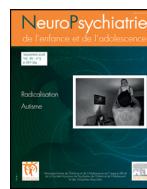




Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## Mise au point

# La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques



*The care of transgender children and adolescents in France: Recent controversies and ethical issues*

A. Condat<sup>a,b,\*</sup>, D. Cohen<sup>a,c</sup>, Plateforme Trajectoires Jeunes Trans d'Île-de-France<sup>1</sup>

<sup>a</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France

<sup>b</sup> UR14 « Santé et droits sexuels et reproductifs », Ined, Paris, France

<sup>c</sup> Institut des systèmes intelligents et de robotique, université Pierre- et Marie-Curie, Paris, France

## INFO ARTICLE

## RÉSUMÉ

Mots clés :  
Dysphorie de genre  
Incongruence de genre  
Transgenre  
Transidentité  
Enfance  
Adolescence  
Éthique

Ces dernières années, la communauté médicale est traversée par les débats sociétaux autour du genre, du sexe, de la procréation et des droits humains. Aussi les questions autour de la prise en charge médicale des enfants et adolescents transgenres viennent elles très régulièrement sur le devant de la scène médiatique suscitant la mobilisation de collègues à l'origine de prise de positions réclamant entre autres l'interdiction de prescrire des traitements hormonaux jusqu'à 25 ans. Nous proposons dans cet article de reprendre point par point les principaux sujets de controverses autour de la prise en charge médicale contemporaine des transidentités de l'enfant et de l'adolescent, à savoir la transition sociale, le blocage pubertaire, les transitions hormonales, et les transitions chirurgicales, et de les mettre en perspective de la situation contemporaine en France. Si la plupart des études cliniques menées depuis plus de 25 ans montrent les impacts positifs des prises en charge médicales des adolescents transgenres sur leur devenir psychologique soulignant l'innocuité relative des traitements, l'accompagnement psychodynamique n'en demeure pas moins essentiel, prenant en compte la singularité de chaque patient au fil des rencontres. Le temps long est parfois requis, parfois contre-indiqué en fonction de chaque situation clinique. Rapelons qu'il n'y a aucune prescription médicamenteuse avant la puberté, et pour les adolescents la durée moyenne entre la première consultation (pour laquelle ils ont attendu souvent un an) et une éventuelle prescription est d'une année. Dans le contexte où la population des enfants et adolescents transgenres est particulièrement vulnérable, ne pas nuire n'est pas systématiquement s'abstenir de prescrire, chaque situation clinique devant être évaluée dans sa singularité avec précaution et discernement. Ces décisions de transition médicale sont discutées et validées si pertinentes, en France depuis 2015, dans le cadre de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire. Par-delà les opinions et les débats sociétaux, de réels enjeux éthiques sont à considérer, en particulier autour de la notion de consentement libre et éclairé chez l'enfant et l'adolescent, et les recherches doivent se poursuivre.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## ABSTRACT

Keywords:  
Gender dysphoria  
Gender incongruence  
Transgender  
Trans identity  
Child  
Adolescent  
Ethics

In recent years the medical community has been crossed by societal debates around gender, sex, procreation, and human rights. Also, questions around the medical care of transgender children and adolescents very regularly come to the fore in the media leading colleagues to seek prohibiting hormonal treatment until the age of 25 years. In the current report, we propose to explore all controversial proposals in the field of contemporary transgender care, i.e. : social transition, puberty suppression with GnRH, hormonal transition, and surgical transition. In addition, we expose the way such a practice is ongoing in France. If most of the clinical studies carried out internationally for more than 25 years have shown considerable positive impacts of the medical care of adolescents on their psychological future and emphasizing

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [agnes.condat@aphp.fr](mailto:agnes.condat@aphp.fr) (A. Condat).

<sup>1</sup> Les membres de la Plateforme Trajectoires Jeunes Trans d'Île-de-France sont listés en Annexe 1 à la fin de l'article.

the relative safety of the treatments, the psychodynamic support remains essential considering the uniqueness of each patient over the course of the meetings. A long period of time is sometimes required, while sometimes it is contraindicated depending on each clinical situation. Drug prescriptions before puberty are not permitted, and for adolescents the average time between the first consultation (for which they often waited a year) and a possible prescription is one year. As transgender children and adolescents are a particularly vulnerable population, doing no harm does not always mean refraining from prescribing, and each clinical situation has to be assessed in its uniqueness with care and discernment. Since 2015 in France these decisions are taken after assessment during multidisciplinary concertation meetings. Beyond societal opinions and debates, real ethical issues must be considered, especially around the notion of free and informed consent in children and adolescents, and research must continue.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

La communauté médicale est actuellement traversée par les débats sociétaux autour du genre, du sexe, de la procréation et des droits humains. Aussi les questions autour de la prise en charge médicale des enfants et adolescents transgenres sont-elles très régulièrement médiatisées suscitant la mobilisation de politiques mais aussi de collègues, de juristes, d'éducateurs et de psychologues à l'origine de prise de positions réclamant l'interdiction de prescrire des traitements hormonaux jusqu'à 25 ans.

Même si certains de ces professionnels sont reconnus, il ressort de ces opinions : une méconnaissance de la clinique de l'incongruence de genre (CIM-11) [1] ou de la dysphorie de genre (DSM-5) [2] ; une angoisse majeure vis-à-vis de ces pratiques ; une volonté de sensationalisme médiatique avec la crainte d'une pandémie ; une méconnaissance de la littérature ou la citation parcellaire et partisane de celle-ci ; une méconnaissance des recommandations internationales ou des évolutions des pratiques qui comprennent aujourd'hui des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ; enfin un raisonnement parfois basé sur le reportage télévisuel, les témoignages trouvés sur les réseaux sociaux et une pensée essentialiste.

Ces articles contiennent en outre régulièrement des propos insultants vis-à-vis des médecins qui se sont engagés en France dans l'accompagnement des enfants et adolescents transgenres, tantôt qualifiés de 'docteurs Folamour des théories du genre' [3], tantôt accusés de mener des expérimentations médicales sur les enfants [4], ce qui plonge dans l'angoisse de nombreux parents déjà déroutés. Pourtant, les enfants et adolescents qui se considèrent transgenres constituent une population particulièrement vulnérable avec un taux élevé de décrochages scolaires, de désocialisation et de conduites suicidaires [5–16].

Après un bref retour historique comprenant le rappel du reportage télévisuel « Petite fille » [17] à l'origine de l'explosion médiatique, nous proposons dans cet article de reprendre point par point les principaux sujets de controverses autour de la prise en charge médicale contemporaine des transidentités de l'enfant et de l'adolescent, à savoir la question psychique, et notamment les difficultés et souffrances psychologiques, la transition sociale, le blocage pubertaire, les transitions hormonales, et les transitions chirurgicales. À chaque fois, nous explorerons les principaux enjeux éthiques et illustrerons à partir de notre expérience clinique les proportions réelles d'enfants et d'adolescents concernés. Enfin, dans une dernière partie, nous reviendrons sur certains enjeux éthiques autour du regret ou de la nature du consentement de l'enfant, mais également sur les nombreuses questions qui restent en suspens.

## 2. Contexte historique

Le début de la prise en charge des enfants et des adolescent.e.s transgenres dans le monde est marqué par l'article princeps sur les jeunes enfants exprimant une incongruence de genre par

John Money et Richard Green en 1960 [18]. Des consultations spécialisées pour enfants transgenres se sont ensuite développées progressivement avec comme point de départ le service d'endocrinologie pédiatrique du Johns Hopkins Hospital de Baltimore où exerçait John Money. Ont rapidement suivi : Robert Stoller et Richard Green à Los Angeles, Kenneth Zucker à Toronto, Domenica Di Ceglie à Londres, Peggy Cohen-Kettenis et Henriette Delemarre-van de Waal à Amsterdam [19]. L'approche néerlandaise (ou Dutch approach) propose la première au début des années 1990 de bloquer la puberté lorsque celle-ci est déjà commencée et cherche à donner du temps à l'adolescent, sa famille et les cliniciens pour mieux définir son identité de genre [19,20]. Il est ensuite possible généralement après 16 ans, d'initier un traitement de transition hormonale par estrogènes ou testostérone qui ne sera que partiellement réversible. Cette approche médicale a des impacts positifs sur le devenir psychologique de ces adolescent.e.s [5,21–46,51], et plusieurs études ont été publiées soulignant l'innocuité relative de la suspension de la puberté et des traitements hormonaux d'affirmation de genre [5,21–23,26–28,30–32,35–57] et les enjeux éthiques associés [23,58–66].

En France, Collette Chiland est la première à s'y intéresser à partir de 1980 au centre Alfred Binet [19]. Elle en vit quelques dizaines en trente ans et fit le même constat que ses collègues à l'étranger. C'est sous son impulsion que se créée à partir des années 2010 plusieurs consultations spécialisées dont la consultation identité sexuée dans le service hospitalo-universitaire du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, son souci étant aussi marqué par l'idée de conduire des recherches empiriques françaises [19,22]. Au même moment s'ouvrent une consultation à la fondation Vallée et une consultation à l'hôpital Robert Debré, les équipes se formant au Canada ou aux Pays-Bas. Ces équipes ont travaillé d'emblée en prenant en compte les recommandations internationales de l'Endocrine Society [21], de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [67], de l'European Professional Association for Transgender Health (EPATH) [68] et de l'University of California, San Francisco (UCSF) [69], les guidelines des sociétés savantes et les apports de la littérature internationale tout en gardant une approche clinique dans la tradition française. Ces équipes ont accepté un partenariat avec les associations de personnes concernées conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [70]. Elles ont mis en place des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) et un travail en réseau actif au plan national et international.

## 3. « Petite fille », ou comment la communauté médicale et psychanalytique française découvre la question

« Petite fille » [17] est un documentaire diffusé à la télévision sur Arte en décembre 2020. Le réalisateur filme une tranche de vie sur plusieurs mois d'une famille. Il n'y a pas de discours en off, ni de parole d'expert sauf finalement celui de la pédopsychiatre de l'enfant sur les très courts extraits des 3 consultations qui ont été

filmées. Il ne s'agit pas d'une interview mais d'un bref montage de ce qu'elle dit pour rassurer les parents, expliquer les possibilités de prise en charge, poser quelques questions aux parents ou à Sasha. Ces extraits des consultations choisis par le réalisateur ne durant que quelques minutes, ne permettent donc pas de juger le contenu ni la qualité de cette prise en charge médicale. Cette tranche de vie sur plus de 18 mois permet de voir que Sasha est bien concernée par la transidentité et que son intégration sous son prénom féminin à l'école semble améliorer sa qualité de vie.

### 3.1. *L'accompagnement médical tel que montré dans « Petite fille »*

La première consultation est filmée. Il est proposé à Sasha de la voir seule. Elle ne veut pas. « il y a plein de fois où on se verra toutes les deux » dit la pédopsychiatre. Quelques temps plus tard, elle dit à l'adresse de la mère qui accompagne seule son enfant que « Sasha peut avoir besoin qu'elle (la mère) ne soit pas là ». La pédopsychiatre explique à la mère que Sasha souffre d'une dysphorie de genre et ce qu'est la dysphorie de genre. La mère se sent coupable d'avoir désiré une fille, elle se demande si cela n'a pas exercé une influence. Elle se demande si elle a bien fait de laisser son enfant explorer le genre féminin. La pédopsychiatre lui dit qu'elle a fait au mieux en fonction de ce qu'elle sentait être le mieux pour son enfant et que le désir d'un sexe pour l'enfant à venir n'a pas d'influence sur l'identité de genre.

La seconde consultation n'a pas été filmée. Toute la famille est présente à la 3<sup>e</sup> visite qui est en partie consacrée à l'explication des bloqueurs de puberté, leur réversibilité, à la préservation des gamètes, avant l'éventuel traitement hormonal féminisant. L'information est principalement destinée aux parents même si le discours s'adresse aussi à l'enfant surtout au début de la consultation, ce qui paraît relativement cohérent au vu du jeune âge de l'enfant. Une consultation avec l'endocrinologue pédiatre est prévue pour une information et un bilan somatique mais pas filmée. Lors de la 4<sup>e</sup> consultation, la pédopsychiatre propose à Sasha de la voir seule mais elle refuse. La pédopsychiatre invite alors la mère à parler de l'exclusion du cours de danse, c'est trop difficile à dire pour la petite qui préfère que sa mère en parle.

### 3.2. *Émoi provoqué par le documentaire dans une communauté non initiée*

Le caractère très partiel de ce documentaire a conduit à des idées fausses sur ce que sont actuellement les prises en charges proposées aux enfants et adolescents transgenres et/ou en questionnement en France. On a pu lire par exemple dans la presse généraliste que ces consultations « préparaient au changement de sexe » ; refusaient de voir la responsabilité parentale ; utilisaient des techniques comme la « maturation in vitro des testicules » ; entraînaient « un changement radical de l'apparence du jeune adolescent, impliquant sa future castration et par conséquent sa stérilité définitive » ; proposaient des « traitements hormonaux hors de tout contrôle même à des prépubères » ; enfin, ne proposeraient aucune écoute et se cantonneraient à accepter les demandes des enfants et/ou des parents.

Répondons rapidement, point par point, à ces fantasmes avant d'entrer par la suite dans le détail. (1) Aucun spécialiste de ces questions ne parle de changement de sexe. Il s'agit plutôt de contribuer à résoudre le décalage entre le corps tel que perçu dans le social et la perception intime qu'a l'enfant ou l'adolescent de son genre, de sorte qu'il, elle, ou iel, puisse s'épanouir et accéder à la santé telle que définie par la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1948) : « Un état de complet bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité », la santé étant « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa

condition économique ou sociale ». La transition sociale est une étape sans intervention sur le biologique. La transition hormonale a pour but de contribuer à résoudre le décalage entre le corps réel, l'image du corps et, dans plusieurs cas, la dimension sociale. (2) Quelques soient les théories et la clinique psychanalytiques à propos de l'anticipation parentale dans la construction de l'identité de l'enfant, concernant l'incongruence de genre, les études ne mettent pas en évidence d'association entre un éventuel souhait prénatal des parents et une transidentité ultérieure de l'enfant à naître [71–74]. (3) La maturation in vitro des testicules est une technique purement imaginaire probablement confondue avec la préservation de pulpe testiculaire comme technique de préservation de fertilité. (4) Quant à la castration et la stérilité définitive en bas âge, elle n'est pas conforme aux pratiques actuelles ni aux recommandations de bonnes pratiques internationales. La transition hormonale entraîne un changement très progressif de l'apparence qui respecte au plus près le rythme d'une puberté physiologique. S'il est montré que les estrogènes peuvent altérer la qualité des spermatozoïdes et à ce titre orientent vers une possible préservation de fertilité, les naissances par procréation naturelle au sein de couples lesbiens dont une des partenaires est une femme transgenre montrent qu'il n'est pas de stérilité définitive systématique. De même une transition chirurgicale n'est en rien obligatoire ni systématique dans une trajectoire transgenre. C'est en effet le choix positif de la personne en tant que sujet qui détermine la transition et ses modalités singulières, et il est autant de transitions que de sujets. (5) Le documentaire ne dit pas que Sasha a reçu un traitement hormonal. Le bilan endocrinologique initial a deux objectifs. Il permet de s'assurer de la bonne santé de l'enfant, de dépister d'éventuels troubles métaboliques ou de la coagulation, afin de pouvoir éventuellement prescrire des bloqueurs ultérieurement lorsque la puberté aura débuté. Sur le plan psychique surtout, cette consultation somatique et les entretiens qui suivront permettent d'aborder et d'articuler autrement la réalité biologique du corps et les réalités psychiques. Il n'est en rien proposé ni même « déjà prévu » de prescrire des bloqueurs à Sasha dans l'immédiat, il s'agit d'une information quant aux possibilités médicales futures. Dans la pratique, on attend toujours le stade pubertaire Tanner 2 ou 3 pour prescrire éventuellement des bloqueurs et ce, seulement si l'enfant le désire. Il s'agit alors d'observer si l'enfant éprouve ou non une détresse au début de l'apparition des caractères sexuels secondaires et si l'enfant devenu adolescent confirme son incongruence de genre. (6) En effet, contrairement à ce qu'affirment certains, différentes études montrent que nombreux enfants ne sont plus en souffrance au début de la puberté ou n'expriment plus d'incongruence de genre [23,75,76]. Dans ces cas, aucun traitement n'est alors initié, ce qui n'est pas précisé dans le documentaire. Le pourcentage d'enfants qui garderont une identification transgenre à l'adolescence se situerait entre 10 et 39 % [77,78], alors que lorsqu'une identité trans est présente à l'adolescence est le plus souvent stable [5,77,79,80]. Il faut cependant préciser qu'il s'agit là d'études incluant des jeunes référés à des cliniques spécialisées, souvent parce que non-conformes dans leur genre d'assignation et non pas de jeunes qui affirment une identité trans. Par ailleurs, plusieurs des cliniques qui publient ces chiffres pratiquaient les thérapies de conversion dans la période considérée. Enfin ces études sur la « résistance » qui conduiraient pour certains à recommander une « attente prudente » chez l'enfant et le jeune adolescent au titre de ce qu'une retransition serait nuisible pour les enfants concernés, sont par ailleurs très controversées, tant sur les chiffres avancés que sur les méthodes choisies, pointant des failles méthodologiques sérieuses dans ces recherches [81]. Il s'avère en effet que ces recherches ne produisent pas d'argument contre une transition sociale avant la puberté ou l'utilisation de traitements hormonaux autour de la puberté ; la retransition lorsqu'elle a lieu n'a pas d'effet nocif comparable pour les personnes aux

conséquences clairement délétères de retarder la prise en charge pour les jeunes transgenres ; enfin les modèles de soins attentistes et correctifs semblent préjudiciables aussi pour les jeunes qui grandiront cis [81,82]. Une réflexion critique entre les résultats des recherches et les modèles cliniques de soins est essentielle pour progresser dans la qualité de l'offre de soins aux personnes trans.

