nombre avant 18 ans reste faible.

Comment faites-vous pour ne pas confondre transidentité et simple exploration ou questionnement ? Sachant que vos détracteurs vous accusent d'aller parfois trop vite...

Jean Chambry : Il y a des jeunes qui ne sont pas forcément dans une affirmation et un besoin de parcours de transition, mais qui questionnent – et c'est peut-être ça qui gêne tant ! Dans ma génération, c'était évident : « *J'ai un pénis, je suis un mec* », avec tous les stéréotypes associés. Mais les adolescent·es d'aujourd'hui ont commencé par questionner la sexualité, l'homosexualité notamment ; et depuis quelques années, il est possible d'interroger le genre : qu'est-ce que c'est d'être homme, d'être femme, à quoi ça renvoie ? Tout y participe : les mouvements féministes, #MeToo, la reconnaissance des agressions sexuelles...

Il ne faut pas confondre un questionnement avec le besoin de s'affirmer dans un parcours de transition. Quand des collègues me disent : « *J'aimerais bien que tu voies le petit ou la petite* », j'insiste beaucoup : « *Si vous êtes devant un simple questionnement, c'est important que vous l'accompagniez pour l'instant ; si vous me l'adressez, vous induisez que ce jeune aurait besoin d'un parcours de transition...* » Or, certain·es ont besoin de tester. Parfois, ça fait très longtemps qu'ils ou elles se posent la question ; parfois, ce sont des rencontres qui ont permis de mettre des mots.

Alors est-ce que ces adolescent·es-là seraient influençables, au sens où on leur mettrait dans la tête des idées qui n'auraient rien à voir avec ce qu'ils ou elles sont ? Pendant des années, j'ai entendu dire qu'il ne fallait pas parler des idées suicidaires avec les adolescent·es parce que ça leur donne des idées suicidaires... C'est le contraire ! Et on sait que ce n'est pas en parlant d'homosexualité avec un·e adolescent·e qu'on le/la rend homosexuel·le.

En médecine, on est formé·es à l'idée qu'il y a des critères – pour les troubles du spectre de l'autisme, par exemple, il y a des critères. Mais sur la transidentité, il faut lâcher la notion de « critères », il n'y a pas de parcours typique.

Laetitia Martinerie : Nous, en arrivant secondairement, nous voyons plus de jeunes qui sont vraiment dans l'affirmation de leur genre. Pour la plupart de celles et ceux que j'ai rencontrés, c'est une transidentité qui s'est exprimée très tôt dans la vie, dès l'âge de 2-3 ans. Elle a pu être exprimée, puis après avoir été refoulée, parce que les parents ont dit : « *Non, tu es une petite fille* » ou « *Non, tu es un petit garçon* ». Et puis cette transidentité ressurgit au moment de la puberté ou au collège, qui sépare beaucoup plus les filles et les garçons que l'école primaire. Donc c'est souvent là que la souffrance s'installe.

« Après une augmentation des demandes de mineur·es, je note un plateau : quelque chose s'est stabilisé. »

Jean Chambry

Le nombre de mineur·es trans pris·es en charge a augmenté ces dernières années. Comment faut-il interpréter cette hausse ? Par ailleurs, il semble qu'il y ait une proportion plus importante de garçons trans (assignés filles à la naissance), ce qui fait dire aux sceptiques qu'il y a de « fausses transitions » d'adolescentes qui chercheraient d'abord à échapper au sexisme ambiant...

Jean Chambry : Il y a toujours un effet social sur le développement et la construction... On ne se questionne pas de la même façon sur les interdits dans une dictature ou une démocratie. En l'occurrence, on est parti·es d'une situation où cette question était tue et niée. Puis on a autorisé un questionnement, avec la possibilité de rencontrer des professionnel·les formé·es qui accueillent sans jugement. Mais il n'y a pas de « mode », encore moins d'« épidémie ».

Après une augmentation des demandes de mineur·es, je note d'ailleurs un plateau : quelque chose s'est stabilisé, correspondant au pourcentage de la population qui vit la transidentité (au moins 1 %).

