

# ATELIER 16

# GENRES ET IDENTITES

# SEXUEES

## ENJEUX DE L'ETAT CIVIL ET DE LA FILIATION

**INTERVENANTS:**

**Maître Amélie MACHEZ** Avocat au Barreau de LILLE

**Laurence BRUNET** Chercheuse associée à l'ISJPS, Paris 1-CNRS/Hôpital Bicêtre APHP

**Dr Agnès CONDAT** Pédiopsychiatre, M.D., Ph.D, Praticien Hospitalier à La Pitié Salpêtrière  
Responsable de la Consultation Identité Sexuée

**Maître Clélia RICHARD** Avocat au Barreau de PARIS

# PLAN



1

ETAT CIVIL ET TRANSIDENTITE

2

ETAT CIVIL ET INTERSEXUATION / ELÉMENTS MEDICAUX

3

LES PERSONNES TRANS. ET LA FILIATION



1

# ETAT CIVIL ET TRANSIDENTITE



# LA JURISPRUDENCE DE LA COUR DE CASSATION

\*\* Arrêts fondateurs : Civ 1 07 juin 2012 (10-26.947 parcours MtoF et 11-22.490 parcours FtoM ).

Il convient d'établir « *au regard de ce qui est communément admis par la communauté scientifique la réalité du syndrome transsexuel* » et apporter la preuve « *du caractère irréversible de la transformation de son apparence* »

C.E.S.D.H ?

La Cour de Cassation refuse par un arrêt du 13 février 2013 ( Civ. 1 13 février 2013 12-11.949) :

*« la cour d'appel a estimé que ce seul certificat médical ne permettait de justifier ni de l'existence et de la persistance d'un syndrome transsexuel, ni de l'irréversibilité du processus de changement de sexe, qui ne constituent pas des conditions discriminatoires ou portant atteinte aux principes posés par les articles 8 et 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, 16 et 16 1 du code civil, dès lors qu'elles se fondent sur un juste équilibre entre les impératifs de sécurité juridique et d'indisponibilité de l'état des personnes d'une part, de protection de la vie privée et de respect dû au corps humain d'autre part ; »*

# LA PRESSION DE LA CEDH

**CEDH Goodwin 27 mars 1996 15054/07, 15066/07 Affaire Goodwin c/ Royaume-Uni,**

**CEDH Y.Y. c/ TURQUIE 10.03.2015 (requête 14793/08)**

**CEDH GARCON ET NICOT c/ France le 06 avril 2017**

# LOI 2016 -1547 DU 18 NOVEMBRE 2016 DITE J21

L'article 61-5 du Code Civil est créé :

*Toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification.*

*Les principaux de ces faits, dont la preuve peut être rapportée par tous moyens, peuvent être :*

- 1° Qu'elle se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué ;*
- 2° Qu'elle est connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical ou professionnel ;*
- 3° Qu'elle a obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué ;*

# LOI 2016 -1547 DU 18 NOVEMBRE 2016 DITE J21

## DEMEDICALISATION ?

### Article 61-6 du Code Civil

*La demande est présentée devant le tribunal de grande instance.*

*Le demandeur fait état de son consentement libre et éclairé à la modification de la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil et produit tous éléments de preuve au soutien de sa demande.*

*Le fait de ne pas avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande.*

*Le tribunal constate que le demandeur satisfait aux conditions fixées à l'article 61-5 et ordonne la modification de la mention relative au sexe ainsi que, le cas échéant, des prénoms, dans les actes de l'état civil.*

# 2

# ETAT CIVIL ET INTERSEXUATION



# DE QUI PARLE-T-ON ?

- personnes trans' ≠ **personnes porteuses d'une VDG** (terme légal, art. L. 2131-6 CSP, issu de loi de bioéthique 2.8 2021 ≠ intersexe => registre militant )
- **atypisme des OGE**
  - cause génétique qui perturbe le circuit hormonal du fœtus; spectre varié ; stérilité fréquente
  - découverte à la naissance ou seulement à la puberté
  - risque vital parfois (HCS, test de Guthrie)
- **Peu de données chiffrées**

1,7 à 2% des naissances selon les associations de personnes militantes ≠ 0,02% selon les médecins français ; données fiables pour HCS : 50/an, dont 25 filles  
environ 100 cas par an, selon rapport CE 2018  
=> *Demande de rapport avec données chiffrées dans loi de bioéthique*
- **Enjeu juridique** : cf distinction du CCNE, avis 132, sept. 2019
  - situations où se posent un problème d'assignation du genre ( « le phénotype nécessite un délai de déclaration du sexe») et celles où il n'y en pas, qui sont majoritaires
  - Pas inconnu du droit : ancien droit (cf. art. G Houbre) ; Instruction 19.2.1970 modifiant IGREC (§ 228) —> circulaire du 28.10. 2011 relative aux règles particulières à divers actes de l'état civil relatifs à la naissance et à la filiation (§ 55)

# LES PERSONNES VDG : UNE PRÉOCCUPATION POLITIQUE NOUVELLE

- PCM **dénoncée** par activisme associatif (OII France, CIA)
- condamnations des actes de conformation sexuée par les instances **européennes** (Cons. Europe, AP, résolution 1952 (2013) et **internationales** (CEDAW 2016 ; Comité contre la torture 2016)
- **En France** : rapport CE 2018 (les opérations sur les organes génitaux à visée esthétique ne sont pas des opérations à but thérapeutique, seules autorisées), avis DDD (2018) avis CNCDH (2019), avis CCNE (2019, n°132) et travail parlementaire (=> mise à l'agenda de la révision loi bioéthique)-



art. L. 2131-6 nouv. CSP

« La prise en charge d'un enfant présentant une **variation du développement génital** est assurée après concertation (...) des centres de référence des maladies rares compétents (...). Cette concertation établit le diagnostic ainsi que les propositions thérapeutiques possibles, **y compris d'abstention thérapeutique, et leurs conséquences prévisibles**, en application du principe de proportionnalité mentionné à l'article L. 1110-5. L'équipe (...) chargée de la prise en charge de l'enfant assure **une information complète et un accompagnement psychosocial approprié** de l'enfant et de sa famille (...)

« Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »



**Application suspendue à la publication d'un arrêté de BP**

# LES MODIFICATIONS CONCERNANT L'ÉTAT CIVIL – DÉCLARATION DE NAISSANCE

**En France** : cadre immuable de **bicatégorie de sexe**

Civ 4 mai 2017 : pas d'indication possible d'un sexe autre que masculin ou féminin

« la dualité des énonciations relatives au sexe dans les actes de l'état civil poursuit un but légitime en ce qu'elle est nécessaire à l'organisation sociale et juridique dont elle constitue un élément fondateur »

≠ **Allemagne** : loi 7.5.2013 (3 options : M, F, rien) => BverfG 10.10. 2017 => loi 18.12. 2018 (4 options: M, F, divers, rien) ; **Pays-Bas** : Cour const. 28.5.2018 ; **Autriche** : Cour const. 15.6.2018 ; **Belgique** : Ccons 19.6.2019

Circulaire 28.10.2011 (report 2 ans, traitements appropriés) => Loi 2.8.2021

**Art. 57 al. 2 c. civ** : en cas d'**impossibilité médicalement constatée** de déterminer le sexe de l'enfant au jour de l'établissement de l'acte, le procureur de la République peut autoriser l'officier de l'état civil à **ne pas faire figurer immédiatement** le sexe sur l'acte de naissance. L'inscription du sexe médicalement constaté intervient à la demande des représentants légaux de l'enfant ou du procureur de la République dans un délai qui ne peut être supérieur à **trois mois** à compter du jour de la déclaration de naissance. Le procureur de la République ordonne de porter la mention du sexe en marge de l'acte de naissance et, à la demande des représentants légaux, de rectifier l'un ou les prénoms de l'enfant.

la mention du sexe ne dénote pas la réalité  
monopole médical de la détermination du sexe

# LA RECTIFICATION DE LA MENTION DU SEXE

## Avant la loi de 2021

- Incertitude sur la voie à choisir : rectification purement matérielle par le procureur (art. 99-1 cciv) ou rectification judiciaire par le Psdt TJ (art. 99) , même si procureur peut servir de guichet unique mais pratique variable
- Principe de l'immutabilité de l'état civil (= conservatoire) => pas à un effacement du sexe initialement assigné après rectification (adm. ou jud. ) mais ajout d'une mention marginale => visibilité de l'incertitude sur le sexe dans copie intégrale de l'acte de naissance
- Idem en cas d'ajout de la mention du sexe après délai de « suspension »  
=> stratégie de contournement : demande en annulation de l'acte de naissance pour erreur sur formalité substantielle (en ppe réservée aux usurpations identité) au motif de l'atteinte à la vie privée  
TGI Toulon 17.12.2017 ; TGI Versailles 12.11.2019

## Loi 2.8.2021

Art. 99 al. 2 nouveau : « la rectification de l'indication du sexe et, le cas échéant, des prénoms est ordonnée à la demande de toute personne présentant une variation du développement génital ou, si elle est mineure, à la demande de ses représentants légaux, s'il est médicalement constaté que son sexe ne correspond pas à celui figurant sur son acte de naissance

- Le gouvernement s'est engagé à modifier ce décret afin que « la rectification des actes de l'état civil n'apparaisse pas sur la copie intégrale de l'acte de naissance sauf sur autorisation du procureur de la République => modification à venir du décret du 6 mai 2017 sur l'état civil

# COMPARAISON DU RÉGIME DE MODIFICATION JUDICIAIRE DE LA MENTION DU SEXE POUR LES PERS TRANS ET POUR LES PERSONNES AYANT UNE VDG

## personne VDG

- pas de seuil d'âge, pas de limite dans le temps
- si mineur, représentants légaux
- procédure rétroactive et sans trace
- pas de représentation obligatoire par avocat
- Psdt TJ
- expertise médicale indispensable constatant que le sexe « ne correspond pas » à celui sur son acte de naissance => rapidité

## Personne trans'

- mineur émancipé ou majeur
- si mineur, représentants légaux
- action d'état : procédure constitutive (≠ rétroactive)
- pas de représentation obligatoire par avocat
- TJ collégial
- pas d'expertise médicale (mais souvent attestations méd ou psy fournies ) mais importance de l'audience (cf. Catto, Courduriès)
- possession d'état ⇔ durée ; apparence

- Des parents pourraient-ils demander le changement de sexe de leur adolescent sans son consentement ?
- Chevauchement des procédures : Une personne trans' avec un passé VDG peut-elle changer de sexe plus facilement ?