Enfin, le documentaire ne fait pas état des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) qui sont sollicitées pour des discussions entre des professionnels de santé de différentes disciplines, des juristes, des éthiciens, des sociologues et des personnes concernées représentantes d'associations, avant toute décision à caractère d'hormonothérapie ou de chirurgie ou pour avis clinique sur des situations particulières, et permettent le partage et la confrontation des idées, des observations, des savoirs et des expériences en vue de proposer les meilleurs soins dans l'intérêt des enfants et des adolescents.

### 3.3. Au total

Il s'agit donc d'un documentaire très partiel qui a donné lieu à un grand nombre de réactions mettant en cause l'éthique médicale qui serait non respectée dans les consultations spécialisées, l'absence d'écoute, la pratique d'interventions avant la puberté et une contribution non régulée à l'épidémie actuelle de trans parmi les jeunes. Nonobstant, cette controverse est entrée dans le débat présidentiel [3].

## 4. Données contemporaines sur les enfants et ados transgenres

### 4.1. Terminologie contemporaine

Les questions autour de l'identité sexuée font partie de la société contemporaine et requièrent de connaître la terminologie utilisée dans le champ médical mais également celle utilisée par la jeunesse. La dysphorie de genre est le terme diagnostic psychiatrique selon le DSM5 depuis 2012 [2]. Elle est définie comme une incongruence de genre associée à une détresse ou à une altération sociale/scolaire. Ce terme tend à disparaître dans la pratique au profit de la dénomination choisie par la CIM-11 en 2018 soit « incongruence de genre » qui, dans cette nouvelle classification, correspond à une condition relative à la santé sexuelle et non plus à un diagnostic psychiatrique, les transidentités n'étant plus considérées comme un état pathologique mais comme une construction singulière de l'identité au sein de la diversité humaine [1]. À noter que le décret qui en France a sorti les transidentités de la catégorie des affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) date du 8 février 2010 [83].

Les personnes concernées ont choisi pour elles-mêmes de ne pas utiliser les terminologies médicales, mais les signifiants « transidentités », « personnes transgenres » et/ou « personnes trans », ces termes étant aussi utilisés dans la littérature scientifique internationale depuis 2016. D'autre part, comme nous l'avons évoqué dans une revue récente, la vision dichotomique binaire de l'identité sexuée est également revisitée sur le mode d'un continuum avec les signifiants « non binaire », « genderqueer », « genderfluid », etc. [84,85]. Si toute une partie de la jeunesse actuelle se saisit de ces représentations non-binaires, il ne faut pas pour autant négliger le nombre de personnes plus âgées concernées comme le fait que « genderqueer » date d'au moins les années 1990 comme construction identitaire dépassant le cadre homme-femme [84].

### 4.2. De quels chiffres parle-t-on ?

Le nombre de personnes transgenres en France n'a pas pu être évalué précisément à ce jour. À l'étranger, on dispose de deux types d'études. Les premières sont réalisées à partir du nombre

de personnes transgenres reçues dans les services spécialisés, ce qui correspond aux personnes qui, d'une part, souhaitent recourir à une transition médicale, d'autre part, décident d'avoir recours à une consultation spécialisée. Elles estiment la prévalence des personnes transgenres entre 1/12 000 à 1/37 000 femmes transgenres et 1/30 000 à 1/110 000 hommes transgenres [5]. Les secondes, plus récentes, sont des enquêtes explorant de manière large les questions de transidentité et comprennent toutes les personnes qui se perçoivent dans un genre différent de leur genre d'assignation à la naissance, sans forcément avoir engagé une transition. Elles estiment la prévalence de la transidentité autour de 1 % chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte [86]. À notre connaissance, on ne dispose pas de données directes pour les enfants prépubères. Pour les adolescents ayant déjà engagé leur puberté, la fréquence de la transidentité a été estimée autour de 1,2 % dans deux grandes études portant sur respectivement 8500 lycéens en Nouvelle Zélande et 2730 adolescents aux États-Unis [87,88]. Les enfants et adolescents concernés restent donc très minoritaires, y compris dans le contexte des évolutions sociétales les plus récentes.

Aussi la représentation selon laquelle il y aurait ces dernières années une « augmentation exponentielle », une « explosion », voire une « épidémie » des transitions de genre en particulier chez les adolescentes, si elle est particulièrement anxiogène pour beaucoup de professionnels et efficace en termes de sensationalisme médiatique et/ou politique, n'est fondée sur aucun résultat d'aucune étude ni registre. De façon surprenante les études existantes sont souvent citées de manière partielle et partielle dans la presse pour corroborer le fantasme de ce qui serait comme un péril sociétal transgenre. Ainsi, l'étude de Kidd et al. (2021) [89] : Il s'agit d'une étude démographique qui recense au sein d'un secteur scolaire urbain les jeunes qui considèrent que leur identité de genre ne correspond pas entièrement « not fully aligned with » à leur sexe de naissance, ce qui ne signifie pas qu'ils soient transgenres ni non-binaires -et encore moins qu'ils envisagent une transition médicale- mais qu'ils expriment une forme de diversité par rapport aux stéréotypes féminins et masculins. Cette étude avec une question formulée en deux temps a été conçue par ses auteurs expressément pour mettre en évidence les jeunes qui se perçoivent comme appartenant à une diversité de genre sans se considérer comme transgenres. L'étude montre que le chiffre de 9,2 % qui est retrouvé est lié à ce que cette question n'est pas la même que celle qui était posée dans les études précédentes qui recensaient les jeunes qui considéraient être transgenres et estimaient cette fréquence à un peu moins de 2 %. Une autre étude souvent citée est celle de la Tavistock (2019) [90] : ce rapport montre certes que le nombre de demandes de consultation avait doublé entre 2014–2015 et 2015–2016, mais il montre aussi -ce qui curieusement n'est jamais mentionné- que l'augmentation des demandes de consultation entre 2017–2018 et 2018–2019 n'était en revanche que de 6 %, donc est plutôt en faveur d'une stabilisation des demandes après une forte augmentation entre 2014 et 2016. Enfin le registre national suédois de la santé [91] mondialement reconnu pour sa rigueur démographique et épidémiologique montre que la « dysphorie de genre » a augmenté de 0,1 à 0,8/10 000 entre 2005 et 2015. Il s'agit certes d'une augmentation x8 mais sur des taux très faibles. Par ailleurs les critères diagnostic utilisés varient avec les années ce qui rend cette augmentation certaine pour ce qui est de la tendance, mais discutable pour ce qui est du facteur [92]. Là encore, la plupart des articles de presse citent l'augmentation x8 sans préciser de quels chiffres on parle en valeur absolue, au départ comme à l'arrivée.

Si peu de jeunes consultaient en France–mais il n'y avait jusqu'en 2013 aucune consultation dédiée–nos équipes ont constaté une forte augmentation relative des premières consultations entre 2015 et 2020 qui tend à se stabiliser depuis [93]. Au plan national le Rapport relatif à la santé et aux parcours de

soins des personnes trans remis à monsieur Olivier Véran, ministre des Affaires sociales et de la Santé, rédigé par le docteur Hervé Picard et Simon Jutant, avec l'appui de Genève Gueydan de l'IGAS rapporte les chiffres récents de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie d'après le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : 294 mineurs au total en France bénéficient de l'ALD pour « transidentités » et seulement 1 % des séjours hospitaliers avec un diagnostic principal de « transidentité » concernent des mineurs. Or dans nos consultations « spécialisées » les jeunes en ALD représentent la quasi-totalité des jeunes en suppression de puberté (car ces traitements sont très coûteux et non pris en charge hors du cadre de cette ALD) et environ la moitié des jeunes ayant recours à une transition hormonale d'affirmation de genre. Aussi le nombre total de jeunes concernés par des prises en charge médicamenteuses en France en 2022 est-il extrêmement faible. [94].

#### 4.3. *Quid de l'origine des transidentités ?*

Tous les auteurs s'accordent pour considérer que l'origine des transidentités est multi factorielle, avec des contributions psychiques biologiques/hormonales, génétiques, mais aussi environnementales et sociétales [22,23]. Chez l'humain, l'identité sexuée se retrouve au carrefour de la libido, des stéréotypes de genre, des données sexuées biologiques et des caractères sexuels secondaires. Ainsi au cours du développement psycho-affectif de l'enfant, son identité sexuée se construit dans un processus progressif à l'œuvre à la fois dans son corps et son psychisme, mais également en fonction d'un contexte familial spécifique et dans un champ socio-culturel donné.

Depuis une perspective psychanalytique post-lacanienne, énoncer être homme ou être femme, ou toute autre identité de genre inscrite ou non dans la binarité implique de consentir à se faire représenter en tant que sujet par le signifiant « homme » ou par le signifiant « femme » ou par un autre signifiant « neutre », « bigenre », « agenre », « fluide » etc. [95]. En effet, si Lacan n'a pas été confronté de son vivant à l'évolution sociétale de l'identité de genre vers une non-binarité, il a amené dans un cadre binaire une certaine désessentialisation du genre : énoncer être homme ou être femme était pour lui consentir à se faire représenter en tant que sujet par le signifiant « homme » ou par le signifiant « femme » [96]. Enfin il amène que le sujet se sent homme ou femme du réel de sa jouissance, des affects de son être et des modalités de son désir [97], ce qui corrobore une conception du genre ne pouvant se réduire ni à l'anatomie ni à l'acte de naissance, mais comme une trajectoire, une aventure, une expérience vivante et pour chacun, chacune jamais achevée [98–100]. Actuellement certains analystes tentent de poursuivre dans un contexte où les identifications ne se limitent pas à la binarité Féminin/Masculin mais où ont émergés d'autres signifiants comme « neutre », « bigenre », « agenre », « fluide » et d'autres encore, abordant cette diversité des identités de genre comme une diversité des modalités de jouissance [101].

Une autre piste est de penser les transidentités en tant que clinique de l'angoisse [102], cette angoisse pouvant surgir chez le sujet lorsque le vécu réel éprouvé du corps sexué vient effrayer l'image du corps qui s'est développée depuis la petite enfance dans un genre différent du sexe porté sur l'acte de naissance ou bien dans une dimension imaginaire asexuée. Ainsi, dans ce contexte, s'affirmer transgenre peut être entendu en tant que tentative de discours, de re-nomination, pour un réaménagement du nouage entre les dimensions du Réel, de l'Imaginaire et du Symbolique [97,103]. Pour certains jeunes, un tel réaménagement bien après le stade dit « du miroir » [104] peut permettre de réaliser ce nouage de s'inscrire dans une dimension symbolique et advenir en tant que sujet. Pour d'autres, il s'agira souvent de conférer au psychisme, alors considéré comme un système, une meilleure homéostasie. Dans cette même perspective, les signifiants de genre

peuvent également prendre la valeur de ce que Lacan appelait le trait unaire. L'angoisse c'est alors aussi ne pas pouvoir se dire ou se déclarer dans le lien social, faute de médiations incluant des identifications de genre trans laissant cours aux variations de genre et à leur franchissement [105]. Cette valeur de trait unaire est encore une voie pour appréhender les angoisses sociétales que peut générer la déconstruction de ces signifiants de genre en tant que traits fondamentaux d'identification.

#### 4.4. *Vulnérabilité des jeunes transgenres*

Les personnes transgenres ou en questionnement peuvent ainsi vivre au fil de leurs trajectoires des expériences de « crise subjective » et des expériences de « crise sociale », les unes alimentant les autres et vice versa. Les études internationales montrent que la population trans est particulièrement vulnérable, notamment dans le champ de la santé mentale [6–9,11,13–16,106,107]. Ces études soulignent aussi une vulnérabilité sociale et des difficultés importantes dans l'accès aux soins [9,10,12,15,108,109]. Les enfants et adolescents transgenres ont ainsi un risque plus élevé de troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux (21 %), les troubles de l'humeur (12 à 64 %), d'où la fréquence élevée de comportement auto-agressif (jusqu'à 53 %) ou de tentative de suicide et de décrochage scolaire [5–8]. Les études en Europe, aux États-Unis et au Canada rapportent une prévalence des tentatives de suicide de 22 à 43 % sur la vie entière et de 9 à 10 % sur l'année précédente chez les personnes transgenres [9–12]. L'étude prospective de Holt et al. portant sur 218 enfants et adolescents dysphoriques de genre d'âge moyen 14 ans [110] retrouve des contextes de harcèlement chez 49,4 % des filles trans (assignées garçons à la naissance) et 45,3 % des garçons trans (assignés filles à la naissance), des idéations suicidaires chez 38,3 % à part égale dans les deux sexes, des troubles du spectre autistique (TSA) chez 18,5 % des filles trans et 10,2 % des garçons trans, des troubles déficitaires de l'attention-hyperactivité (TDAH) chez 12,3 % des filles trans et 5,8 % des garçons trans. Enfin beaucoup plus rarement, des troubles schizophréniques chez 3,7 % des filles trans et 5,8 % des garçons trans.

Il reste difficile de déterminer s'il s'agit de troubles simplement associés à l'identité trans ou si ces troubles sont des conséquences d'avoir un corps ne correspondant pas à l'identité de genre, voire résultent des conséquences sociales des expériences transidentitaires [111]. Des troubles psychiques en lien avec l'identité de genre trans et son vécu peuvent conduire à un état dépressif, et inversement un état dépressif peut conduire à des interrogations plus générales sur l'identité. De même pour les TSA, il est difficile de déterminer s'ils indiquent une condition séparée ou si les troubles de la communication et du lien social sont en partie secondaires à la transidentité [112]. Walsh et al. trouvent, dans une étude qualitative basée sur des auto-questionnaires, une large élévation de la plupart des traits cognitifs de l'autisme chez les personnes autistes transgenres et non binaires par rapport à un groupe contrôle cisgenre, et une hypersensibilité visuelle et auditive plus faible. Ils proposent l'hypothèse d'une résistance autistique au conditionnement social [113]. Strang et d'autres chercheurs proposent que autisme et transidentités s'influencent sans rapport de causalité entre ces deux conditions : les troubles de la communication vont influer sur la perception et l'intégration des stéréotypes de genre et donc amener à une identité de genre plus fluide chez les autistes, de même que le déficit en théorie de l'esprit diminue la perception des attentes de l'entourage vis-à-vis des normes de genre. Les particularités sensorielles influencent aussi le vécu du genre et pourraient intervenir dans la perception des modifications corporelles liées à la puberté [114,115].

Les facteurs de risque de tentative de suicide identifiés par les différentes études sont l'âge inférieur à 25 ans, la dépression, l'usage de drogues et les antécédents de violences sexuelles, mais aussi

des facteurs de risque spécifiques sociaux tels les discrimination et violences liées à la transidentité, la stigmatisation sociale, la transphobie intérieurisée, le rejet par l'environnement familial et social, et enfin le défaut d'accès à une transition médicale ou administrative. À l'inverse, l'accès à la transition sociale et médicale, l'acceptation du genre par les parents et l'entourage social, le soutien familial et social, la protection contre les violences et l'accès aux soins psychiatriques apparaissent comme des enjeux majeurs de prévention du risque suicidaire chez les personnes transgenres [9,116–118].

Pour les jeunes en début de puberté, les changements corporels peuvent s'avérer insupportables d'où l'intérêt d'un accompagnement médical pouvant agir sur ces changements inhérents à la puberté physiologique. Avant la puberté, la prise en charge, si nécessaire, est exclusivement psychologique et l'enjeu est de favoriser le bon développement psychoaffectif global de l'enfant, lui permettre d'explorer librement son identité de genre avec la notion essentielle que l'identité n'est pas fixée et qu'elle peut évoluer, tout en évitant des stress traumatiques en lien avec le rejet que peut susciter l'expression de genre de l'enfant dans son environnement familial, scolaire et social [23].

Dans notre propre expérience portant sur 239 situations cliniques, nous retrouvons des chiffres assez proches avec au sein de notre consultation : à la première consultation 38 % des enfants et adolescents accueillis ont été victimes de harcèlement en milieu scolaire ; 33 % ont déjà décroché scolairement sur une durée d'au moins 3 mois ; 60 % présentent un état dépressif majeur ; 24 % ont déjà fait une tentative de suicide [93].