Moi je fais l'hypothèse qu'il y aura moins de demandes de transition dans les années à venir chez les 40-50 ans, parce qu'il y aura eu la possibilité de le penser plus tôt, avec des effets positifs très importants. Parce que si vous luttez pendant des années contre cette identité et que vous avez une prise en charge à 45 ans, il y a une difficulté à se montrer différent au travail, des effets de honte terribles...

Quant au fait qu'il y ait plus de garçons trans que de filles trans, et de savoir si des aspects sociologiques participent... Prenons les choses dans l'autre sens : comment les jeunes femmes trans [*assignées garçons à la naissance*] peuvent-elles s'autoriser à se montrer filles ? La stigmatisation est encore plus forte, donc là aussi, prudence. De plus en plus, cependant, on a des demandes de filles trans au Ciapa. Cela reste minoritaire par rapport aux garçons trans, mais plus elles pourront s'exprimer sans être mises en danger, plus on verra les choses se rééquilibrer.

Laetitia Martinerie : C'est intéressant de regarder les publications aux États-Unis, au Canada, aux Pays-Bas, qui ont commencé bien avant nous, à la fin des années 1990. Ils ont observé exactement la même chose : un petit nombre de demandes les premières années, et puis, dès qu'on entend parler de la consultation, il y a une augmentation exponentielle, pour arriver finalement à une sorte de plateau. Leur augmentation, eux, c'était en 2008-2009-2010, à une époque, d'ailleurs où il y avait encore très peu de réseaux sociaux... On peut rapprocher tout ça du phénomène de « l'explosion » des gauchers, au moment où, en réalité, on a enfin laissé les enfants gauchers écrire de la main gauche et être eux-mêmes.

Sur la proportion de garçons trans : à Robert-Debré, où l'on est spécialisé·es dans l'accueil des très jeunes, nous avons beaucoup de petites filles trans. Quand on est une petite fille assignée garçon à la naissance, qui veut mettre des robes et avoir les cheveux longs dans nos sociétés stéréotypées, il y a plus de questionnements parentaux, et ces enfants arrivent donc plus vite à notre consultation qu'un enfant assigné fille à la naissance qui veut avoir des cheveux courts et mettre un pantalon.

« Aucun de ces médicaments n'est nouveau. »

Laetitia Martinerie

Quels sont les effets secondaires des bloqueurs de puberté, tant mis en avant par vos contempteurs ? Et ceux des hormones ? Comment évaluez-vous la balance bénéfices-risques sur le long terme ?

Laetitia Martinerie : La première chose importante à rappeler, c'est qu'aucun de ces médicaments n'est nouveau : ils sont utilisés depuis au moins quarante ans par d'autres populations. Que ce soit les bloqueurs de puberté (prescrits en cas de puberté précoce, en cancérologie...) ou les œstrogènes et la testostérone (que l'on donne aux personnes avec une insuffisance ovarienne ou testiculaire). Dans toutes ces situations, les effets secondaires sont connus, minimes et surveillés.

Mais je vois bien que ce qui cristallise le débat, ce sont d'abord les bloqueurs de puberté – j'imagine parce qu'ils interviennent plus tôt. Or, c'est un traitement complètement réversible si on l'arrête, et il n'y a quasiment pas d'effets secondaires à court terme – des bouffées de chaleur et des céphalées transitoires sont décrites.

Sur le moyen terme, comme la progression pubertaire est bloquée, le pic de croissance pubertaire se ralentit, mais se récupère ensuite si on arrête le traitement ou si on met en place les œstrogènes ou la testostérone. La minéralisation de l'os diminue, donc sa solidité. Mais, de la même façon, cela se corrigera progressivement sur le long terme, sous œstrogènes ou testostérone, ou bien si on arrête le traitement. Il existe un peu plus de questionnements sous œstrogènes, parce que le délai de récupération est plus prolongé.

Mais la conséquence qu'on en attendrait serait surtout des fractures. Or, pour l'instant, aucune publication scientifique n'évoque de jeunes qui aient fait des fractures sous ce traitement. Et je ne l'ai jamais observé. Bien sûr, c'est quelque chose que l'on surveille : on mesure la densité minérale osseuse pour évaluer la qualité de l'os et on renforce les apports en calcium, en vitamine D. Il faudra avoir un point de vigilance au moment de l'andropause ou de la ménopause, voir si cela donne plus de risques d'ostéoporose...