# ELEMENTS MEDICAUX



# 3

## LA FILIATION LA PROCREATION SPONTANEE, VERS UNE HYBRIDATION DES SEXES D'UNE MEME PERSONNE ? LA PMA ET L'EMBROGLIO



# PROCREATION SPONTANEE OU CHARNELLE POUR LES HOMMES TRANS

- = Cas des hommes trans qui font leur changement d'état civil après avoir accouché
  - Filiation établie dans le sexe dit d' « origine », et volonté d' « harmoniser » l'acte de naissance de l'enfant a posteriori, application de la loi J21
- = Cas des hommes trans qui ont effectué leur changement d'état civil avant d'avoir accouché
  - Filiation établie grâce à un acte de naissance sous forme littéraire, non « rubriquée »

# PROCREATION SPONTANEE OU CHARNELLE POUR LES FEMMES TRANS

- Cas des femmes trans qui font leur changement d'état civil après avoir accouché
  - Filiation établie dans le sexe dit d' « origine », et volonté d' « harmoniser » l'acte de naissance de l'enfant a posteriori, application de la loi J21
  
- Cas des femmes trans qui ont effectué leur changement d'état civil avant la conception et la naissance de l'enfant
  - TGI Montpellier 22 juillet 2016
  - CA Montpellier 14 novembre 2018
  - 1<sup>ère</sup> Civ, 16 septembre 2020
  - CA Toulouse 9 février 2022

# LA FILIATION DES PERSONNES TRANS : LA PMA (APRES AUTOCONSERVATION DES GAMETES), UNE QUESTION EN FRICHE

- Les cas des couples hétérosexuels femme cis/ homme trans = recours classique à la PMA avec tiers donneur = filiation classique – exclusion reconnaissance paternelle classique?
- Exclusion des couples hétérosexuels homme cis/ Femme trans (orientation vers les GPA)
- Les cas des couples homosexuels de femmes trans/femme cis qui ont eu recours à la PMA en France = seul cas rentrant dans la loi de bioéthique
  - Avec tiers donneur \*\*\*/ Sans tiers donneur
- Les nombreux cas des couples homosexuels de femme trans/ femme cis qui ont eu recours à la procréation médicalement assistée à l'étranger = cas qui « peut » rentrer dans la loi de bioéthique – dispositions transitoires
  - Avec tiers donneur\*\*\* /Sans tiers donneur
- Les cas des couples homosexuels d'homme trans/ homme cis qui ont recours à la procréation médicalement assistée à l'étranger = retour au slide antérieur