#### 4.5. À propos de l'augmentation des demandes de transition de genre auprès des consultations spécialisées en ce début de 21<sup>e</sup> siècle

Le questionnement de l'identité sexuée est fréquent dans tout processus adolescent. On observe d'ailleurs aussi un tel questionnement chez les adolescents qui se disent transgenres et qui, comme tous les adolescents, construisent leur subjectivité, mais l'affirmation d'une identité transgenre semble d'un autre ordre. Nous observons aussi que la plupart des jeunes transgenres trouvent à un moment de leur trajectoire une confirmation de leur identité trans sur les réseaux sociaux qui leur sont comme un miroir qui amènerait à une nouvelle identification.

L'augmentation de la fréquence des transidentités peut interroger. Elle est sans doute en lien avec une meilleure information et une offre de soins inexistante auparavant pour les plus jeunes, mais aussi avec des évolutions sociétales et en particulier une certaine déconstruction du genre que l'on observe depuis les années 1990, la reconnaissance de l'identité trans socialement et l'émergence de soins moins binaires. Cependant, même depuis cette augmentation, moins de 1/20<sup>e</sup> des personnes transgenres sont vues en clinique [119]. Pour de nombreux adolescents aujourd'hui – y compris pour des adolescents qui se sentent bien dans leur genre de naissance – le genre n'est plus une variable binaire qui se décline au masculin ou au féminin mais un continuum entre le féminin et le masculin pensés comme des pôles, ce qui est appelé non-binarité par les jeunes, par les chercheurs en sociologie, mais aussi par la littérature médicale internationale [85]. Être non binaire peut conduire à choisir de ne pas avoir un corps conforme aux stéréotypes d'un genre et cela peut être une raison pour ne pas consulter. Cette observation pourrait expliquer en partie, avec le manque d'accès aux soins, le fait que les chiffres des centres de soins soient très inférieurs à ceux des enquêtes en population générale (voir 4.2).

Les tribunes médiatiques qui demandent l'interdiction de tout traitement hormonal chez les mineurs trans citent très souvent l'étude de Littman [120,121], médecin gynécologue obstétricienne qui s'est spécialisée en santé publique et qui tente de mettre en évidence à partir exclusivement de questionnaires de parents

interrogés via internet une forme de dysphorie de genre à début rapide à l'adolescence et dans laquelle les réseaux sociaux joueraient un rôle majeur. Il est à noter que 3 des 4 sites internet sur lesquels elle a proposé son enquête sont des sites opposés aux prises en charge de type affirmation de genre et qui remettent en cause la réalité des « transidentités » chez les mineurs alors considérées comme un phénomène social d'influence médicalisées à tort. Or à notre consultation, nous constatons que l'influence des réseaux sociaux est très souvent invoquée par les parents en difficulté à se représenter leur enfant comme transgenre et qui viennent à notre consultation avec une demande d'aide pour montrer à leur enfant qu'il se trompe, fait fausse route [101].

Pour autant, l'étude de Littman initialement publiée en 2018 [120] a été profondément contestée dans sa méthode par les lecteurs et par d'autres auteurs et le journal qui a publié l'article a finalement demandé à l'auteur une nouvelle révision en 2019 ayant donné lieu à la publication d'un papier correctif qui tient compte de ces réserves [121]. Il s'agit essentiellement de prendre en compte le biais que peut constituer le fait que le diagnostic de dysphorie de genre à début rapide, d'une part, est posé d'après les seules réponses des parents à une enquête en ligne, d'autre part, que ces parents sont recrutés sur quatre sites dont trois déconseillent les transitions de genre à l'adolescence. Ainsi, les auteurs conviennent de ce qu'une telle évaluation pourrait ne pas refléter fidèlement les expériences, le vécu ou les caractéristiques des jeunes concernés, en particulier quant au caractère « rapide » du début de la dysphorie de genre. Il est possible en effet que les parents ne soient pas objectifs par rapport à leurs propres enfants et que des préjugés individuels puissent limiter leur objectivité. Les auteurs expliquent dans ce correctif de 2019 que cette étude descriptive n'a pas été conçue pour explorer ou mesurer l'objectivité des participants, et n'a par ailleurs pas demandé aux parents interrogés s'ils soutenaient ou non leur enfant dans l'exploration de son identité de genre. Nous nous étonnons que les auteurs des différentes tribunes ne fassent pas référence à cette version corrigée pourtant en libre accès sur la revue Plos One et qui vient infléchir sérieusement les conclusions de l'étude initiale. De nombreux articles scientifiques ont depuis critiqué l'étude de Littman et permettent encore un peu plus de récuser cette hypothèse d'une dysphorie de genre à début rapide [122–126].

## 5. Accompagnement médical des enfants et adolescents transgenres en Ile de France

### 5.1. Mise en œuvre du dispositif

Comme mentionné plus haut, notre consultation de la Pitié Salpêtrière a reçu et accompagné depuis 2013 un peu plus de deux cents enfants et adolescents de 3 à 20 ans. Ces jeunes ainsi que leurs familles sont reçus à la Pitié-Salpêtrière sur des durées d'accompagnement de plusieurs années, certains depuis neuf ans à présent. Les consultations sont des consultations longues, d'une durée d'une heure environ, avec un temps d'entretien familial, un temps avec le ou la jeune sans ses parents, et pour la plupart des familles aussi des temps d'entretien avec les parents sans leur enfant. La fratrie est généralement reçue au cours de la prise en charge ainsi que parfois la famille élargie à la demande du jeune ou de ses parents. Le réseau pluridisciplinaire que nous coordonnons à la demande de l'Agence Régionale de Santé et qui se réunit chaque mois a reçu plus de cinq cents enfants et adolescents ainsi que leurs familles, ce qui amène à une expérience clinique conséquente et très régulièrement mise en commun par tous les professionnels engagés dans ces accompagnements en Ile de France. Notre organisation repose sur (1) l'observation clinique, la recherche clinique, à partir des discours des enfants et adolescents mais aussi en prenant

en considération ceux de leurs familles, de nos collègues, de la société française en général, des équipes étrangères qui travaillent aussi dans ce champ depuis trente à soixante ans selon les pays ; (2) une analyse de la littérature française et internationale revue par les pairs, en médecine mais aussi en psychanalyse, en neurosciences, en éthique, en histoire, en philosophie, en sociologie et en droit, dont de nombreuses études cliniques internationales qui ont conduit à définir des recommandations internationales ; (3) une analyse éthique selon les principes de Beauchamp et Childress et appuyée sur un séminaire d'éthique médicale [127,128] ; (4) une écoute des personnes concernées hors du cadre d'une relation thérapeutique, militants associatifs issus de différentes associations et collègues transgenres cliniciens ou chercheurs (psychiatres, psychologues, psychanalystes, sociologues, philosophes, juristes) conformément aux recommandations de la HAS [70].

## 5.2. Recherche clinique et séminaire éthique

La richesse clinique mise en évidence au travers de notre pratique nous conduit à un abord clinique multidisciplinaire tenant compte des différentes dimensions pertinentes : génétique, hormonale, psychique, développementale, familiale et sociale. Nous avons en premier lieu le souci de proposer aux enfants et adolescents que nous recevons dans le cadre de notre consultation une écoute pluridisciplinaire de qualité, une information, puis un parcours de soins individualisé tenant compte des recommandations internationales ainsi qu'un accompagnement de leur famille. Il s'agit d'accueillir le patient dans sa demande, d'accueillir encore sa famille, de les entendre dans ce qu'ils nous disent d'eux-mêmes, pour ouvrir à une réflexion intégrée et non pas rabattre les faits cliniques sur des critères diagnostiques ou des préjugés dogmatiques.

Face à la complexité de cette clinique de par les enjeux éthiques, toutes les décisions thérapeutiques sont à la fois collégiales et pluridisciplinaires. Enfin nous nous appuyons depuis 2013 sur une activité de recherche clinique et un réseau de partenariat actif au plan national et international. Ce partenariat a donné lieu en 2018 à une collaboration franco-néerlandaise avec la publication d'une revue de la littérature et d'une guideline pour la prise en charge et l'accompagnement pluridisciplinaire des enfants et adolescent.e.s transgenres, rédigé par les équipes d'endocrinologie pédiatrique de Robert Debré, de pédopsychiatrie de la Salpêtrière et de Robert Debré, d'endocrinologie adulte de Cochin, et les équipes de pédiatrie et d'éthique médicale du Medical Center de Leiden aux Pays Bas [23].

Sur le plan éthique, le réseau a porté un séminaire d'éthique médicale de 2015 à 2019 au sein du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié-Salpêtrière, co-animé par François Ansermet (pédopsychiatre, psychanalyste et membre du Conseil Consultatif National d'Éthique), Nouria Gründler (psychanalyste) et Agnès Condat (pédopsychiatre, docteure en sciences cognitives et psychanalyste). Le séminaire multidisciplinaire était largement ouvert, et a compté la participation de médecins psychiatres, pédopsychiatres, obstétriciens, endocrinologues, biologistes de la reproduction, néonatalogues, pédiatres, mais aussi psychologues du développement, psychanalystes, philosophes, sociologues, anthropologues, éthiciens et juristes. Il s'agissait d'explorer, à partir de la clinique, comment la médecine et les biotechnologies contemporaines en particulier dans le champ des transidentités amènent à un monde nouveau, inconnu, dépassant parfois nos capacités à le penser. Ce séminaire était organisé autour de présentations de situations amenées par les participants, servant de base à une réflexion plus générale, construite dans un esprit de recherche clinique. Ce séminaire a donné lieu à une publication en 2018 [128].

## 5.3. Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Rapidement à la mise en place du réseau, nous avons souhaité mettre en place des RCP pour penser l'accompagnement des transitions médicales chez les adolescent.e.s transgenres et/ou en questionnement. Une RCP trimestrielle puis mensuelle a été mise en place initialement en 2015, afin de réunir les praticiens de différentes équipes hospitalières et praticiens libéraux d'Ile de France qui reçoivent enfants et adolescents manifestant une incongruence de genre. La dimension pluridisciplinaire est assurée par la présence de psychiatres d'enfant et d'adolescent, de psychiatres d'adulte, de psychologues, de psychanalystes, de psychomotriciens, d'endocrinologues, de pédiatres, de biologistes de la reproduction, d'infirmiers, d'éthiciens, de juristes, des représentants d'associations de personnes concernées, et d'anthropologues. Ces réunions sont sollicitées pour des discussions avant toute décision à caractère d'hormonothérapie ou de chirurgie, pour avis clinique sur des situations particulières, et permettent le partage et la confrontation des expériences vers une harmonisation des pratiques. La discussion d'une situation clinique en RCP requiert l'accord préalable de la personne concernée et de ses parents s'il s'agit d'un mineur. La décision en RCP vient dans la continuité de tout un accompagnement de l'adolescent et de ses parents et constitue ainsi une décision conjointe. La situation est discutée de manière anonyme de façon à maintenir la confidentialité. Le jeune ainsi que ses parents ont la possibilité de s'exprimer au cours de cette réunion à laquelle ils peuvent assister s'ils le souhaitent, ou bien adresser un courrier ou encore se faire représenter par un tiers de confiance.

## 5.4. Accueil des demandes

Les demandes des jeunes et des familles qui s'adressent à la consultation Identité sexuée sont diverses. Lors de la première consultation, il peut s'agir d'une demande de prise en charge d'un état anxiodépressif, parfois dans les suites d'une ou plusieurs tentatives de suicides ; de difficultés d'intégration en milieu scolaire avec des situations fréquentes de phobie scolaire et/ou de harcèlement ; d'interrogation de la part de la famille ou plus rarement du jeune pour savoir si il ou elle est vraiment trans ; d'une demande de la part de l'entourage d'aider ce ou cette jeune à réaliser qu'il ou elle fait fausse route, que son problème est autre. Cela peut encore être le vécu familial douloureux de l'expression de l'identité de genre qui amène à consulter, ou bien une inquiétude parentale quant à l'avenir de l'enfant, évoquant des difficultés sociales et professionnelles futures, la crainte de l'ostracisation de leur enfant mais aussi de ses parents, de sa fratrie. Certains parents, qu'ils acceptent ou non la transidentité ou simplement le questionnement de genre de leur enfant, sont en demande de conseils, d'une guidance ou encore d'un soutien pour les aider à accompagner leur enfant au mieux. Certains mineurs et certaines familles nous sont adressés par des collègues psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, psychanalystes mais aussi médecins généralistes, endocrinologues ou gynécologues, d'autres par des associations trans qui les accompagnent dans le cadre de leurs permanences d'accueil ou des groupes d'auto-support. Enfin il arrive que des adolescents consultent seuls, parfois déjà hormonés via des réseaux parallèles plus ou moins légaux, nous demandant d'aider leurs parents à les accepter tels qu'ils sont.

À partir de cette demande, il est proposé une prise en charge individualisée avec une approche globale, développementale et pluridisciplinaire. Il s'agit d'accompagner cet enfant ou cet adolescent-là dans son développement psycho-affectif, de faciliter son intégration familiale, sociale et scolaire, d'aider les jeunes à actualiser et vivre leur identité de genre, enfin de réduire la souffrance exprimée et prévenir un risque post-traumatique.

L'enfant ou l'adolescent est invité à explorer son identité de genre ; la souffrance associée au plan individuel mais aussi familial et social est évaluée, de même que le retentissement familial, scolaire et social. Un éventuel trouble co-occurrent est toujours recherché et le cas échéant sa prise en charge ne sera pas négligée. L'accompagnement de l'environnement familial est un levier essentiel du bon développement de l'enfant dans sa vie, et dans l'exploration et l'expérimentation de son identité de genre [28,30].

La prise en charge individualisée doit pouvoir intégrer à la fois les partenaires scolaires et de santé locale, une information de qualité, des groupes d'auto-support et associatifs, avec au centre de cette prise en charge un accompagnement familial et individuel à organiser au cas par cas. Si une psychothérapie individuelle est toujours proposée sans être jamais imposée, l'offre de soins comprend aussi des groupes de parole enfants ou adolescents, et des groupes de parole parents, des consultations d'information en santé reproductive (notamment dans les Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme—Cecos), un accompagnement médical et endocrinologique à visée d'information et de bilan médical, et, le cas échéant, pour mettre en route et ajuster les traitements hormonaux (de masculinisation, de féminisation à partir de 16 ans ou de bloqueur de puberté après que la puberté a débuté). La question des transitions chirurgicales se pose généralement après 18 ans. Pour parvenir à un maillage et à un ajustement suffisamment individualisé et coordonné dans les soins, la discussion de ces situations en RCP est souvent nécessaire.

### 5.5. L'accompagnement psychologique

L'accompagnement psychologique doit permettre à l'enfant et/ou à l'adolescent d'explorer de façon individualisée son identité de genre, et de l'expérimenter, c'est-à-dire de permettre aux jeunes de vivre leur genre dans leur corps et en société et de l'actualiser en fonction de ce qui fait sens pour le jeune et lui apporte un confort. Les entretiens avec le ou la jeune vont l'aider à se positionner en tant que sujet, de formuler une demande qui soit la sienne, et de poser des actes qui feront sens pour lui tout en accusant réception de la parole de l'autre. Il s'agit de proposer un cadre qui soit opérant, de permettre le transfert pour accueillir cet enfant-là, cet adolescent ou cette adolescente-là, et aussi cette famille-là et au sein de cette famille chacun de celles et ceux qui la composent, leur histoire, leur discours et leur angoisse, et avec eux leur demande, dans la perspective de les accompagner en tant que famille et au sein de cette famille en tant que sujets en devenir. Un des enjeux est de permettre à la famille tout entière d'écrire à plusieurs voix la suite de son histoire après un coming-out qui est souvent vécu comme un bouleversement, et que cette suite permette à chacun et chacune de s'y inscrire dans une dimension subjective. Une attention particulière doit être apportée à la mise en place de bonnes conditions pour favoriser l'attachement et une relation parents-enfants sûre. Les enfants et adolescents concernés ainsi que leurs parents doivent pouvoir s'appuyer sur des centres pluridisciplinaires, des professionnels formés spécialement, des centres de compétence et équipes interdisciplinaires. Le soutien psycho-social doit s'ajuster et correspondre au degré de maturité intellectuelle et affective afin que l'enfant soit associé aux décisions qui le concernent. Cela doit permettre un renforcement positif de son estime de soi et prévenir un risque traumatique.

Il est important que ce soutien psycho-social inclue les parents, notamment pour les aider à surmonter leur sentiment initial d'incompréhension, de perte de repères, d'impuissance ou parfois de deuil pour pouvoir prendre une décision réfléchie, éclairée par une information de qualité, à l'abri de l'urgence et des pressions sociales, sur les options thérapeutiques qu'ils auront à choisir avec et/ou au nom de leur enfant [101,129]. Il s'agit encore de soutenir parents et enfants vis-à-vis du regard sociétal souvent stigmatisant

[99,130]. Une information la plus précise possible doit être apportée, et étayée par l'observation clinique et les données objectivées par la littérature internationale revue par les pairs. L'un des objectifs principaux d'un tel accompagnement porte sur la possibilité d'exposer les différents points de vue et les différentes manières de voir et de se voir, sans jugement, avec bienveillance, et en prenant la mesure de ses propres représentations, et interprétations.