Vos détracteurs soulignent que les bloqueurs sont prescrits à ces enfants en dehors des indications prévues, « hors AMM » (autorisation de mise sur le marché)...

Laetitia Martinerie : En pédiatrie, ce n'est pas quelque chose qui nous arrête, heureusement, sinon on ne prescrirait que du paracétamol et certains antibiotiques ! Les pédiatres passent leur temps à adapter les traitements autorisés pour l'adulte... Cela dit, pour les bloqueurs, je rappelle qu'il existe bien une AMM pour les mineur·es atteint·es de puberté précoce. Et comme cela arrive que la puberté précoce démarre à 2 ou 3 ans, on donne parfois ces traitements pendant dix ans : on a donc bien le recul dans cette population pour dire qu'il n'y a pas de conséquences à l'âge adulte. Y compris – je le précise parce que j'entends cette inquiétude – sur le développement neurocognitif ultérieur.

Celles et ceux qui bataillent pour interdire les transitions avant 18 ans revendiquent d'agir au nom de la prudence : les mineur·es ne perdraient rien à patienter. Ils et elles citent sans arrêt la devise latine des médecins : « Primum, non nocere » (« d'abord, ne pas nuire »). Que leur répondez-vous ?

Laetitia Martinerie : Ne pas faire, c'est déjà faire. Dans notre serment d'Hippocrate, il est dit : « *Tu feras tout pour*

soulager les souffrances. » C'est ce que nous faisons. Si on met en place un traitement, c'est qu'il s'agit d'une nécessité.

Jean Chambry : On est confronté·es à des jeunes qui ont une souffrance telle qu'ils et elles se mettent en danger : scarifications, idées suicidaires, etc. Cette souffrance a un impact sur l'investissement du projet scolaire, les relations amicales, la place dans la famille ; des jeunes n'arrivent plus à vivre. Ce n'est pas du confort ni une lubie. D'ailleurs, il faut parfois déconstruire des représentations magiques – « *Je prends une injection et je vais me transformer* »... Pour chaque situation, on prend le temps de se dire : est-on sûr·es que la balance bénéfices-risques est bien dans le sens du traitement ? Dès qu'on a un doute, en réunion pluridisciplinaire, on se donne un peu plus de temps.

Les discours alarmistes suggèrent que loin des consultations hospitalières spécialisées, des médecins libéraux feraient « n'importe quoi », avec des prescriptions express et des prises en charge dégradées. Que constatez-vous ?

Laetitia Martinerie : Si on parle des mineur·es, cela reste à la marge, ce sont les endocrino-pédiatres qui prescrivent majoritairement les traitements hormonaux. Après, s'il est question d'une zone très reculée avec un accès aux soins difficile ou sans consultation dédiée, et qu'un médecin de proximité s'est retrouvé face à la détresse d'un·e jeune, nous ne sommes pas forcément au courant. De là à dire que la prise en charge est dégradée... Mais nous recommandons de ne pas travailler de manière isolée, de s'adosser aux RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire), et les réseaux de soins peuvent tout à fait impliquer des médecins de ville. Cela dit, on fait tous et toutes comme on peut. Je rappelle qu'on s'est structuré·es nous-mêmes, sans financement dédié, qu'aucune organisation ne nous a aidé·es.

Est-ce que vous voyez des mineur·es se procurer des traitements sur Internet ?

Laetitia Martinerie : On n'observe rien de tel, dans nos consultations. Et en dehors, il y en a très peu. Il ne faut pas croire : ce n'est pas facile pour ces jeunes de prendre ces traitements, ils et elles posent beaucoup de questions sur les injections, les effets secondaires... Certain·es ont peur. Par contre, si une loi d'interdiction est votée, le *dark web* sera un vrai risque : les jeunes essaieront de répondre à leurs besoins d'une manière ou d'une autre.

Quel est le risque associé à des traitements obtenus ainsi ?