ÉTATS GÉNÉRAUX

DU DROIT DE  
LA FAMILLE &  
DU PATRIMOINE

18<sup>ÈME</sup> ÉDITION



# VARIATIONS DU DÉVELOPPEMENT GÉNITAL, IDENTITÉS DE GENRE, TRANSIDENTITÉS ET SOINS AUX ENFANTS ET ADOLESCENT·E·S

*A. Condat, D. Cohen*

*Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*

*DMU ORIGYNE, GH Pitié-Salpêtrière,*

*APHP Sorbonne Université,*

<http://speapsl.aphp.fr>



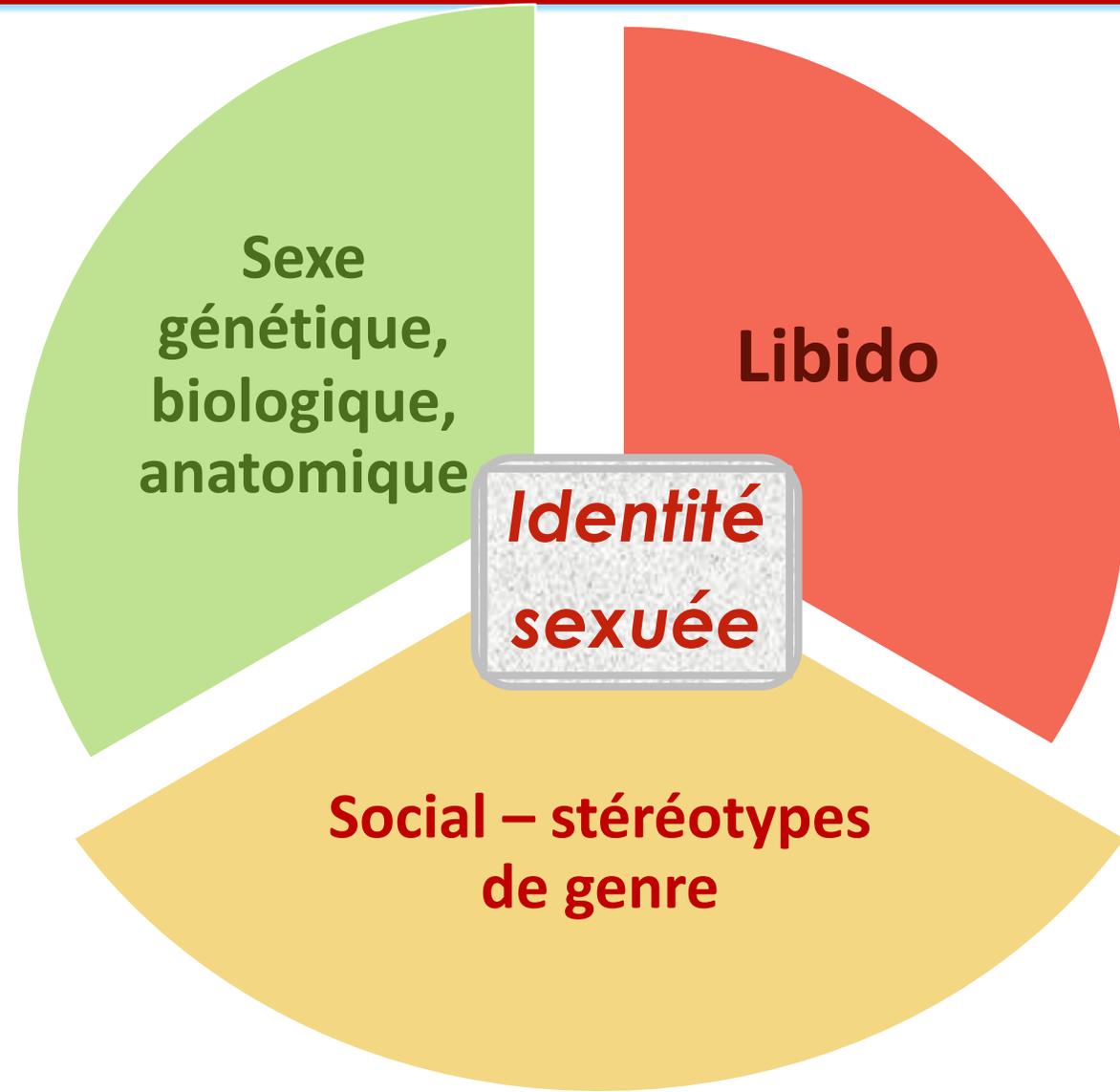
**GENRE ET IDENTITES SEXUEES  
ENJEUX DE L'ETAT CIVIL ET DE LA FILIATION**

**EGDF 2022- Maison de la Chimie, 7 et 8 mars**



# DÉVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF ET CONSTRUCTION DE L'IDENTITÉ

*Quel grand garçon costaud!*  
*Quelle jolie petite fille!*



# VARIATIONS DU DÉVELOPPEMENT GÉNITAL - VDG

- Désignent les situations où le sexe chromosomique, gonadique ou anatomique est atypique.
- Les personnes concernées se disent « *personnes intersexes* » et désignent l'intersexuation comme « la situation sociale des personnes nées avec des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires considérées comme ne correspondant pas aux définitions sociales et médicales typiques du féminin et du masculin ».
- fréquence = 1/ 4500-5500 (Lee et al., 2016)
- Absence de données épidémiologiques et de données solides
- Nombreuses questions éthiques et vifs débats sociétaux

# TRANSIDENTITÉS

- ❖ Les personnes transgenres éprouvent une inadéquation entre leur identité de genre et le sexe qui leur a été assigné à la naissance.
- ❖ Fréquence: autour de 1%
- ❖ *Peu à peu depuis les années 2000 et avec l'apport de la communauté LGBTQIA+, les professionnel-le-s de santé dans le champ des transidentités s'accordent pour considérer que d'être transgenre, binaire ou non binaire, n'est pas une pathologie mais une construction singulière de l'identité lorsque chacun·e au cours de son développement construit son identité de manière singulière.*

# TRANSIDENTITÉS



- ❖ Une **femme transgenre** est une personne qui a été assignée de sexe masculin à la naissance et exprime une identité de genre féminine.
- ❖ Un **homme transgenre** est une personne qui a été assignée de sexe féminin à la naissance et exprime une identité de genre masculine.
- ❖ Une **personne non-binaire** est une personne qui ne s'identifie ni au masculin ni au féminin, soit de genre fluide, soit neutre ou autre identification sur l'échelle du genre vécue comme un continuum, soit agenre.
- ❖ Une **personne cisgenre** est une personne qui s'identifie à son sexe d'assignation de naissance.

# TRANSIDENTITÉS

- ❖ **Les transitions, sociale et/ou médicale voire médico-chirurgicale** sont des choix positifs qui vont contribuer à résoudre le décalage entre le corps réel, l'image du corps et la dimension sociale, de sorte que les personnes transgenres puissent s'épanouir et accéder à la santé telle que définie par l'OMS:

***“A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”***  
*(Constitution of the World Health Organization, 1948)*

- ❖ **Les progrès en médecine, traitements hormonaux et/ou chirurgicaux, permettent aux personnes transgenres qui le souhaitent de changer leurs corps pour s'accorder au mieux avec leurs identités telles qu'iels se perçoivent.**

# TRANSIDENTITÉS/ CLASSIFICATIONS MÉDICALES

## ❖ **Transidentités, Personnes transgenres, Personnes trans\***

= Signifiants choisis par les personnes concernées pour elles-mêmes.

= Termes utilisés dans les articles scientifiques depuis 2016.