Plus spécifiquement, des informations sont également fournies au cas par cas autour des besoins de l'enfant, et sur les possibilités et les risques de chaque traitement envisagé, que ce soit un traitement psychothérapeutique, social ou médicamenteux. Il faut aborder les effets de certains traitements sur les possibilités chirurgicales futures qui peuvent être améliorées ou au contraire empêchées dans certains cas, ainsi que les enjeux autour des possibilités de procréation future, notamment pour les risques concernant la fertilité et les possibilités de la préserver. Des informations sur l'attitude à adopter par rapport à l'environnement familial, scolaire, social, et concernant l'éducation, sont à transmettre. L'information sur les réseaux de groupes d'entraide et d'auto-support existants est aussi à ne pas négliger. Les questions juridiques doivent être abordées et accompagnées (changement de prénom à l'état civil, changement de la mention du sexe à l'état civil, consentement aux traitements, etc.).

## 6. Questions éthiques spécifiques

### 6.1. La transition sociale

La transition sociale est la seule mesure de transition possible chez l'enfant prépubère. Une transition sociale consiste à exprimer son genre dans le champ social autrement que selon les normes sociales associées au genre assigné à la naissance, parfois avec une ou quelques personnes (parent, ami proche), au sein de la famille nucléaire, de la famille élargie, du cercle amical, ou plus largement en milieu scolaire, au sein d'une communauté voire dans l'ensemble des relations sociales. La transition sociale peut se faire avec ou sans changement d'état civil. Il s'agit d'un processus dynamique, propre à chaque individu dans ses modalités et sa temporalité, mais aussi singulier selon chaque famille, chaque établissement scolaire, chaque groupe social. La transition sociale peut être binaire ou non binaire, d'emblée déterminée ou progressive, définie ou fluide. Il s'agit pour la personne d'une expérience d'éprouver le genre qui va s'accompagner de remaniements dans le nouage entre les dimensions réelle, imaginaire et symbolique de l'identité. L'enjeu majeur pour la personne réside du côté de la dimension symbolique de son identité et de son ancrage dans le social. Une transition sociale entraîne également des remaniements du côté de la famille et peut ébranler chacun et chacune des proches dans son identité propre, amenant en effet un changement dans ce qui se tenait du soi en l'autre. Aussi la transition sociale peut être à l'origine d'une crise familiale et/ou sociale à laquelle le jeune va être confronté mais aussi sa famille, en tant que système mais également en tant qu'entité sociale.

Pour aborder la question des enfants et adolescents transgenres à l'école, il nous faut au préalable rappeler que cette population est particulièrement vulnérable avec un risque majeur de trouble anxiodépressif, de tentative de suicide, de phobie scolaire, de stigmatisation et de harcèlement en milieu scolaire [6–16,106–108]. La transition sociale en milieu scolaire consiste à accéder à la demande d'un enfant ou d'un adolescent d'être appelé à l'école par un autre prénom que son prénom de naissance et que l'on s'adresse à lui dans un genre autre que son genre assigné à la naissance. Cela peut permettre à l'enfant ou l'adolescent de se rendre compte de sa possibilité de fonctionner dans le genre affirmé, de l'adéquation de ses accompagnements et soutiens psychologiques et sociaux

et de l'amélioration de sa qualité de vie. À ce titre la transition sociale est recommandée de longue date chez les adolescent.e.s qui demandent un traitement du fait de la stabilité de l'identité de genre à partir de la puberté [5,77,79,80,131,132], mais c'est plus récemment que des études ont pu montrer un bénéfice important de la transition sociale chez les jeunes prépubères en termes de bien-être et de fonctionnement global [30,131,133,134]. Une étude prospective portant sur 85 enfants non conformes pour le genre a montré que les transitions sociales à venir dans les deux ans (soient 36/85) pouvaient être prédictibles à partir de l'identification et des préférences de genre de ces enfants, et aussi que l'identification et les préférences de genre pouvaient ne pas différer de manière significative avant et après les transitions sociales [135]. Enfin, bien que les retractions ne soient pas fréquentes [136], il reste important d'expliquer aux parents l'intérêt de respecter l'identité de genre actuelle de leur enfant tout en lui laissant la liberté future de revenir à une identité de genre alignée sur leur genre d'assignation à la naissance ou d'évoluer vers une identité de genre autre [137].

Depuis septembre 2021 en France, la circulaire Blanquer 'Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire' [138] demande aux établissements scolaires d'employer le genre et le prénom choisis par le jeune sous réserve de l'accord de ses parents, ainsi que de mettre en place les aménagements pratiques pour permettre la transition. Cette circulaire insiste encore sur la protection des jeunes trans et la prévention de la transphobie en milieu scolaire. Ces recommandations sont bienvenues si l'on considère que 38 % des jeunes consultant dans le cadre de notre consultation Identité Sexuée ont déjà subi du harcèlement en milieu scolaire et que 33 % ont déjà été déscolarisés totalement sur une période supérieure à trois mois [93].

Il est également possible pour les mineurs depuis la Loi modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle de novembre 2016 [139] de changer son prénom à l'état civil en mairie avec l'accord des deux parents. Quant au changement de la mention du sexe à l'état civil, il est possible à la majorité ou après émancipation et relève du tribunal judiciaire. Dans une décision inédite, la cour d'appel de Chambéry a, le 25 janvier 2022, accepté la modification de la mention du sexe sur l'état civil d'un mineur trans non émancipé [140–142]. Aucun document médical n'est exigible que ce soit pour le changement de prénom en mairie ou pour le changement de la mention du sexe au tribunal. Il s'agit pour les demandeurs d'apporter des attestations et documents montrant que ce changement est bien dans l'intérêt de la personne et qu'il valide un état de fait.

Dans notre consultation, 40 % des enfants et adolescents accueillis ont déjà effectué une transition sociale avant la première consultation, 74 % auront fait une transition sociale au sein de leur famille à l'issue du suivi (dont les 40 % pour lesquels cette transition était déjà effectuée au premier rdv) et 61 % auront fait également une transition en milieu scolaire. 35 % auront changé leur prénom à l'état civil au cours du suivi, parfois devant le refus de l'école de prendre en compte leur nouveau prénom avant changement à l'état civil (avant la circulaire de septembre 2021) [93]. Une transition sociale en milieu scolaire présente l'avantage d'être facilement réversible, avec ou sans changement d'école, ce qui est plus difficile après changement à l'état civil.

Les enjeux éthiques des transitions sociales peuvent se décliner selon le principe de Beauchamp et Childress [127]. La bienfaisance repose sur les effets positifs rapportés par les personnes et montré par les études sur le fonctionnement global, et en particulier sur l'état psychologique, réduisant le risque psychiatrique et le risque de déscolarisation [5,77,79,80,130,131,133]. La non-nuisance demande de prendre en considération un risque qui serait de précipiter dans un devenir trans des identifications développementales transitoires, mais aussi le risque de harcèlement et d'ostracisation. L'autonomie vient questionner l'aptitude de l'enfant ou de l'adolescent au discernement et au consentement,

de même que les interactions éventuelles entre les représentations de l'enfant et celles de ses parents. Enfin le principe de justice demande à ce que les cas connexes soient traités de la même manière, sauf s'il existe une différence moralement pertinente entre eux. Quelle pourrait être une différence moralement pertinente entre un enfant transgenre et un enfant cisgenre qui justifierait d'interdire à un enfant transgenre d'être reconnu socialement dans son genre ressenti ?

## 6.2. *Le blocage pubertaire par les analogues de la GnRH*

Favoriser la santé, le bien-être mais aussi le développement optimal de chaque enfant et adolescent est bien entendu l'objectif commun de tout professionnel de santé. La difficulté est de déterminer pour chaque enfant, ce qui va contribuer au mieux à sa santé et à son développement. La survenue des transformations pubertaires qui modifieraient la 'réussite' potentielle des transformations chirurgicales à venir [4] n'est pas un élément déterminant pour indiquer la prescription d'un traitement hormonal, ni dans notre pratique ni dans la littérature. En effet, aucune chirurgie ne peut voir sa 'réussite' améliorée par des bloqueurs de puberté ni des hormones sexuelles.

Les bloqueurs de puberté permettent d'éviter certaines interventions (mammectomie ultérieure chez les garçons transgenres car on aura évité la poussée mammaire d'une puberté féminine ; chirurgie de féminisation faciale ou de la pomme d'Adam chez les jeunes filles transgenres car le visage ne se sera pas virilisé et la pomme d'Adam ne sera pas apparue). Mais ils n'ont aucun effet sur les autres chirurgies envisageables à l'âge adulte (vaginoplasties, phalloplasties, métaloïdioplastie, mammoplasties). Les bloqueurs permettent par ailleurs d'éviter la mue de la voix chez les jeunes filles transgenres. Par contre, la prescription de bloqueurs pour les jeunes filles transgenres (assignées garçons à la naissance) peut empêcher les techniques chirurgicales usuelles pour une éventuelle vaginoplastie ultérieure car elle empêche le développement du pénis (la vaginoplastie étant habituellement réalisée par inversion pénienne) [143,144]. Aussi les bénéfices en termes de santé des bloqueurs résident essentiellement dans l'amélioration du fonctionnement global et de l'état psychologique du sujet en réduisant la souffrance et l'anxiété ou, dans plusieurs cas, l'évitement de la détérioration du fonctionnement global, de la souffrance et de l'anxiété concomitantes à l'apparition des caractères sexuels secondaires ; il s'agit aussi de réduire les risques de co-occurrences psychiatriques y compris suicidaire, et d'améliorer l'insertion scolaire avec une diminution du risque de décrochage [80]. Ce traitement réversible permet en outre de se donner du temps pour apprécier la situation et élaborer pensée et représentations avant d'envisager un traitement hormonal de transition qui sera seulement partiellement réversible ou de laisser la puberté reprendre son cours physiologique. Ces traitements sont déjà utilisés depuis longtemps dans l'indication des pubertés précoces chez l'enfant [145] et sont totalement réversibles ; la puberté reprend son cours physiologique à leur arrêt [146]. Comme déjà mentionné, plusieurs études ont été publiées soulignant les impacts positifs sur le devenir psychologique [5,21–23,26,28,30–32,35–46] ainsi que l'innocuité relative de la suspension de la puberté, dite 'suppression de puberté' [5,21–23,26,28,31,32,35–51].

En termes de nuisance, les effets secondaires suivants ont été rapportés durant le traitement par GnRHa : bouffées de chaleur, fatigue, maux de tête et altération de l'humeur, douleurs au point d'injection et abcès stériles [5,21,23]. La densité minérale osseuse diminue sous GnRHa, de façon prolongée avec néanmoins une reminéralisation complète entre 5 et 10 ans après l'arrêt du traitement sachant qu'elle augmente sous testostérone ou estradiol [20,21,23,48,51]. La densité osseuse reste cependant inférieure aux z-scores avant traitement même après plus de 5 ans de traitement

par hormones sexuelles [20,21,23,48,51]. Cette déminéralisation pose la question de l'âge auquel il est pertinent de débuter une transition hormonale qui induira la reminéralisation des os : prolonger la période de réversibilité au prix de retarder plus longtemps la poursuite de la puberté et donc accroître la déminéralisation ou bien se rapprocher d'une puberté physiologique du point de vue de la temporalité, ce qui réduira le risque de déminéralisation mais amènera à prendre des décisions plus tôt. Quant aux éventuels effets cognitifs, les quelques études réalisées auprès d'adolescents ou de jeunes adultes, le plus souvent dans d'autres indications de prescription de GnRH, ne sont pas en faveur d'effets négatifs sur le fonctionnement cognitif [147–151], émotionnel et psychosocial bien que certains résultats soient discutés [148]. La seule étude réalisée à ce jour en IRM fonctionnelle chez 20 adolescents trans traités par GnRHa versus 20 adolescents contrôles n'a pas montré d'effet des GnRHa sur le fonctionnement exécutif [151].

Durant la suppression de puberté, il est préconisé une consultation de suivi tous les 3 à 6 mois avec surveillance de la taille, du poids, de la pression artérielle et du stade pubertaire, discussion autour de la satisfaction par rapport au traitement et la recherche d'éventuels effets secondaires [5,21,23]. Une surveillance biologique au minimum annuelle est conseillée avec dosage hormonaux (LH, FSH, E2/T, 25 OHD) ainsi qu'une mesure de la densité osseuse tous les 1 à 2 ans [5,21,23]. Sur l'ensemble des 239 enfants et adolescents suivis à notre consultation depuis 2013, 26 sujets seulement ont reçu un traitement par bloqueur de puberté, toujours après discussion en RCP [93].

Au-delà de l'analyse bénéfice/risque, ce traitement pose plusieurs questions éthiques qui demandent à être explicitées et discutées pour chaque situation : (1) dans le cas où l'adolescent ne reprendrait pas sa puberté physiologique à l'arrêt mais serait traité à la suite par traitement hormonal d'affirmation de genre, un impact sur les options de chirurgie futures chez les jeunes filles trans (vaginoplastie en particulier) [143,144] est possible, obligeant à employer une technique chirurgicale différente de la technique usuelle en France. (2) L'utilisation de bloqueurs en amont d'un traitement par hormones sexuelles peut avoir pour conséquence une perte de chance en termes de fertilité future, car les bloqueurs auront maintenu les gamètes à un stade immature, actuellement non utilisables en routine (mais seulement de façon expérimentale) en Assistance Médicale à la Procréation. Aussi la prescription de bloqueurs de puberté dans l'indication des transidentités demande-t-elle de discuter les possibilités de préservation de fertilité en amont [23,128,129,152]. Ce sont là de réelles questions éthiques qui doivent être discutées au plan collectif mais surtout pour chaque indication, avec les parents et de manière adaptée à l'âge avec l'adolescent [23]. (3) On ne connaît pas les effets précis des bloqueurs de puberté et du retard de la puberté physiologique sur le développement cérébral. Notre expérience et les études réalisées vont cependant dans le sens d'une amélioration du niveau de fonctionnement global [22–24,30,31,36,44,46] et des possibilités de subjectivation qui sont favorisées par la réduction de l'incongruence entre le corps réel et sa représentation imaginaire et symbolique [97]. Il faut de plus rappeler que l'expérience de la puberté sera effective dès que l'adolescent aura élaboré suffisamment pour prendre la décision de reprendre la puberté physiologique ou d'entreprendre un traitement hormonal d'affirmation de genre. Elle sera donc non pas supprimée mais différée.

Au total, il reste effectivement de nombreuses questions biologiques, psychologiques et éthiques auxquelles la recherche devra tenter de répondre même si le ratio bénéfice/risque semble suffisamment solide pour que cette proposition de soin soit reprise dans toutes les recommandations internationales dans des indications similaires. Au niveau individuel, ces questions sont traitées de façon systématique pour chaque adolescent en réunion de concertation pluridisciplinaire.

### 6.3. Les transitions hormonales par hormones sexuelles

L'ensemble des recommandations internationales actuelles émanant de la WPATH comme des sociétés savantes en psychiatrie et en endocrinologie posent ainsi l'indication de transition hormonale, au moment où c'est opportun pour chaque jeune transgenre qui le demande, généralement autour de 16 ans [21,23,67–69]. Cette prescription n'est cependant en rien systématique et la décision est prise en RCP. Sur l'ensemble des enfants et adolescents suivis à notre consultation moins de la moitié des jeunes reçus ont bénéficié d'une transition de genre hormonale, en moyenne une année après la première consultation lorsque ce traitement a été indiqué, année pendant laquelle ces jeunes ont bénéficié d'un suivi régulier en consultation [93]. Les débuts de transition hormonale avant 16 ans restent exceptionnels en France, en lien avec un fonctionnement global très altéré, un risque suicidaire majeur, ou une souffrance sociale vis-à-vis des pairs déjà pubères [93]. Cette disparité dans les déroulés de prise en charge en France en fonction de l'âge amène d'ailleurs des questionnements éthiques en termes de non-nuisance et de justice.

Contrairement aux fausses informations fréquemment diffusées sur certains réseaux sociaux, de nombreuses études montrent que le traitement d'affirmation de genre par les hormones sexuelles n'a que peu d'effets secondaires [5,21,23,25–28,31,32,35–37,47–57]. Aucune référence n'est jamais avancée pour corroborer toutes les affirmations des auteurs de ces fausses informations en termes d'effets secondaires. En dehors du risque thromboembolique, sous estrogènes de 2,3 à 4,3 pour 1000 personne-années versus 1,0 à 1,8 pour 1000 dans la population générale et 3,5 pour 1000 chez les femmes cis sous contraceptifs [153–156], tous les autres risques sont en effet très rares d'après les études que nous avons précédemment citées. Ce risque thromboembolique sous traitement oestrogénique n'étant pas spécifique aux personnes transgenres est bien connu et peut être réduit en adaptant les modalités d'administrations selon le contexte. De plus, ce risque dépend de l'âge et est donc beaucoup plus faible chez les adolescents que les taux mentionnés ci-dessus. Enfin, il est largement démontré certes par des études empiriques sans groupe contrôle, que la transition hormonale lorsqu'elle est indiquée améliore la santé des personnes concernées en termes de santé mentale, d'insertion sociale et de qualité de vie [5,21–37]. C'est aussi ce que nous constatons à notre consultation.