Laetitia Martinerie : De prendre des molécules inadaptées, trop jeunes, à des dosages trop forts, qui vont peut-être provoquer plus d'effets secondaires, modifier la croissance et faire perdre des centimètres...

Pour remettre en cause vos prises en charge, certain·es parlent d'une « explosion » des jeunes « détransitionneurs » qui regretteraient leur parcours de transition. Qu'en est-il ?

Jean Chambry : Ce n'est pas du tout ce qu'on constate. Mais l'identité de genre, ce n'est pas complètement figé, et cela peut arriver qu'on ait un regret ou que les choses envisagées à un moment donné ne correspondent plus. Parmi les 200 patient·es suivis au Ciapa, je compte une situation. Voire une deuxième, dans une situation plus complexe : cette personne dit ne pas regretter et avoir vécu ce parcours comme quelque chose de nécessaire qui lui a permis de ne pas se suicider, de se confronter aux éléments traumatiques de son histoire.

Et puis, je le rappelle : ce n'est pas un choix d'être trans, c'est dur au quotidien. Si dur que certain-es peuvent se questionner : est-ce pertinent de poursuivre, vu la violence ?

Laetitia Martinerie : C'est en effet important de savoir ce que l'on appelle « retransition » ou « détransition » : il y a par exemple des garçons trans qui, pour ne pas être dépendants d'un traitement, arrêtent leur testostérone quand leur voix a mué, que leur pomme d'Adam est là... Et ne remettent pas en question qui ils sont.

Si on regarde la littérature scientifique à travers le monde, les chiffres varient entre moins de 1 % et 6 %. Sachant que le résultat de 6 % est apparu dans une population pédiatrique très jeune, il s'agissait donc de transitions sociales : des enfants de 6 ans qui avaient, avant 10 ans, évolué dans leur ressenti.

En France, grâce au groupe de travail monté avec la Société française d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique, nous avons recensé les données sur les 18 équipes spécialisées du territoire : on compte 0,3 % de retransition. Autrement dit : nous avons réussi à mettre en place un accompagnement qu'on pourrait qualifier de satisfaisant et de « sécuritaire ».

Il semble qu'un certain nombre de pays pionniers dans la prise en charge des mineur-es aient récemment restreint les possibilités de transition médicale, notamment le Royaume-Uni et la Finlande. Qu'en est-il exactement ?

Laetitia Martinerie : D'abord, les Pays-Bas, qui ont vingt-cinq ans de recul, ne remettent pas en question l'accompagnement des mineur-es. Je note aussi que, dans la plupart des pays qui ont évolué, voire interdit les transitions aux mineur-es – comme dans plusieurs États des États-Unis –, il y a une idéologie qui monte, la même qui remet en question l'accès à l'IVG... Néanmoins, en effet, les mineur-es ne peuvent plus être accompagnés médicalement en Finlande et doivent attendre, sauf situation exceptionnelle. C'est le seul pays à ma connaissance.

En Angleterre, il s'agit plutôt d'une modification de la structuration des soins : tout était auparavant centralisé dans une clinique de Londres (la Tavistock), c'est désormais décentralisé. En Suède, c'est le mouvement inverse. Mais toujours est-il que l'accompagnement des mineur-es reste possible dans le cadre d'un protocole de recherche. Nous aussi, nous prônons un accompagnement au long cours et nous essayons de constituer des bases de données, avec l'accord des familles.

On vous renvoie parfois que vous travaillez « sous pression » des associations de personnes trans. Pouvez-vous expliquer en quoi leurs retours sont importants ?

Jean Chambry : Il a fallu qu'on échange, parce qu'il y avait un passif en psychiatrie : des années de psychiatrisation, donc une méfiance tout à fait légitime. Aujourd'hui, on n'est pas toujours d'accord sur tout, mais on peut se parler dans le respect de chacun-e. C'est une énorme évolution. On sait que pour certains ados, certains parents, avoir des lieux associatifs où il est possible de rencontrer d'autres personnes vivant les mêmes choses, c'est intéressant. Ils sont libres d'y aller ou pas, certaines familles vont d'ailleurs rester un peu à distance des associations.