## ❖ **Dysphorie de genre**

= Terme diagnostic psychiatrique selon le DSM5

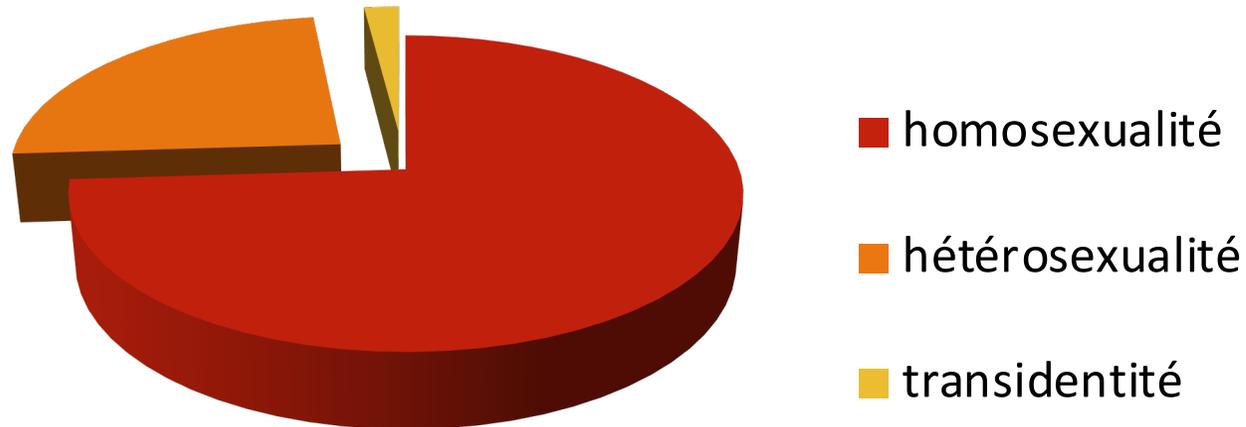
= Incongruence de genre associée à une souffrance ou altération sociale/ scolaire

## ❖ **Incongruence de genre**

= Terme adopté pour la CIM-11 (2018)

= Condition relative à la santé sexuelle (≠ diagnostic)

## *Evolution des enfants transgenres*



*D'après Green, 1987*

***Etudes plus récentes dans des centres experts retrouvent:***

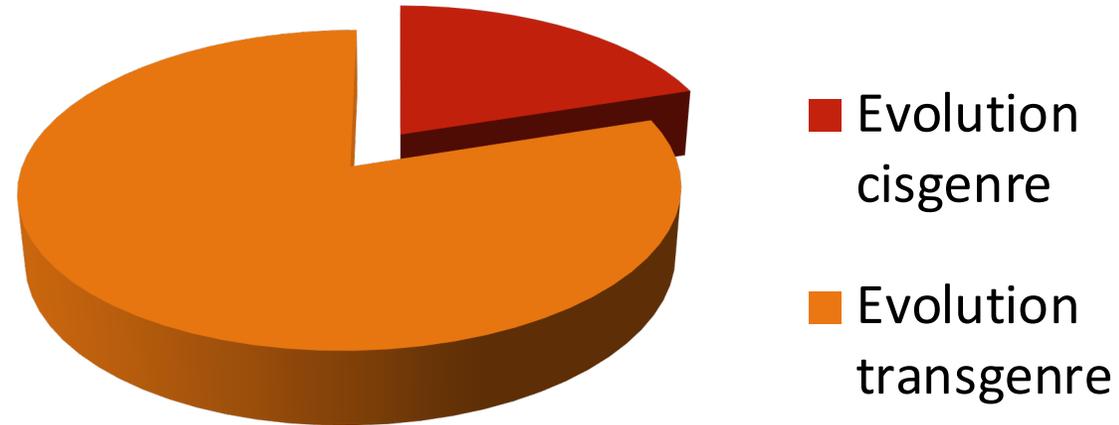
***15 à 39% d'enfants qui garderont une identification trans\* à l'adolescence***

***50 à 85% d'enfants qui évolueront vers une identification cisgenre***

*Drummond, Bradley, Badali-Peterson, & Zucker (2008),*

*Wallien & Cohen-Kettenis (2008)*

## *Evolution des adolescent·e·s transgenres*



*Stabilité relative de l'identité de genre  
chez les adolescent·e·s*

*Gijs & Brewaeys (2007),  
Green & Flemming (1990)*

# TRAJECTOIRES TRANS

❖ Les personnes transgenres ou en questionnement peuvent vivre au fil de leurs trajectoires

 - des expériences de « crise subjective »  
- des expériences de « crise sociale » 

❖ Vulnérabilité de la population trans' en particulier dans le champ de la santé psychique

❖ Vulnérabilité sociale et difficultés dans l'accès aux soins

# VDG: Évolution des concepts et des pratiques

- ❖ **Money, 1955 « optimal gender policy »**: assigner un sexe M ou F aux enfants en bas âge, chirurgie d'assignation sexuelle durant les premières années de vie, le plus souvent F car opération plus simple à réaliser associées à une éducation en accord avec le rôle de genre correspondant au sexe assigné, sans que ni lui ni son environnement ne soient informés de sa situation particulière ni de la raison de son traitement.  
**Objectif = assurer un développement physique et psychosexuel « normal » de l'enfant *étant considéré que le sexe d'une personne fait partie des caractéristiques essentiels de son identité et que toute personne est de sexe soit féminin soit masculin.***
- ❖ **Mais lourdes complications physiques, douleurs chroniques, stérilité, séquelles psychologiques** (Schützmann et al. 2009, Schönbacher et al. 2010)
- ❖ **Répercussions sur la vie sexuelle; parfois incongruence entre identité de genre et sexe assigné** (Bosinski 2005, Brinkmann 2007, Kleinemeier et al 2010, Ude-Koeller et al. 2006)