Par contre, les traitements hormonaux par hormones sexuelles peuvent avoir des impacts négatifs sur la fertilité future [157,158]. Il est donc recommandé d'en informer les adolescents et leurs parents et cette information qui doit être adaptée aux capacités de compréhension et à la maturité de chacun [67–69]. Elle demande à être délivrée avec précaution, dans un cadre et une relation thérapeutique déjà favorablement établis. Il s'agit pour le jeune, d'une part, et pour ses parents, d'autre part, de parvenir à élaborer une pensée et un discours propres en tant que sujets, afin de pouvoir ensuite prendre les décisions nécessaires.

D'autres questions éthiques peuvent être soulevées comme celle de la bienfaisance et de la non-nuisance, à la fois dans le fait de donner à des adolescents des traitements partiellement réversibles pour ce qui concerne les hormones sexuelles, mais aussi dans le fait de refuser à un adolescent et à ses parents qui les demandent ces traitements alors qu'ils sont indiqués selon les recommandations internationales parce que les études montrent qu'ils ont des effets positifs sur la santé mentale, l'insertion sociale et la qualité de vie des adolescents transgenres [61–63]. Par ailleurs empêcher l'accès à ces traitements qui sont disponibles aux États-Unis mais aussi en Belgique, aux Pays-Bas et en Allemagne par exemple, pose la question du principe d'équité et du risque de voir se développer l'automédication et le marché parallèle des hormones sexuelles produites de façon artisanale, déjà florissant pour

certaines formes non commercialisées en France. À l'international comme en France, des recherches sont en cours pour faciliter l'accès aux soins pour les enfants et adolescent.e.s transgenres et/ou en questionnement d'identité de genre, pour mieux répondre à leurs besoins et améliorer leur prise en charge, mais aussi sur des programmes éducatifs et informatifs pour réduire la transphobie et les discriminations dont il est établi qu'elles contribuent à la souffrance et aux co-occurrences de pathologies psychiatriques chez les jeunes transgenres [159,160].

#### 6.4. Les transitions chirurgicales

Les possibilités chirurgicales actuelles pour les adultes transgenres sont variées. Les chirurgies masculinantes incluent la torsoplastie, l'hystérectomie, l'ovariectomie, la métaloïdioplastie, et la phalloplastie. Les chirurgies fémininantes incluent l'orchidectomie, la vaginoplastie (aidooïopoïèse), les implants mammaires, l'ablation de la pomme d'Adam, et la chirurgie faciale féminisante. Actuellement les demandes de transitions chirurgicales sont, en dehors de la torsoplastie, plus rarement recherchées que les transitions hormonales.

Chez les mineurs, conformément aux recommandations internationales, seules sont autorisées en France les torsoplasties qui restent cependant très rares avant 18 ans ; leur réalisation avant 18 ans peut en effet parfois se justifier lorsque la poitrine suscite une dysphorie importante, pouvant majorer un risque suicidaire et/ou confinant l'adolescent à domicile, limitant ses relations sociales et activités, le contraignant à porter un binder compressif très inconfortable voire traumatique et/ou lui interdisant la pratique de la plupart des sports. Des torsoplasties peuvent aussi être réalisées à la fin de la croissance, vers 17 ans, chez des adolescents cisgenres présentant une gynécomastie, ce qui renvoie du point de vue de l'éthique médicale au principe de justice d'après Beauchamp et Childress [127]. La torsoplastie n'est pas une chirurgie lourde, cette intervention est relativement brève et ne nécessite qu'une nuit d'hospitalisation, puis le port d'un mantelet pendant trois semaines. Néanmoins, il s'agit de retirer de façon irréversible les glandes mammaires ce qui rendra par la suite toute perspective d'allaitement impossible. Ces interventions sont toutes discutées longuement au préalable avec le jeune concerné mais aussi avec ses parents et avec les chirurgiens, la décision étant prise en RCP. Cette chirurgie n'est par ailleurs pas nécessaire lorsque les jeunes ont pu bénéficier d'un traitement suppresseur de puberté en amont. Il n'y a jamais eu à notre connaissance aucune autre intervention chirurgicale que la torsoplastie chez les jeunes transgenres avant 18 ans en France. Récemment, la section éthique et déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins a été interpellée sur ce sujet. Nous rapportons in extenso dans l'encadré 1 la réponse de son président à la sollicitation de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (Encadré 1).

#### 6.5. Regrets, retransitions

Les notions de regret et de retransition (souvent appelée 'détransition' dans la littérature et les médias) doivent être différencierées. En effet, les personnes qui retransitionnent n'expriment majoritairement pas de regrets au sens où la notion de regret signifie que la personne regrette avoir entrepris sa transition sociale, et/ou médicale, et/ou chirurgicale [161–163]. Les retransitions- avec ou sans regrets- après les transitions médicales et/ou chirurgicales concernent un faible pourcentage. Selon les études, entre 0,2 et 7 % des personnes qui ont commencé le traitement hormonal décident de l'arrêter ne souhaitant pas poursuivre une transition de genre et un cas de suicide a été rapporté durant le traitement [5,49,50,161,164–175]. Certaines personnes peuvent aussi arrêter

leur traitement car elles sont satisfaites des changements corporels obtenus, changements qui se maintiendront même après arrêt du traitement (mue de la voix pour les hommes transgenres par exemple). Une étude retrouve 10 % de retractions (le pourcentage de regrets n'est pas étudié) mais rapporte aussi que deux tiers des patients n'auraient pas reçu un « accompagnement conforme aux recommandations internationales » [176]. Cependant, il n'y a pas à ce jour dans la littérature de preuve que l'accompagnement ni ses modalités auraient un effet significatif sur le taux de retractions. Par ailleurs, la méthodologie de cette étude présente certaines failles notamment au niveau de l'identification des personnes trans au travers de différents codes diagnostics, du processus de vérification peu clair de ce codage sur lequel se basent les inclusions, enfin le taux très bas de traitement hormonal sur cette cohorte n'est pas non plus sans poser question. La méta-analyse de Bustos et al., qui est à ce jour la plus grande étude, retrouve ~ 1 % de regrets chirurgicaux pour 7928 patients [165].

La notion de retransition signifie donc qu'après une transition sociale, et/ou médicale et/ou chirurgicale, la personne décide de transitionner de nouveau, soit pour aller vers son sexe de naissance, soit vers un genre autre. Certaines de ces personnes regrettent leur première transition, d'autres non, considérant que c'était une étape nécessaire dans leur développement [161,162]. Les retractions sont plus fréquentes que les regrets selon Turban et al. [163]. Cette étude estime les retractions à 13 % sur une population de 27 715 adultes transgenres ou de genre divers en reprenant les données de l'U.S. Transgender Survey [107]. Dans 82,5 % des cas, au moins un facteur externe comme la pression sociale ou familiale est à l'origine du processus de retransition, tandis que dans 15,9 % des cas il s'agit d'au moins un facteur interne comme des raisons médico-psychologiques ou un doute sur l'identité de genre [163]. À l'inverse, les deux enquêtes qui portent sur des populations de personnes ayant retransitionné recrutées en ligne via des blogs et/ou associations militant majoritairement contre l'accès aux traitements hormonaux pour les mineurs [177,178], incluant respectivement 227 et 100 participants, retrouvent surtout des facteurs internes : (1) leur dysphorie de genre était en fait liée à d'autres problématiques ; (2) la présence d'autres problèmes de santé ; (3) la transition n'avait pas amélioré leur dysphorie de genre [177,178]. Ces études rapportent également que les personnes auraient souhaité être mieux accompagnées avant leur première transition de genre dans le sens d'une meilleure exploration de leur genre, d'une meilleure aide à la décision et de propositions thérapeutiques alternatives à la transition médicale de genre. Enfin, environ un tiers de ces personnes relataient avoir vécu des pressions sociales et même de la part des professionnels de soins pour entamer une transition médicale. Ces chiffres peuvent toutefois amener à débat [179] et les situations telles que décrites sur les sites de « détransitionneurs » semblent rester exceptionnelles comparativement au nombre de transitions hormono-chirurgicales entreprises par des personnes mineures ; de même aucune étude médicale ni épidémiologique ne montre une augmentation de la proportion de ces retractions ces dernières années.

Le cas Bell mérite un commentaire spécifique car il a été très médiatisé et souvent seule la première décision est rapportée. Il reste exceptionnel, bien qu'il existe quelques autres cas de procédure juridique aux États-Unis, le plus souvent associés comme l'est le cas Bell au combat des Trans Exclusionary Radical Feminists (TERFS). Ces féministes estiment que les luttes trans rendent moins visible le combat féministe ce qui, selon la plupart des femmes trans, relève de positions essentialistes et transphobes. Il s'agit d'une jeune femme qui, après avoir transitionné socialement et médicalement dans le sens féminin vers masculin, a retransitionné dans le sens masculin vers féminin et a porté plainte contre la Tavistock clinic qui avait accompagné médicalement sa transition féminine vers masculin, reprochant la trop grande facilité avec

**Encadré 1**

Docteur,

Nous nous permettons de revenir vers vous dans la mesure où nous venons de recevoir la réponse de la section Ethique et Déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Vous vous interrogez sur le consentement d'un patient mineur et des titulaires de l'autorité parentale pour la réalisation d'une torsoplastie dans le cadre de la prise en charge d'une dysphorie de genre.

Vous vous interrogez en effet sur la notion de consentement pour l'ablation d'organes sains et sur la notion de « motif médical très sérieux », ainsi que sur la responsabilité du médecin en cas de remise en cause ultérieure de la transition par le mineur.

Vous souhaitez également savoir si les chirurgiens doivent déclarer à l'Ordre des médecins les opérations effectuées dans ce contexte.

Concernant la notion de consentement pour l'ablation d'organes sains par un mineur et les titulaires de l'autorité parentale :

Selon l'article 16-3 du code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Les commentaires de l'article 41 du code de déontologie médicale rappellent que l'intervention chirurgicale sur une personne reconnue comme transsexuelle, après observation pluridisciplinaire prolongée dans le temps, est parfaitement admise. Ils précisent « Aussi, avant d'accéder à la demande d'un transsexuel, il est recommandé de prendre les précautions suivantes :

- observation clinique prolongée et compétente (expertise endocrinologique et psychiatrique notamment pour repérer d'éventuelles contre-indications) ;
- période probatoire d'au minimum une année et psychothérapie d'essai avec le concours d'un spécialiste expérimenté dans les cas de transsexualisme ;
- consultation de plusieurs spécialistes avant de retenir l'indication d'intervenir chirurgicalement [...].

Il devra également, comme l'y oblige l'article 35 du code de déontologie délivrer une information loyale, claire et appropriée sur l'état de la personne, les investigations et les soins qu'il propose. Il devra recueillir le consentement libre et éclairé de la personne, et ce par écrit ».

Dans le cas d'un patient mineur, on pourrait, par analogie, rappeler les dispositions concernant la chirurgie esthétique sur les mineurs dans la mesure où le chirurgien esthétique répond uniquement à une sollicitation subjective d'un patient mineur dont les organes sont « sains ».

Ainsi l'article L. 6322-2 du Code de la santé publique prévoit que : « Pour toute prestation de chirurgie esthétique, la personne concernée, et, s'il y a lieu, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, son mandataire dans le cadre du mandat de protection future, la personne exerçant l'habilitation familiale ou son tuteur lorsque leur mission de représentation s'étend à la protection de la personne, doivent être informés par le praticien responsable des conditions de l'intervention, des risques et des éventuelles conséquences et complications ».

Dès lors que des actes de chirurgie esthétique peuvent être pratiqués sur des mineurs, une torsoplastie effectuée dans le cadre d'une transition de genre pourrait être considérée comme un acte de chirurgie réparatrice ou reconstructrice (la transidentité ou « dysphorie de genre » ayant été classée dans la catégorie des affections de longue durée dites « hors liste »2), et être pratiquée sur un mineur après information et consentement de ce dernier et des titulaires de l'autorité parentale.

Dans son rapport Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme, l'IGAS indique toutefois que « Même si les psychiatres demeurent très prudents, les mineurs ne sont pas exclus par toutes les équipes : certains sont présentés en commission pluridisciplinaire en raison d'un risque psychopathologique élevé en l'absence de traitement. La plupart recommandent cependant une très grande prudence et d'attendre la fin de la puberté, à l'occasion de laquelle le trouble de l'identité de genre peut ou disparaître ou se transformer, avant d'engager tout traitement hormonal. La question de l'interruption de la puberté afin de faciliter la réassignation ultérieure n'est pas tranchée en France ».

Concernant la responsabilité du médecin en cas de remise en cause ultérieure de la transition par le mineur :

Les commentaires de l'article 41 du code de déontologie médicale rappellent également que : « Bien que sur le plan pénal, la finalité thérapeutique de la chirurgie de réassiguation sexuelle confère au chirurgien l'impunité légale, ce dernier doit argumenter soigneusement sa décision et prévoir d'avoir éventuellement à s'en justifier en cas de litige ultérieur ».

En outre, il incombe au chirurgien de refuser d'intervenir en cas de disproportion entre les risques et les avantages escomptés de l'acte chirurgical.

Concernant la déclaration à l'Ordre des médecins de la constatation médicale du syndrome de dysphorie de genre :

Il n'existe pas, à notre connaissance, de disposition prévoyant qu'un certificat de constat médical du syndrome de dysphorie de genre soit communiqué à l'Ordre des médecins.

Par conséquent, si un Conseil départemental reçoit copie de certificats de constat médical du syndrome de dysphorie de genre, il doit procéder à leur destruction et prévenir les établissements de santé concernés qu'aucune disposition législative ou réglementaire ne prévoit que l'Ordre des médecins soit destinataire de ces certificats.

Telles sont les observations du conseil national de l'Ordre des médecins.

Nous restons, naturellement à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Bien fraternellement,

P/O Dr Jean-Jacques AVRANE

laquelle ses demandes de transition hormonale puis de torsoplastie avaient été acceptées par les médecins sans lui avoir imposé une psychothérapie. Selon son témoignage relaté dans la décision, le psychiatre avait au contraire tenté de la décourager et cela l'avait amenée selon elle à moins explorer son genre. Donc la trame narrative de cette prise de position elle-même apparaît controversée. Il est à noter que la torsoplastie n'a été réalisée

qu'à l'âge adulte chez Bell, que les regrets sont survenus plusieurs années après la transition hormonale et qu'une observation plus longue n'aurait donc peut-être pas suffi à les prévenir. Par ailleurs, la décision initiale de la Haute Cour de Londres dans le procès Bell vs Tavistock n'a pas remis en cause l'intérêt des traitement hormonaux, bloqueurs et/ou hormones sexuelles pour les jeunes transgenres, mais a préconisé de recueillir au préalable un avis

judiciaire. Ce jugement initial a donné lieu à maintes critiques d'organisations et d'universitaires mettant l'accent sur la capacité des mineurs, tout autant que de leurs parents, à consentir pour eux-mêmes [180]. Depuis, un nouveau jugement en appel a été rendu le 17 septembre 2021. La cour d'appel a établi qu'il était inapproprié de confier à la justice la décision d'entreprendre ou non chez des mineurs des traitements de type bloqueurs de puberté ou transition hormonale pour s'en remettre dans chaque situation particulière à l'avis médical [181,182].

Si ces quelques centaines de cas de retransitions à travers le monde ne sauraient invalider le nombre croissant d'études qui montrent l'efficacité des transitions médicales pour améliorer le bien-être des jeunes trans [61], il est cependant très important de ne pas négliger ces personnes ni leur savoir par l'expérience. Aussi, comme il est essentiel d'entendre les personnes concernées et les associations transgenres pour progresser dans les soins qui leur sont offerts, il est nécessaire d'entendre les personnes concernées et les associations de personnes ayant retransitionné pour progresser dans l'accompagnement offert à ces personnes [183]. Un accompagnement psychologique individualisé de qualité permettant à l'enfant ou l'adolescent d'explorer son fonctionnement psychologique global et son identité de genre dans de bonnes conditions, en lui facilitant aussi la possibilité de vivre en accord avec le genre qu'il se perçoit, pourrait permettre de réduire encore le risque de regrets. Cependant, l'accompagnement psychologique pourrait aussi avoir pour effet d'augmenter les enjeux de la transition médicale, le jeune exprimant ce qu'il pense devoir dire pour accéder à un traitement hormonal et ainsi d'entraver l'exploration autonome de la personne, menant à plus de regrets. Aucun regret n'a encore été exprimé parmi les adolescents ayant bénéficié d'un traitement hormonal au cours de leur prise en charge à la consultation identité sexuée de la Pitié Salpêtrière à ce jour. À l'échelle de la RCP qui réunit les trois équipes parisiennes soit une file active autour de 600 patients, deux cas de doute sur le bienfondé de la transition sinon de regret ont été observés, cas qui ont bien-sûr été étudié au cours de ces RCP et sont encore en cours de suivi. Ces cas sont survenus chez des jeunes qui n'avaient pas reçu de bloqueurs de puberté mais des hormones sexuelles après leur puberté physiologique puis pour l'un d'entre eux une torsoplastie.