Laetitia Martinerie : Cela nous a beaucoup aidé-es à mieux comprendre les besoins des jeunes trans. On y a tous et toutes à gagner.

S'agissant des besoins de préservation de la fertilité, *via* la congélation de sperme ou d'ovocytes, comment abordez-vous ce sujet important avec les adolescent·es ?

Laetitia Martinerie : C'est peut-être la chose que nous avons le plus en tête, en effet, quand on réfléchit aux effets secondaires... Si on prend des bloqueurs de puberté et ensuite des hormones, on bloque le développement de ses gamètes à un état précoce où on ne fabrique pas encore de spermatozoïdes ou d'ovocytes. Mais là aussi, il y a une part de réversibilité.

C'est un sujet, en tout cas, que l'on va aborder très tôt, et des consultations spécialisées ont été mises en place. Je pense à quelques jeunes qui ont pris de la testostérone en fin de puberté, pendant cinq-six ans, et puis qui ont fait le choix de l'arrêter pendant deux-trois mois pour pouvoir faire la préservation de fertilité. Mais les jeunes ne souhaitent pas forcément aller à ces consultations, parfois ce sont juste les parents. De façon régulière, on repose le sujet et on réévalue la balance bénéfices-risques.

S'agissant des parents, justement, quelle place ont-ils ?

Jean Chambry : On nous a accusé·es d'être des « transactivistes », mais moi je n'exerce aucune pression. Au Ciapa, nous avons ouvert des espaces pour les parents en dehors de leur enfant, car ils ont énormément de choses à travailler qui peuvent être mal comprises par l'adolescent·e et le/la mettre en difficulté. Le plus important pour ces mineur·es, je le répète, c'est d'être reconnu·es dans ce qu'ils et elles sont. Quand les parents acceptent – même si c'est douloureux – de genrer correctement, c'est un énorme soulagement.

Dans ces espaces, on travaille beaucoup de sujets : est-ce que les parents participent au choix du prénom ou pas ? Ou l'usage du terme « deuil » : des parents l'utilisent alors que les patient·es ont un sentiment de continuité dans leur identité, pas du tout celui de mourir puis de renaître. Nous accompagnons ainsi toutes les diversités parentales.

Et parfois, des parents disent à leur enfant : « *Nous t'accompagnons, on t'accepte, on va faire toutes les démarches, mais nous ne sommes pas prêts pour l'instant pour le traitement hormonal, c'est mieux que tu prennes toi cette décision à 18 ans.* » Nous ne sommes pas là pour porter de jugement mais pour faire au mieux, afin que le lien adolescent·e-parent se poursuive, car c'est très flagrant sur la cohorte des patient·es suivi·es au Ciapa : quand on est soutenu·e, qu'on a une place dans la famille, c'est un facteur très fort de bonne évolution.

Dans cette interview, nous vous avons beaucoup demandé de réagir aux inquiétudes et aux attaques. Mais quels sont vos besoins ? Qu'attendez-vous du ministère de la santé ?

Laetitia Martinerie : Des moyens humains, des postes dédiés : il n'y en a aucun ! Pour assurer cette prise en charge, on se rajoute tous et toutes une charge de travail, parce qu'il y a un réel bénéfice pour ces enfants, mais on ne peut pas répondre à tous les besoins et on s'épuise. Enfin, au-delà de ce qu'on a monté nous-mêmes, il faut encore organiser les soins, jusque dans les régions les plus reculées.

Jean Chambry : J'ajoute des besoins de formation, afin qu'un·e jeune puisse se sentir à l'aise d'en parler à un médecin généraliste, à une infirmière scolaire.

Mathilde Mathieu et **David Perrotin**

Boîte noire

Les liens d'intérêts de Jean Chambry et Laetitia Martinerie avec certains laboratoires sont consultables, comme pour tous les médecins, sur la base Transparence santé (respectivement [ici](#) et [là](#)).

Le journal MEDIAPART est édité par la Société Editrice de Mediapart - 127 avenue Ledru-Rollin, 75011 Paris.
RCS Paris 500 631 932. Numéro de CPPAP : 1224Y90071 - Directeur de la publication : Edwy Plenel