# VDG: Évolution des concepts et des pratiques

- ❖ Depuis les années 1990 (Kessler, 1990), critique du traitement des enfants intersexes et du fondement de leur prise en charge sur un nb restreint de cas cité à plusieurs reprises.
- ❖ Création Organisation Internationale Intersexe (OOI) 2003: approche dépathologisante basée sur le respect des droits humains, *en particulier le droit à l'intégrité physique et sexuelle et le droit à l'information médicale exhaustive ainsi que sur la valorisation de la diversité corporelle*: remise en cause de la binarité du genre, biologique, psychique et sociale qui conduit à la stigmatisation des personnes intersexes.
- ❖ 2005: Déclaration de consensus de Chicago: les décisions de pratiquer des opérations irréversibles d'assignation sexuelle doivent se fonder sur des indications médicales plutôt que sur des considérations relatives à l'apparence extérieure et répondre aux besoins actuels de la personne concernée; l'enfant doit se voir attribuer un sexe.
- ❖ 2013 3<sup>ème</sup> forum international intersexe à Malte: élaboration de la plate-forme de revendications intersexes consensuelle au niveau international
- ❖ 2016 création en France du Collectif Intersexes et Allié·e·s

# TRANSIDENTITÉS: Évolution des concepts et des pratiques

- ❖ 1960: Green R. & Money J. Incongruous gender role: nongenital manifestations in prepubertal boys. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1960. 131: 160-168
- ❖ *A partir de 1960*, développement progressif de consultations spécialisées pour les enfants et adolescents transgenres: John Hopkins Hospital, Baltimore (John Money), Los Angeles (Robert Stoller & Richard Green), Toronto (Kenneth Zucker), Amsterdam (Peggy Cohen-Kettenis & Henriette Delemarre- van de Waal), Londres (Domenica Di Ceglie).
- ❖ 1978: Breton, Banzet et Luton: première consultation dédiée aux adultes trans'. *Évaluation d'un trouble psychiatrique rendant nécessaires – pour la survie de ces sujets – des interventions médico-chirurgicales venant contrecarrer le fonctionnement biologique de corps sains.*

# TRANSIDENTITÉS: Évolution des concepts et des pratiques

- ❖ Dès 1998: The « Dutch approach » Cohen-Kettenis PT, van Goozen S. Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7:246–248
- ❖ 2009: *recommandations HAS: pec en centres de référence, en lien avec les médecins de ville, évaluation psychiatrique diagnostique de plusieurs mois, parcours de soins systématisé en trois phases successives (expérience vie réelle, hormonosubstitution, chirurgie), très peu de réf à la littérature scientifique.*
- ❖ 2010: sortie des transidentités de l'ALD 23- affections psychiatriques de longue durée.
- ❖ 2010: création de la SoFECT

# **TRANSIDENTITÉS: Évolution des concepts et des pratiques**

- ❖ **2013:** sous l'impulsion de Chiland, premières consultations dédiées aux enfants et adolescents transgenres et/ou en questionnement, offre de soin pensée et conçue en partenariat avec des équipes internationales et avec des associations françaises de personnes concernées, associée d'emblée à des travaux de recherche clinique.
- ❖ **2015:** révision de la charte de la SOFECT: le « transsexualisme » n'est plus un trouble psychiatrique.
- ❖ **2021:** Plateforme Trajectoires Trans': Enfants, adolescent·e·s et jeunes adultes, professionnels de santé, associations de personnes concernées, chercheur·e·s

# TRANSIDENTITÉS: Évolution des concepts et des pratiques

Au fil de l'évolution des concepts...

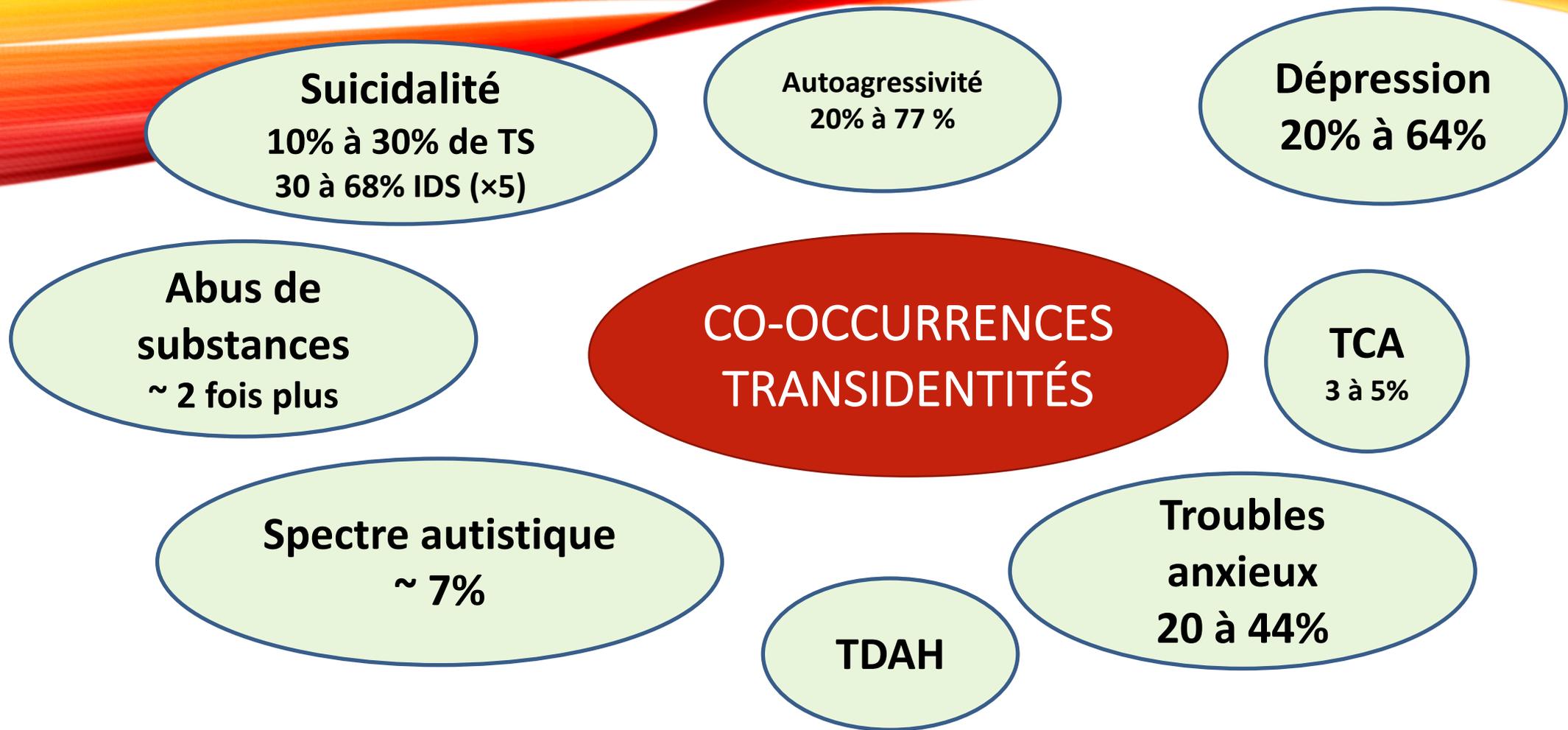
...et grâce à l'expression des personnes concernées portée par les associations militantes...