## 7. Autres questions éthiques

### 7.1. La demande de l'enfant, la question de son consentement

La question du consentement de l'enfant est centrale dans l'analyse éthique des soins proposés aux enfants et adolescents transgenres. Cette question s'est donc posée souvent dans notre pratique clinique et a été particulièrement travaillée en concertation avec les juristes et les éthiciens de la RCP.

La question du consentement des personnes mineures est vaste mais on peut rappeler rapidement que, sur le plan juridique, selon l'article L1111-4 du code de la santé publique modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 – art. 2 : Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. [...] Le consentement, mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, risque d'entraîner

des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Il est donc bien nécessaire de délivrer une information, d'une part, aux parents mais aussi au mineur en rapport avec son âge et de recueillir le cas échéant son consentement. Mais le droit n'est que la synthèse à un moment donné dans une culture donnée des débats éthiques tel qu'ils se posent sur un sujet spécifique. Au plan de l'éthique médicale par ailleurs, nous référant au principe de Beauchamp et Childress [127], nous avons soulevé la question de l'autonomie de l'enfant ou de l'adolescent [128]. Dans notre pratique, il y a en effet nécessité de déterminer sa capacité à donner son consentement [128]. Trois articles ont spécifiquement traité du consentement des adolescents au traitement hormonal d'affirmation de genre [180,184,185]. Les deux plus récents proposent une analyse éthique empirique détaillée et concluent au bien-fondé de reconnaître la capacité des mineurs dès 14 ans à donner leur consentement à un traitement hormonal d'affirmation de genre [180,185]. D'autre part, il s'agit également pour le médecin de communiquer une information compréhensible en rapport avec l'âge sur les bénéfices attendus mais aussi sur les effets secondaires des éventuels décisions et traitements. Si l'information sur la préservation de fertilité pose en effet des questions et des difficultés du fait de l'immaturité de l'enfant pour aborder les questions de procréation, ces éléments doivent cependant être abordés. Récemment, l'outil MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T), un questionnaire semi-structuré validé en Français a été utilisé pour évaluer l'aptitude des adolescents au consentement éclairé [186] et nous avons choisi de l'utiliser au sein de notre consultation en complément des entretiens cliniques cliniques afin d'apporter, dans le contexte français actuel, un certain soutien supplémentaire, objectif, vis-à-vis des prises de décision. D'un point de vue éthique, en considérant le principe d'autonomie, imposer au jeune de renoncer à un traitement parce que sa capacité à consentir serait jugée insuffisante pourrait être plus problématique que d'accepter son choix exprimé même à considérer que ce choix serait seulement partiellement éclairé du fait d'une capacité à consentir qui ne serait pas totale [180].

### 7.2. Contre-point à l'argument de Nature et au mésusage de la science à visée politique

Sans reprendre ce qui a été exposé précédemment, nous souhaitons montrer comment certains acteurs du débat s'inscrivent dans une perspective politique avec distorsion des données scientifiques ou dans une affiliation à l'argument de Nature nécessitant pour le non initié de décoder leurs messages. Nous considérons le rapprochement établi dans la presse généraliste par certains auteurs entre les traitements d'affirmation de genre et la pédocriminalité comme particulièrement inadapté [187]. Il est essentiel d'entendre la demande de l'enfant ou de l'adolescent, d'une part, et de chacun de ses parents, d'autre part, puis d'accompagner leurs questionnements. Aussi, chacun est-il reçu séparément, d'une part, et en famille, d'autre part. Les enfants, adolescents, comme les adultes quelques fois, peuvent être perméables aux discours qui les traversent, discours qui se soutiennent parfois de fantasmes individuels et/ou collectifs, mais l'enfant est aussi capable de penser par lui-même en rapport avec son développement. D'autre part, une décision de transition sociale et/ou hormonale ne se prend pas à la légère et mérite d'être interrogée, élaborée, pesée, avec l'enfant, avec sa famille, en équipe pluridisciplinaire. C'est le fondement des RCP qui ont été mises en place.

Un autre écueil fréquent réside à ne citer que quelques références en générale en phase avec son propos. Si l'on prend par exemple le très médiatisé 'appel de l'observatoire' [4], ce manifeste ne présente que deux références publiées dans une revue scientifique avec révision par les pairs. La première est l'étude de

Littman dans sa première version [120] qui a été ensuite corrigée [121] (voir le commenté plus haut). La seconde [153] établit que le traitement par estrogènes augmente le risque de thrombose veineuse chez les femmes trans. Aucune référence n'est faite aux données de la littérature exposées plus haut concernant les dimensions psychologiques et psychiatriques des transidentités, ni sur les effets positifs des traitements proposés sur l'état mental et le fonctionnement global. Il est très étonnant que ces études ne soient ni discutées ni même citées puisque certains signataires ont demandé à l'un d'entre nous (AC) pendant la phase préparatoire de leur appel la mise à disposition de la revue de littérature. Le document de l'observatoire s'appuie sur un papier d'opinion émanant de Mickael Biggs, professeur de sociologie à Oxford et à St Cross College, proche de groupes partisans qui prônent une pensée essentialiste où le concept de nature tient une place fondamentale [188]. Ces groupes argumentent en faveur des thérapies de conversion tant dans le champ des transidentités que dans celui de l'homosexualité, et luttent contre l'activisme de genre comme le site Transgender Trend [189], ou encore le think tank Civitas, Institute for the Study of Civil Society, fondé en 2000, qui entend aussi dispenser un enseignement primaire pour les enfants et produire des supports d'enseignement pour les écoles ; Civitas, outre les questions de genre, intervient également sur les questions d'immigration, de racisme anti-blanc, des dangers de l'islam, etc. [190]. La 'lettre à l'éditeur' de Biggs publiée en 2020 par Archives of Sexual Behavior [188] ne propose qu'une revue très partielle de la littérature médicale sur les bloqueurs de puberté pour critiquer la méthodologie de l'étude de Turban et al. de 2020 [45] et ainsi remettre en cause les résultats. Aussi, les « recommandations » dites de bon sens proposées par le dit « observatoire » ne s'appuient ni sur la littérature ni sur l'expérience clinique mais sur une certaine tradition et des intuitions morales par ailleurs discutables, et elles sont en totale contradiction avec les recommandations internationales. Par ailleurs, il y a dans leurs recommandations un bon nombre de préconisations qui sont déjà effectives dans la pratique des professionnels du champ des transidentités montrant à quel point l'observatoire n'est en rien au fait de ce qui se fait en France aujourd'hui.

### 7.3. Questions éthiques en suspens

Si l'expression d'un questionnement à l'endroit de l'identité de genre – voire d'une affirmation d'être transgenre – et les demandes auprès des consultations qui se sont spécialisées dans l'accueil de cette population, sont effectivement en forte croissance depuis les années 2000 dans tous les pays qui ont développé la prise en charge des transidentités, en particulier dans le Nord de l'Europe, aux États-Unis et au Canada [23], à notre connaissance, aucun enfant prépubère ne se voit prescrire de traitement hormonal ni chirurgical en France et aucune recommandation internationale d'ailleurs ne le préconise.

En revanche, cette clinique amène à se questionner à de multiples niveaux éthiques et déontologiques pour accompagner au plus juste les personnes dans leur devenir individuel. Malgré les conférences de consensus et les recommandations internationales, ces modes de prise en charge laissent encore de nombreuses questions non résolues, qui sont de plusieurs ordres, épidémiologiques, mécanistiques, thérapeutiques, éthiques. Quels sont les facteurs qui influencent l'évolution de ces enfants ou de ces adolescent.e.s vers une identité cis' ou une identité trans à l'âge adulte ? Quels sont le lien et/ou l'impact sur le neurodéveloppement ? Quels sont les liens entre transidentités et troubles du spectre autistique qui semblent être retrouvés plus fréquemment dans cette population ? Quel est l'impact des projections sociétales négatives sur cette population et sur les troubles psychiatriques co-occurrents ? Quel est l'impact des transitions sociales chez les enfants, d'une part, et chez les

adolescent.e.s, d'autre part ? Quel est l'impact au long cours du blocage pubertaire tant sur le plan métabolique que d'un point de vue psychologique ? Quel est l'âge ou le stade pubertaire optimal pour bloquer la puberté ? Quel est le moment optimal pour introduire les hormones du genre ressenti ? Quel est l'impact du blocage pubertaire sur les possibilités chirurgicales futures ainsi que sur les possibilités procréatives futures ? Comment prendre les décisions de manière éthique à un âge qui n'est pas celui de la procréation ? Quel est l'impact au long cours des hormones administrées sur les organes reproducteurs (sécrétion hormonale, fertilité, risque tumoral) ? Quel est le devenir à long terme des personnes prises en charge tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte (morbilité, mortalité, insertion sociale et professionnelle, qualité de vie) ?

Or les recommandations internationales, si elles ont le mérite d'exister, reposent sur les principes de l'Evidence Based Medicine [191], principes qui sont pour beaucoup inadaptés aux soins motivés par des conditions psychologiques car les essais contrôlés randomisés y sont impossibles et/ou non éthiques. Ces recommandations reposent en partie sur des données cliniques externes issues de recherches systématiques de type études observationnelles, et sont également issues de l'expertise clinique d'équipes qui, depuis plus de quarante ans, se sont spécialisées dans les soins aux personnes transgenres. Plutôt que le sensationnalisme politique ou médiatique aux effets délétères car générateur de stress pour les personnes concernées et leurs proches, mais aussi parce que cette couverture médiatique négative tend à réduire encore l'accès aux soins pour cette population vulnérable [192,193], toutes ces questions nécessitent par-delà les débats sociétaux, une approche pluridisciplinaire sereine dans l'échange avec les personnes concernées, la poursuite de l'organisation d'une filière cohérente pour le parcours des usagers, une perspective développementale vie entière, la constitution de cohortes, le développement de la recherche en réseau au niveau national et international et un suivi prospectif au long cours des personnes prises en charge.

### Remerciements

Les auteurs remercient l'Agence Régionale de Santé d'Île de France qui finance la Plateforme Trajectoires Jeunes Trans d'Île de France et la Fondation de France qui a contribué au financement de la Plateforme dans le cadre du Projet Santé des Jeunes.

### Déclaration de liens d'intérêts

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

### Annexe 1

Membres de la Plateforme Trajectoires Jeunes Trans d'Île-de-France co-signant l'article.

Ashley Florence, BCL/JD, LLM (Bioeth), SJD Candidate, University of Toronto Faculty of Law & Joint Centre for Bioethics.

Béranger Alix, Psychologue clinicienne Hôpital Tenon, Biologie de la reproduction.

Bouzy Juliette, Assistante Spécialiste Partagée, Service de Psychiatrie de L'Enfant et de l'Adolescent à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière et Service Soins Études à la Clinique FSEF Neufmoutiers en Brie.

Brunet Laurence, juriste, CRMR DEV GEN, Hôpital Bicêtre, Paris.

Brunelle Julie, Praticien hospitalier, Service de Psychiatrie de L'Enfant et de l'Adolescent à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière.

Chabbert-Buffet Nathalie, Responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Endocrinologie médecine de la Reproduction, Service de chirurgie gynécologie et mammaire, maternité, néonatalogie et médecine de la reproduction, Hôpital Tenon, AP-HP Sorbonne Université.

Chambray Jean, Pédopsychiatre responsable du Centre Inter-sectionnel d'Accueil pour Adolescents, Président de la Société Française de Psychiatrie.

Claret-Tournier Anne, Psychiatre, praticienne hospitalière, Responsable de la consultation TDAH adulte, Service de psychiatrie adultes, Hôpital Pitié-Salpêtrière.

Coville Marion, Maître de conférences en Sciences de l'information et de la communication, Laboratoire Cerege, Université de Poitiers.

Cristofari Sarra, chirurgien plasticien, Sorbonne Université.

Delcour Clémence, Chef de clinique gynécologie médicale, Service de chirurgie gynécologie-obstétrique, GH Universitaire Robert-Debré AP-HP Nord-Université de Paris.

Devernay Marie, Pédiatre, Responsable de l'Unité fonctionnelle de médecine pour les adolescents de Armand Trousseau.

Eustache Florence, MD-PhD, Responsable de l'UF CECOS, Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis/Hôpital Jean Verdier, Responsable du Département d'Histologie Embryologie Biologie de la Reproduction - Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine - Hôpital Bichat-Claude Bernard, INSERM U 1016 - Génomique, Épigénétique et Physiopathologie de la Reproduction - Institut Cochin.

Spineira Karine, Sociologue, Chercheuse associée au Laboratoire d'études de Genre et de Sexualité (LEGS), Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis.

Faucher Philippe, Gynécologue-obstétricien, M.D., Ph.D, Praticien Hospitalier, Service de Gynécologie Obstétrique, hôpital Trousseau, Coordonnateur de la Fédération de Régulation des Naissances de l'Est Parisien.

Fiot Elodie, Médecin-endocrinologue, Service d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique, GH Universitaire Robert-Debré AP-HP Nord-Université de Paris.

Forno Niloufar, Psychologue clinicienne, Doctorante en psychologie, Université de Paris (laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse).

Hefez Serge, Psychiatre des Hôpitaux, ESPAS, GHU Psychiatrie et Neurosciences, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

Johnson Nicolaï, Praticien attaché Hôpital Tenon, Paris Sorbonne Université.

Lagrange Chrystelle, Psychologue clinicienne, CMPP Pichon-Rivière, Doctorante en psychologie, Université Paris-Nanterre, EA 4430, connaissance, langage, modélisation (ED 139).

Lebrun Charlotte, Psychologue clinicienne, Service d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique, GH Universitaire Robert-Debré AP-HP Nord-Université de Paris.

Levy Rachel, Chef du Service de Biologie de la Reproduction - CECOS, Hôpital Tenon.

Mamou Grégor, Pédiatre, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière.

Martinerie Laëtitia, Médecin-Endocrinologue, Service d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique, GH Universitaire Robert-Debré AP-HP Nord-Université de Paris.

Mendes Nicolas, Psychologue clinicien, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière CECOS Jean Verdier, Hôpital Jean Verdier biologie de la reproduction, Hôpital Bichat.

Moreau Émilie, Psychologue-Sexologue, Service de Biologie de la Reproduction - CECOS, Hôpital Tenon, Présidente du Réseau de Santé Sexuelle Publique, Coordinatrice de promotion DIU Sexologie - Université de Paris.

Msika Razon Marie, Médecin référent du centre de santé sexuelle, Hôpital des Bluetts.

Ouvry Olivier, Psychiatre psychanalyste MCF HDR Sorbonne Paris Nord Médecin directeur CMPP Pichon-Rivière.

Pialoux Gilles, Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Tenon.

Poirier Fanny, Psychologue clinicien.ne, Docteur.e en psychologie, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière.

Pullen-Sansfaçon Annie, Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enfants transgenres et leurs familles, Université de Montréal.

Rausky Jonathan, Chirurgien, Service de Chirurgie Plastique Reconstructrice, Esthétique, Microchirurgie et Régénération tissulaire, Hôpital Tenon.

Rizza Maryse, Présidente de l'association Grandir Trans, Maîtresse de conférences en sciences de l'information et de la communication, Laboratoire PRIM, Université de Tours.

Rogez Céline, Assistante de service social, Service d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique, GH Universitaire Robert-Debré AP-HP Nord-Université de Paris.

Signorelli Mila, Psychologue, CMPP Pichon-Rivière.

Thomas Maud-Yeuse, Co-fondatrice et co-responsable de l'Observatoire des transidentités et des Cahiers de la Transidentité.

## Références

- [1] 11<sup>e</sup> édition de la Classification Internationale statistique des Maladies et problèmes relatifs à la santé (CIM-11). Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/World Health Organization (WHO); 2019 <https://www.who.int/en>.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
- [3] Clip de campagne d'un candidat à l'élection présidentielle française; 2022 [https://www.bfmtv.com/politique/elections/presidentielle/de-hugo-a-barbara-en-passant-par-renaud-camus-les-references-heteroclines-de-zemmour-dans-son-clip-de-candidature\\_AN-20211300398.html](https://www.bfmtv.com/politique/elections/presidentielle/de-hugo-a-barbara-en-passant-par-renaud-camus-les-references-heteroclines-de-zemmour-dans-son-clip-de-candidature_AN-20211300398.html).
- [4] Groupe de travail de l'Observatoire, Masson C., Cognet A., Girard D., Squires C., Croix L., et al. Appel de l'Observatoire des discours idéologiques sur l'enfant et l'adolescent : impacts des pratiques médicales sur les enfants diagnostiqués « dysphoriques de genre », <https://www.oedipe.org/sites/default/files/appel/de.lobservatoire.26.fevrier.2021.pdf>.
- [5] Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr* 2014;164:906–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.02.020>.
- [6] Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 2015;9:9, <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.
- [7] de Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines* 2011;52:1195–202, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>.
- [8] de Graaf NM, Cohen-Kettenis PT, Carmichael P, de Vries ALC, Dhondt K, Laridaen J, et al. Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-017-1098-4>.
- [9] Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health* 2015;15:525, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>.
- [10] Whittle S, Turner L, Combs R, Rhodes S. Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care Brussels. Europe: Belgium ILGA; 2008 <http://www.tgeu.org/sites/default/files/eurostudy.pdf>.
- [11] McNeil J, Bailey L, Ellis S, Morton J, Regan M. Trans Mental Health Study. Edinburgh: Equality Network; 2012 <http://www.scottishtrans.org/Uploads/Resources/trans.mh.study.pdf>.
- [12] Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington, DC: National Center for Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011 [http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/ntds\\_full.pdf](http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/ntds_full.pdf).
- [13] Nunes-Moreno M, Buchanan C, Cole FS, Davis S, Dempsey A, Dowshen N, et al. Behavioral health diagnoses in youth with gender dysphoria compared with controls: a PEDSnet study. *J Pediatr* 2022;241, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.09.032> [Epub 2021 Sep 24; PMID: 34571022; PMCID: PMC828680, 147-153.e1].
- [14] Hartig A, Voss C, Herrmann L, Fahrenkrug S, Bindt C, Becker-Hebly I. Suicidal and nonsuicidal self-harming thoughts and behaviors in clinically referred children and adolescents with gender dysphoria. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2022, <http://dx.doi.org/10.1177/13591045211073941> [Epub ahead of print. PMID: 35213240; 1359104521107391].
- [15] Chen D, Abrams M, Clark L, Ehrensaft D, Tishelman AC, Chan YM, et al. Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical

- treatment: baseline findings from the trans youth care study. *J Adolesc Health* 2021;68(6):1104–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033> [Epub 2020 Aug 21; PMID: 32839079; PMCID: PMC7897328].
- [16] de Graaf NM, Steensma TD, Carmichael P, Vanderlaan DP, Aitken M, Cohen-Kettenis PT, et al. Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022;31(1):67–83, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9> [Epub 2020 Nov 9; PMID: 33165650].
- [17] Lifshitz S. Petite Fille; 2020 <https://www.ifcinema.institutfrancais.com/fr/movie?id=a62b47fa-1219-43fa-870e-674a43acbd8c>.
- [18] Green R, Money J. Incongruous gender role: nongenital manifestations in prepubescent boys. *J Nerv Mental Dis* 1960;131:160–8.
- [19] Condat A, Bekhaled F, Mendes N, Lagrange C, Mathivon L, Cohen D. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64:7–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.06.001>.
- [20] Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJG. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sexual Med* 2008;5:1892–7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x>.
- [21] Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metabol* 2017;102:3869–903, <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.
- [22] Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64:240–54.
- [23] Martinerie L, Condat A, Bargiacchi A, Bremont-Weill C, De Vries M, Hannema SE. Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *Eur J Endocrinol* 2018, <http://dx.doi.org/10.1530/EJE-18-0227>.
- [24] Van der Miesen AIR, Steensma TD, de Vries ALC, Bos H, Popma A. Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *J Adolesc Health* 2020;66:699–704.
- [25] Kuper L, Stewart S, Preston S, Lau M, Lopez X. Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics* 2020;145(4):e20193006.
- [26] Olson-Kennedy J, Chan YM, Garofalo R, Spack N, Chen D, Clark L, et al. Impact of early medical treatment for transgender youth: protocol for the longitudinal, observational trans youth care study. *JMIR Res Protoc* 2019;8(7):e14434, <http://dx.doi.org/10.2196/14434>.
- [27] Abramowitz J. Hormone therapy in children and adolescents. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2019;48:331–9.
- [28] Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the care of transgender children and adolescents. *Adv Pediatr* 2016;63:79–102.
- [29] Becker-Heby I, Fahrenkrug S, Campion F, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Barkmann C. Psychological health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: a descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>.
- [30] Pullen Sansfaçon A, Temple-Newhook J, Suerich-Gulick F, Feder S, Lawson ML, Ducharme J, et al. The experiences of gender diverse and trans children and youth considering and initiating medical interventions in Canadian gender-affirming specialty clinics. *Int J Transgend* 2019;20(4):371–87, <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2019.1652129>.
- [31] Krebs D, Harris RM, Steinbaum A, Pilcher S, Guss C, Kremen J, et al. The Care of Transgender Young People. *Horm Res Paediatr* 2022, <http://dx.doi.org/10.1159/000524030> [Epub ahead of print. PMID: 35272283].
- [32] Claahsen-van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, Middelberg T, Roeffen J, Klink D. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *Eur J Pediatr* 2021;180(5):1349–57, <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y> [Epub 2020 Dec 18; PMID: 33337526; PMCID: PMC8032627].
- [33] Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS. Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PLoS One* 2022;17(1):e0261039, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0261039> [PMID: 35020719; PMCID: PMC8754307].
- [34] Green AE, DeChants JP, Price MN, Davis CK. Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *J Adolesc Health* 2022;70(4):643–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.036> [Epub 2021 Dec 14; PMID: 34920935].
- [35] Fisher AD, Ristori J, Bandini E, et al. Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *J Endocrinol Invest* 2014;37:675–87, <http://dx.doi.org/10.1007/s40618-014-0077-6>.
- [36] Nokoff NJ. Medical Interventions for Transgender Youth. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, de Herder WW, Dhatariya K, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000 [PMID: 35129940].
- [37] Gordon CM. Caught in the middle: the care of transgender youth in Texas. *Pediatrics* 2022, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2022-057475> [Epub ahead of print. PMID: 35355080].
- [38] Schagen SEE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Hannema SE. Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *J Sexual Med* 2016;13:1125–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.201605.004>.
- [39] Cohen-Kettenis PT, Schagen SEE, Steensma TD, de Vries ALC, Delemarre-van de Waal HA. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Arch Sexual Behav* 2011;40:843–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>.
- [40] Ramos GGF, Mengai ACS, Daltro CAT, Cutrim PT, Zlotnik E, Beck APA. Systematic review: puberty suppression with GnRH analogues in adolescents with gender incongruity. *J Endocrinol Investig* 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s40618-020-01449-5>.
- [41] Matsumoto Y. Puberty suppression for adolescents with gender dysphoria: a Japanese perspective. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2017;119(1):42–51.
- [42] Mahfouda S, Moore JK, Siafarikas A, Zepf FD, Lin A. Puberty suppression in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:816–26.
- [43] Panagiotakopoulos L, Chulani V, Koyama A, Childress K, Forcier M, Grimsby G, et al. The effect of early pubertal suppression on treatment options and outcomes in transgender patients. *Nat Rev Urol* 2020;17:626–36.
- [44] Rew L, Young CC, Monge B, Bogucka R. Review: puberty blockers for transgender and gender diverse youth—a critical review of the literature. *Child Adolesc Mental Health* 2020;26(1):3–14.
- [45] Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics* 2020;145(2), <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2019-1725>.
- [46] Carmichael P, Butler G, Masic U, Cole TJ, De Stavola BL, Davidson S, et al. Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS ONE* 2021;16(2):e0243894, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>.
- [47] Klaver M, de Mutsert R, Wiepjes CM, Twisk JWR, den Heijer M, Rotteveel J, et al. Early hormonal treatment affects body composition and body shape in young transgender adolescents. *J Sexual Med* 2018;15:251–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>.
- [48] Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metabol* 2015;100:E270–5, <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2014-2439>.
- [49] Tack LJW, Craen M, Dhondt K, Vandenhoff Bossche H, Laridaen J, Cools M. Consecutive lynestrenol and cross-sex hormone treatment in biological female adolescents with gender dysphoria: a retrospective analysis. *Biol Sex Diff* 2016;7:14, <http://dx.doi.org/10.1186/s13293-016-0067-9>.
- [50] Tack LJW, Heyse R, Craen M, Dhondt K, Bossche HV, Laridaen J, et al. Consecutive cyproterone acetate and estradiol treatment in late-pubertal transgender female adolescents. *J Sexual Med* 2017;14:747–57, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.251>.
- [51] Vlot MC, Klink DT, den Heijer M, Blankenstein MA, Rotteveel J, Heijboer AC. Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone* 2017;95:11–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>.
- [52] Hannema SE, Schagen SEE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA. Efficacy and safety of pubertal induction using 17b-estradiol in transgirls. *J Clin Endocrinol Metabol* 2017;102:2356–63, <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2017-00373>.
- [53] Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, et al. Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metabol* 2017;102:3914–23, <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2017-01643>.
- [54] Stanley K, Cooper J. Hormone therapy and venous thromboembolism in a transgender adolescent. *J Pediatric Hematol Oncol* 2018;40:e38–40, <http://dx.doi.org/10.1097/MPH.0000000000000984>.
- [55] Jarin J, Pine-Twaddell E, Trotman G, Stevens J, Conard LA, Tefera E, et al. Cross-sex hormones and metabolic parameters in adolescents with gender dysphoria. *Pediatrics* 2017;139, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-3173>.
- [56] Olson-Kennedy J, Okonta V, Clark LF, Belzer M. Physiologic response to gender-affirming hormones among transgender youth. *J Adolesc Health* 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.005>.
- [57] Mullins ES, Geer R, Metcalf M, Piccola J, Lane A, Conard LAE, et al. Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics* 2021;147(4), <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-023549> [e2020023549; Epub 2021 Mar 22; PMID: 33753543].
- [58] Smith MK, Mathews B. Treatment for gender dysphoria in children: the new legal, ethical and clinical landscape. *Med J Aust* 2015;202:102–4.
- [59] Abel BS. Hormone treatment of children and adolescents with gender dysphoria: an ethical analysis. *Hastings Center Rep* 2014;44(Suppl. 4):S23–7, <http://dx.doi.org/10.1002/hast.366>.
- [60] Kopelman LM. Using the best-interests standard in treatment decisions for young children. In: Miller G, editor. *Pediatric bioethics*. New York, NY: Cambridge University Press; 2010. p. 22–37.
- [61] Drescher J. Is it really about freedom of thought? *BJ Psych Bull* 2022;1–3, <http://dx.doi.org/10.1192/bjbj.2022.9> [Epub ahead of print. PMID: 35232519].
- [62] Diekema DS. Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention. *Theor Med Bioeth* 2004;25:243–64.

- [63] Feinberg J. The child's right to an open future. In: Feinberg J, editor. *Freedom & Fulfilment. Philosophical essays*. Princeton: Princeton University Press; 1992. p. 76–97.
- [64] Vrouenraets LJJ, Fredriks AM, Hannema SE, Cohen-Kettenis PT, de Vries MC. Early medical treatment of children and adolescents with gender dysphoria: an empirical ethical study. *J Adolesc Health* 2015;57:367–73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>.
- [65] Fisher C. Providing puberty suppression treatment for transgender youth: what constitutes competence? *Am J Bioeth* 2019;19(7):68–9.
- [66] Wenner DM, George BR. Not just a tragic compromise: the positive case for adolescent access to puberty-blocking treatment. *Bioethics* 2021;35(9):925–31. <http://dx.doi.org/10.1111/bioe.12929> [Epub 2021 Aug 24; PMID: 34427939].
- [67] [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20o%20Care\\_V7%20Full%20Book\\_English.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20o%20Care_V7%20Full%20Book_English.pdf).
- [68] <https://www.epath.eu/resources/publications>, Clinical Position Statement.
- [69] <https://www.transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf>.
- [70] <https://www.sante.fr/jcms/p.3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire>.
- [71] Zuger B. The role of familial factors in persistent effeminate behaviors in boys. *Am J Psychiatry* 1970;126:1167–70.
- [72] Zuger B. Effeminate behavior in boys: parental age and other factors. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:173–7.
- [73] Roberts CW, Green R, Williams K, Goodman M. Boyhood gender identity development: a statistical contrast of two family groups. *Dev Psychol* 1987;23:544–57.
- [74] Zucker KJ, Green R, Garofalo C, Bradley SJ, Williams K, Rebach HM, et al. Prenatal gender preference of mothers of feminine and masculine boys: relation to sibling sex composition and birth order. *J Abnorm Child Psychol* 1994;22:1–13.
- [75] Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008;44:34–45. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.
- [76] Wallien MSC, Quilty LC, Steensma TD, Singh D, Lambert SL, Leroux A, et al. Cross-national replication of the gender identity interview for children. *J Pers Assess* 2009;91:545–52. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890903228463>.
- [77] Steensma TD, Biemond R, de Boer K, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011;16:499–516. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104510378303>.
- [78] Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry* 2016;28:13–20. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>.
- [79] Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metabol* 2015;29:485–95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beem.2015.01.004>.
- [80] de Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sexual Med* 2011;8:2276–83. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>.
- [81] Ashley F. The clinical irrelevance of “desistance” research for transgender and gender creative youth, psychology of sexual orientation and gender diversity advance. *Am Psychol Assoc* 2021. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000504>.
- [82] Newhook JT, Pyne J, Winters K, Feder S, Holmes C, Tosh J, et al. A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *Int J Transgend* 2018;19:212–24. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>.
- [83] Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée ». Ministère de la Santé; 2010 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000021801918>.
- [84] Poirier F. Applications binaires des savoirs et réalités plurielles. Comprendre l'identité de genre par la non-binarité in *Psychanalyse et transidentités : enjeux théoriques, cliniques et politiques*. *J Psychoanal Stud* 2020;29: 39–46.
- [85] Poirier F, Condat A, Laufer L, Rosenblum O, Cohen D. Non-binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroenf.2018.08.004>.
- [86] Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health* 2017;14(5):404–11. <http://dx.doi.org/10.1071/SH17067>.
- [87] Shields JP, Cohen R, Glassman JR, Whitaker K, Franks H, Bertolini I. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in middle school. *J Adolesc Health* 2013;52:248–50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>.
- [88] Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, 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* 2014;55:93–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>.
- [89] Kidd KM, Sequeira GM, Douglas C, et al. Prevalence of gender diverse youth in an urban school district. *Pediatrics* 2021;147(6).
- [90] NHS. The Tavistock and Portman, Referrals to the Gender Identity Development Services (GIDS) for children and adolescents level off in 2018–19; 2019 <https://www.tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19/>.
- [91] Swedish national health, Council. Report on the prevalence of persons diagnosed with gender dysphoria since 1998 among registered citizens of Sweden; 2020 <http://www.socialstyrelsen.se>.
- [92] Indremo M, White R, Frisell T, Cnattingius S, Skalkidou A, Isaksson J, et al. Validity of the Gender Dysphoria diagnosis and incidence trends in Sweden: a nationwide register study, 2021. *Sci Rep* 2021;11:16168. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-95421-9>.
- [93] Lagrange C, Brunelle J, Poirier F, Pellerin H, Mendes N, Mamou G, et al. Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île de France [Soumis].
- [94] Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans remis à monsieur Olivier Véran, ministre des Affaires sociales et de la Santé, Dr Hervé Picard, Simon Jutant, avec l'appui de Genève Gueydan de l'IGAS; 2022 <https://www.solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>.
- [95] Condat A. « Parentalité transgenre: implications au plan éthique et au plan du développement de l'enfant de l'utilisation des nouvelles biotechnologies d'aide à la procréation pour les personnes transgenres »; Thèse en sciences cognitives, co-dirigée par Bruno Falissard et David Cohen, CESP INSERM 1018, ED3C, Université Paris Descartes, Paris; 2020 <https://www.tel.archives-ouvertes.fr/INED/tel-03241623v1>.
- [96] Lacan J. *Le Désir et son interprétation*, Le séminaire livre VI, Paris, La Martinière, « Le Champ freudien »; 2013. p. 172 [2013–prononcé en 1958–1959].
- [97] Condat A. « L'affirmation transgenre dans l'enfance et à l'adolescence–Sexe, science et destin ». In: *Que deviennent les psychoses de l'enfant aujourd'hui ?* Ed. Ères; 2016.
- [98] Lacan J...ou pire, *Le Séminaire*, livre XIX, 2011–prononcé en 1971–1972. Paris: Seuil, « Le Champ freudien »; 2011. p. 121.
- [99] Lacan J. *Encore*, *Le Séminaire*, livre XX, 1975–prononcé en 1972–1973. Paris: Seuil, « Le Champ freudien »; 1975. p. 71.
- [100] Condat A. Sexe d'un autre genre...genre d'un autre sexe, quand la boussole s'assole. *Rev Lacanienne* 2017;18:107–18.
- [101] Condat A. Familles en transitions, in *Psychanalyse et transidentités : enjeux théoriques, cliniques et politiques*. *J Psychoanal Stud* 2020;30:131–9.
- [102] Allouch A, Rabain N. Entretien avec Agnès Condat, Accompagner des mineur-e-s transgenres et leurs parents. Manifestations et clinique de l'angoisse, in *Angoisse coordonné par Allouch A, Rabain N., Rabier C, Vidal-Naquet C et Noûs Camille, Tracés*, *Rev Sci Humaines* 2020;38:2020–1.
- [103] Lacan J. Leçons des 10 décembre 1974, 17 décembre 1974 et 21 janvier 1975. R.S.I. *Le Séminaire*, XXII, 1974–1975. Paris: Éditions de l'Association Freudienne Internationale; 2002.
- [104] Lacan J. « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique ». In: *Écrits*. Seuil; 1966. p. 93–5 [1966 – communication originale 1949].
- [105] Espineira K, Thomas M-Y. Transidentités : se donner un corps. Corps trans, corps transformés. In: Delory-Momberger C, editor. *Éprouver le corps*. Ères, « Questions de société », 2016. p. 149–61.
- [106] de Blok CJ, Wiepjes CM, van Velzen DM, Staphorius AS, Nota NM, Gooren LJ, et al. Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2021;9(10):663–70. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00185-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00185-6) [Epub 2021 Sep 2].
- [107] James SE, Herman J, Keisling M, Mottet L, Anafi M. 2015 U.S. Transgender Survey (USTS). Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor]; 2019, <http://dx.doi.org/10.3886/ICPSR37229.v1>.
- [108] Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mohopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016;388:412–16.
- [109] Sequeira GM, Boyer T, Coulter RWS, Miller E, Kahn NF, Ray KN. Healthcare Experiences of Gender Diverse Youth Across Clinical Settings. *J Pediatr* 2022;240:251–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.08.089> [Epub 2021 Sep 16; PMID: 34536494; PMCID: PMC8712353].
- [110] Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2014. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104514558431>.
- [111] Cooper K, Mandy W, Butler C, Russel A. The lived experience of gender dysphoria in autistic adults: an interpretative phenomenological analysis. *Autism* 2022;26(4):963–74. <http://dx.doi.org/10.1177/13623613211039113>.
- [112] Skagerberg E, Di Ceglie D, Carmichael P. Brief report: autistic features in children and adolescents with gender dysphoria. *J Autism Dev Disord* 2015;45(8):2628–32.
- [113] Walsh RJ, Krabbendam L, Dewinter J, et al. Brief Report: Gender Identity Differences in Autistic Adults: Associations with Perceptual and Socio-cognitive Profiles. *J Autism Dev Disord* 2018;48:4070–8. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-018-3702-y>.
- [114] Strang JF, Powers MD, Knauss M, Sibarium E, Leibowitz SF, Kenworthy L, et al. “They thought it was an obsession”: trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *J Autism Dev Disord* 2018;48(12):4039–55. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6> [PMID: 30140984].
- [115] Cooper K, Mandy W, Butler C, Russel A. The lived experience of gender dysphoria in autistic adults: an interpretative phenomenological analysis. *Autism* 2022;26(4):963–74. <http://dx.doi.org/10.1177/13623613211039113>.
- [116] Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: the influence of gender-based discrimination and victimization.