❖ *Évolution des pratiques vers:*

- un accompagnement des personnes dans leur cheminement identitaire
- une adaptation des propositions techniques médico-chirurgicales à leur vécu subjectif et à leur demande exprimée.

❖ Évolution lente demeurant non homogène sur le territoire.

❖ Difficulté persistante dans l'accès aux soins.



Connolly MD et al. 2016 . The Mental Health of Transgender Youth: Advances in understanding  
Reisner SL et al. 2015 Mental Health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center  
De Vries et al. 2011 Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents.

# Accompagnement médical enfants et adolescent·e·s trans

- ❖ **Prise en compte des recommandations internationales de la WPATH (2012), des guidelines des sociétés savantes et les apports de la littérature internationale**
- ❖ **Approche clinique dans la tradition de la pédopsychiatrie et de la pédiatrie françaises**
- ❖ **Décisions collégiales et pluridisciplinaires**
- ❖ **Partenariat étroit avec les associations de personnes concernées**
- ❖ **Activité de recherche clinique et réseau de partenariat actif au plan national et international: *Collaboration franco-néerlandaise pour l'élaboration d'un guideline pour la prise en charge et l'accompagnement pluridisciplinaire des enfants et adolescent·e·s transgenres.***

# SUPPRESSION DE PUBERTÉ ET TRANSITION HORMONALE CHEZ L'ADOLESCENT · E

- Après le début de la puberté (stade Tanner 2--3 pour les garçons trans\*, stade 3 pour les filles trans\*),  
utilisation d'**agonistes de la Gonadotrophin-releasing hormone**  
**Traitement réversible**

***Suivi médical et psychologique des adolescent·e·s durant tout le traitement***

- **Autour de 16 ans, si maintien d'une identification trans\* et si pertinent,**
- **induction de puberté:**
  - - Féminine par 17-beta estradiol
  - - Masculine par esters de testostérone
- **Partiellement réversible** (les caractères sexuels secondaires apparus ne disparaîtront pas complètement à l'arrêt du traitement)
- **Après information préservation de fertilité +/- préservation**

Utilisé depuis plus de 20 ans par l'équipe d'Amsterdam (Cohen-Kettenis, 1998, 2011)