- J Homosex 2006;51(3):53–69, <http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03.04> [ PMID: 17135115].
- [117] Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Oldenburg CE, Bockting W. Individual- and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. Behav Med 2015;41(3):164–71, <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322> [ Epub 2015 Aug 19; PMID: 26287284; PMCID: PMC4707041].
- [118] Klein A, Golub SA. Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. LGBT Health 2016;3(3):193–9, <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111> [ Epub 2016 Apr 5; PMID: 27046450].
- [119] Ashley F. Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. J Sex Med 2019;16(6):948–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.407> [ Epub 2019 Apr 30; PMID: 31053562].
- [120] Littmann L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLoS One 2018;13(8):e0202330, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0202330> [ Erratum in: PLoS One. 2019 Mar 19;14(3):e0214157. PMID: 30114286; PMCID: PMC6095578].
- [121] Littmann L. Correction: parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLoS One 2019;14(3):e0214157, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>.
- [122] Ashley F. A critical commentary on 'rapid-onset gender dysphoria'. Sociol Rev Monogr 2020;68(4):779–99, <http://dx.doi.org/10.1177/0038026120934693>.
- [123] Farley L, Kennedy RM. Transgender embodiment: an appeal to thought: a psychoanalytic critique of "rapid onset gender dysphoria". Stud Gender Sexual 2020;21(3):155–72, <http://dx.doi.org/10.1080/15240657.2020.1798184>.
- [124] Restar AJ. Methodological Critique of Littmann's (2018) Parental-Respondents Accounts of "Rapid-Onset Gender Dysphoria". Arch Sex Behav 2020;49:61–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-019-1453-2>.
- [125] Greta R, Bauer Margaret L, Lawson Daniel L, Metzger. Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "rapid onset gender dysphoria"? J Pediatrics 2022;243, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020> [224–227.e2].
- [126] Kennedy N. Deferral: the sociology of young trans people's epiphanies and coming out. J LGBT Youth 2022;19(1):53–75, <http://dx.doi.org/10.1080/19361653.2020.1816244>.
- [127] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4<sup>e</sup> ed New York, Oxford: Oxford University Press; 1994 [X–546 p.].
- [128] Condat A, Mendes N, Drouineaud V, Gründler N, Lagrange C, Chiland C, et al. Biotechnologies that empower transgender persons to self-actualize as individuals, partners, spouses, and parents are defining new ways to conceive a child: psychological considerations and ethical issues. Philos Ethics Humanit Med 2018;13(1):1.
- [129] Bayefsky M, Vieira D, Caplan A, Quinn G. Navigating parent-child disagreement about fertility preservation in minors: scoping review and ethical considerations. Hum Reprod Update 2022, <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmac019> [dmac019; Epub ahead of print. PMID: 35468184].
- [130] Pullen Sansfaçon A, Temple Newhook J, Douglas L, Gotovac S, Raiche J, Speechley KN, et al. Experiences and stressors of parents of trans and gender-diverse youth in clinical care from Trans Youth CAN! Health Soc Work 2022;47(2):92–101, <http://dx.doi.org/10.1093/hsw/hlac003> [ PMID: 35295260].
- [131] Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. Pediatrics 2016;137:1–8.
- [132] Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;52:582–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>.
- [133] Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016> [116–123.e2].
- [134] Ashley F. Thinking an ethics of gender exploration: against delaying transition for transgender and gender creative youth. Clin Child Psychol Psychiatry 2019;24(2):223–36, <http://dx.doi.org/10.1177/1359104519836462>.
- [135] Rae JR, Gulgoz S, Durwood L, DeMeules M, Lowe R, Lindquist G, et al. Predicting early-childhood gender transitions. Psychol Sci 2019;30(5):669–81, <http://dx.doi.org/10.1177/0956797619830649>.
- [136] Olson KR, Durwood L, Horton R, Gallagher NM, Devor A. Gender identity 5 years after social transition. Pediatrics 2022, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2021-056082>.
- [137] American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. Am Psychol 2015;70:832–64, <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>.
- [138] Circulaire Blanquer du 29.9.2021 : « Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire ». B. O. no 36; 2021 <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373.htm>.
- [139] LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle ; Titre IV, chapitre III, article 56; 2016 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article.jo/JORFARTI000033418904>.
- [140] Carayon L, Marguet M. Dalloz Actualité; 2022 <https://www.dalloz-actualite.fr/node/changement-de-mention-du-sexe-l-etat-civil-pour-un-mineur-trans#.YpO4HFTP1D8>.
- [141] Brunet L, Mesnil M. Changement de la mention du sexe à l'état civil : les mineurs trans également concernés ! Actualité juridique. Famille. Dalloz; 2022. p. 286 [halshs-03667716].
- [142] Catto M-X. Le sexe assigné contesté et modifié avant la majorité, La Revue des droits de l'homme, Actualités Droits-Libertés; 2022, <http://dx.doi.org/10.4000/revdh.14588>.
- [143] Bicic MR, Stojanovic B, Djordjevic ML. Genital reconstruction for the transgendered individual. J Pediatr Urol 2017;13:446–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.07.015>.
- [144] van de Grift TC, van Gelder ZJ, Mullender MG, Steensma TD, de Vries ALC, Bouman MB. Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. Pediatrics 2020;146(5):e20193653.
- [145] Carel JC, Eugster EA, Rogol A, Ghizzoni L, Palmert MR, ESPE-LWPES Analogs Consensus Conference Group GnRH, et al. Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. Pediatrics 2009;123:e752–62, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-1783>.
- [146] Manasco PK, Pescovitz OH, Feuillan PP, Hench KD, Barnes KM, Jones J, et al. Resumption of puberty after long term luteinizing hormone-releasing hormone agonist treatment of central precocious puberty. J Clin Endocrinol Metabol 1988;67:368–72, <http://dx.doi.org/10.1210/jcem-67-2-368>.
- [147] Wojniusz S, Calleens N, Sutterlin S, Andersson S, De Schepper J, Gies I, et al. Cognitive, emotional, and psychosocial functioning of girls treated with pharmacological puberty blockage for idiopathic central precocious puberty. Front Psychol 2016;7:1053, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01053> [PMID: PMC4044940].
- [148] Hayes P. Commentary: cognitive, emotional, and psychosocial functioning of girls treated with pharmacological puberty blockage for idiopathic central precocious puberty. Front Psychol 2017;8:44, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00044> [eCollection 2017].
- [149] Goedegebure WJ, van der Steen M, de With JL, Hokken-Koelega A. Cognition, health-related quality of life, and psychosocial functioning after GH/GnRHa treatment in young adults born SGA? J Clin Endocrinol Metab 2018;103(11):3931–8, <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2018-01463>.
- [150] Gunes SO, Akin O, Eray S. Evaluation of the resilience of the girls with central precocious puberty treated with gonadotropin-releasing hormone analog. J Peidatr Endocrinol Metab 2021;34(11):1379–84, <http://dx.doi.org/10.1515/jpem-2021-0245>.
- [151] Staphorsius AS, Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT, Veltman DJ, Burke SM, Schagen SE, et al. Puberty suppression and executive functioning: fMRI study in adolescents with gender dysphoria. Psychoneuroendocrinology 2015;56:190–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015> [ Epub 2015 Mar 11 PMID: 25837854].
- [152] de Nie I, Mulder CL, Meißner A, Schut Y, Holleman EM, van der Sluis WB, et al. Histological study on the influence of puberty suppression and hormonal treatment on developing germ cells in transgender women. Hum Reprod 2022;37(2):297–308, <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deab240> [ PMID: 34791270; PMCID: PMC8804334].
- [153] Irwig MS. Cardiovascular health in transgender people. Rev Endocr Metab Disord 2018;19(3):243–51, <http://dx.doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>.
- [154] Khan J, Schmidt RL, Spittal MJ, Goldstein Z, Smock KJ, Greene DN. Venous thrombotic risk in transgender women undergoing estrogen therapy: a systematic review and meta-analysis. Clin Chem 2019;65(1):57–66, <http://dx.doi.org/10.1373/clinchem.2018.288316>.
- [155] Kotamarti VS, Greige N, Heiman AJ, Patel A, Ricci JA. Risk for venous thromboembolism in transgender patients undergoing cross-sex hormone treatment: a systematic review. J Sexual Med 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.04.006> [S174360952100429X].
- [156] Ashley F. Adolescent medical transition is ethical: an analogy with reproductive health. Kennedy Institute of Ethics Journal [sous presse].
- [157] De Roo C, Tillemans K, T'Sjoen G, De Sutter P. Fertility options in transgender people. Int Rev Psychiatry 2016;28(1):112–9.
- [158] Capela D, Louro N, La Fuente de Carvalho J. Preservação da fertilidade em indivíduos transgênero [Preservation of fertility in transgender people]. Rev Int Androl 2021;19(2):137–44, <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2019.10.003> [Portuguese].
- [159] Earnshaw VA, Reiner SL, Juvonen J, Hatzenbuehler ML, Perrotti J, Schuster MA. LGBTIQ bullying: translating research to action in pediatrics. Pediatrics 2017;140:e20170432, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-0432>.
- [160] Turban J, Ferraioli T, Martin A, Olezeski C. Ten things transgender and gender nonconforming youth want their doctors to know. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56:275–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.015>.
- [161] Narayan SK, Hontscharuk R, Danker S, Guerriero J, Carter A, Blasdel G, et al. Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. Ann Transl Med 2021;9(7):605, <http://dx.doi.org/10.21037/atm-20-6204> [ PMID: 33987303; PMCID: PMC8105823].
- [162] Gelly MA, Pullen Sansfaçon A. Comprendre les jeunes ayant détransitionné : quel regard sur leur parcours ?; 2021 <https://www.youtube.com/watch?v=iMbzcSOpiRM&t=2s>.
- [163] Turban, et al. 2021 Factors leading to « detransition » among transgender and gender diverse people in the United States: a mixed-methods analysis. LGBT Health 2021;8(4):273–80, <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>.
- [164] Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensink-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. J Sex Med 2018;15:582–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.

- [165] Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, et al. Regret after gender-affirmation surgery: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plastic Reconstr Surg* 2021;9(3):e3477, <http://dx.doi.org/10.1097/GOX.00000000000003477>.
- [166] Davies S, McIntyre S, Richards C, Rypma C. Rate of detransition and regret in an NHS Gender Identity Clinic. In: Third Biennial Conference of the European Professional Association for Transgender Health; 2019.
- [167] Blasdel G, Belkind U, Harris A, Radix A. Description and outcomes of a hormone therapy informed consent model for minors. In: Poster presented at: 25th WPATH Symposium. 2018.
- [168] Deutsch MB. Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: a survey of the practices of selected clinics. *Int J Transgend* 2012;13(3):140–6, <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>.
- [169] van de Grift TC, Elaut E, Cerwenka SC, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC. Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *J Sex Marital Ther* 2018;44(2):138–48, <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>.
- [170] Brik T, Vrouenraets LJJ, de Vries MC, Hannema SE. Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 2020;49:2611–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>.
- [171] Pfäfflin F. Regrets after sex reassignment surgery. *J Psychol Human Sexuality* 1993;5(4):69–85, [http://dx.doi.org/10.1300/J056v05n04\\_05](http://dx.doi.org/10.1300/J056v05n04_05).
- [172] Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav* 2014;43(8):1535–45, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8>.
- [173] Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med* 2009;6(4):1018–23, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00799.x>.
- [174] Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatwe G, O'Shea D. Gender dysphoria-prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Front Endocrinol* 2014;5, <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2014.00087>.
- [175] Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review. *BJPsych Open* 2021;7(6):e184, <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2021.1022> [PMID: 34593070; PMCID: PMC8503911].
- [176] Boyd I, Hackett T, Bewley S. Care of transgender patients: a general practice quality improvement approach. *Healthcare (Basel)* 2022;10(1):121, <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10010121> [PMID: 35052285; PMCID: PMC8775415].
- [177] Vandenbussche E. Detransition-related needs and support: a cross-sectional online survey. *J Homosexual* 2021, <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>.
- [178] Litman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: a survey of 100 detransitioners. *Arch Sex Behav* 2021;50:3353–69, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>.
- [179] <https://www.slate.com/human-interest/2021/02/detransition-movement-star-ex-gay-explained.html>.
- [180] Ashley F. Youth should decide: the principle of subsidiarity in paediatric transgender healthcare. *J Med Ethics* 2022, <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2021-107820> [medethics-2021-107820; Epub ahead of print. PMID: 35131805].
- [181] Smith M. Transgender minors and the commencement of hormone treatment for gender dysphoria: is recent english case law likely to influence the Australian legal position? *J Law Med* 2022;29(1):50–61 [PMID: 35362278].
- [182] Notini L. *Bell v Tavistock: why the assent model is most appropriate for decisions regarding puberty suppression for transgender and gender diverse youth*. *J Law Med* 2021;28(3):632–44 [PMID: 34369120].
- [183] MacKinnon KR, Ashley F, Kia H, Lam JSH, Krakowsky Y, Ross LE. Preventing transition "regret": an institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Soc Sci Med* 2021;291:114477, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477> [Epub 2021 Oct 11; PMID: 34666278].
- [184] Romero K, Reingold R. Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA. *Reprod Health Matters* 2013;21(41):183–95.
- [185] Clark BA. This wasn't a split-second decision: an empirical ethical analysis of transgender youth capacity, rights, and authority to consent to hormone therapy. *Bioeth Inquiry* 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-020-10086-9>.
- [186] Vrouenraets LJJ, de Vries ALC, de Vries MC, van der Miesen AIR, Hein IM. Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics* 2021;148(6), <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-049643> [e2020049643; PMID: 34850191].
- [187] <https://www.marianne.net/agora/tribunes-libres/transgenisme-avec-cet-effacement-des-limites-cest-la-suprematie-des-sentiments-qui-guide-les-conduites>.
- [188] Biggs M. Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 2020;49:2227–9.
- [189] <https://www.transgenders trend.com>.
- [190] <https://www.civitas.org.uk>.
- [191] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71–2.
- [192] Abreu RL, Sostre JP, Gonzalez KA, Lockett GM, Matsuno E, Mosley DV. Impact of gender-affirming care bans on transgender and gender diverse youth: Parental figures' perspective. *J Fam Psychol* 2022, <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000987> [Epub ahead of print. PMID: 35324250].
- [193] Pang KC, Hoq M, Steensma TD. Negative media coverage as a barrier to accessing care for transgender children and adolescents. *JAMA Netw Open* 2022;5(2):e2138623, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38623> [PMID: 35107577].