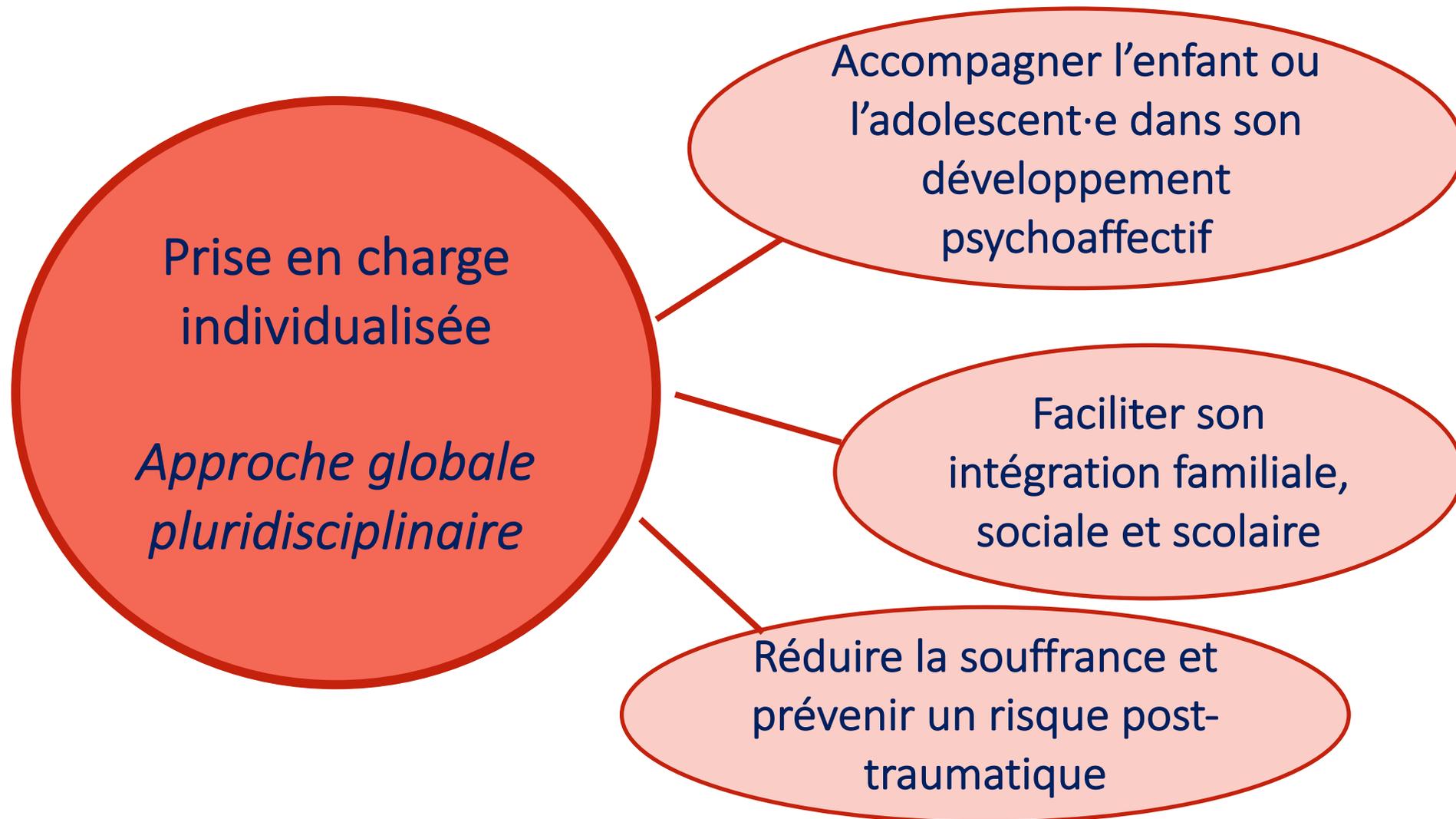
# VDG: ? cliniques, ? thérapeutiques & ? éthiques

- ❖ Certaines formes de DSD requièrent des mesures médicales car elles peuvent représenter un risque vital (p.ex. insuffisance surrénalienne dans l'HCS), ou être associées à un risque accru de cancer.
- ❖ Place spécifique de l'Hyperplasie Congénitale des Surrénales: certains parents et certains groupes d'auto-support ne prennent pas position contre les chirurgies précoces dans cette indication *mais* des études montrent l'insatisfaction de personnes ayant subi ces interventions pendant leur petite enfance & ces interventions vont contre la préservation de l'intégrité corporelle et d'un futur ouvert aux possibles pour ces enfants.
- ❖ Risque accru de cancer: grande variabilité du risque selon les études et débats autour de quels risques sont considérés comme acceptables ne justifiant pas d'intervention.
- ❖ Qu'est-ce qu'une intervention médicalement nécessaire vs. intervention « esthétique »? *Ex: uriner debout?*
- ❖ Interventions chirurgicales très précoces ou plus tardives? Décision à partir de quels critères: esthétique, conformité à un genre binaire, fonctionnalité, complications, intégrité corporelle ou encore satisfaction de la personne concernée?
- ❖ Quid du consentement?
- ❖ Intérêt de l'enfant présent et/ou intérêt du futur adulte?

# **TRANSIDENTITÉS: ? cliniques, ? thérapeutiques & ? éthiques**

- ❖ Les transitions précoces améliorent l'état de santé psychique et l'adaptation sociale des enfants et adolescent·e·s, réduisant les risques de suicide, de décrochage scolaire et de stress post-traumatique.
- ❖ Risque que les transitions précoces et la suppression de puberté « encouragent » les enfants et adolescent·e·s vers un avenir difficile avec un traitement hormonal à vie, des interventions chirurgicales lourdes et un préjudice social?
- ❖ La suppression de puberté suivie d'un traitement hormonal d'affirmation de genre améliore la qualité de vie de l'adolescent·e puis à l'âge adulte, permettant des résultats physiques optimaux. Les études montrent une relative innocuité des traitements hormonaux.
- ❖ Comment l'utilisation de traitements hormonaux impacte le développement adolescent en termes d'identité, de libido et de désir? Quels effets des bloqueurs de puberté sur le cerveau?
- ❖ Enjeux pour la future éventuelle chirurgie de transition des organes génitaux chez les jeunes filles trans' ayant bénéficié d'une suppression de puberté.
- ❖ Perte de chance secondaire aux traitements hormonaux pour les perspectives procréatives.
- ❖ Nécessité et difficulté d'informer les personnes trans sur les questions de procréation, de préservation de fertilité et de possibilités en AMP, avant de commencer un traitement hormonal et/ou chirurgical
- ❖ Autonomie de l'enfant et de l'adolescent·e à donner son consentement /traitement et /préservation de fertilité. Consentement de l'enfant et de l'adolescent·e, consentement des parents.

# Accompagnement des enfants/ adolescent e s, perspective développementale



**Information**

**Accompagnement des enfants/ adolescent·e·s**

**Partenariat  
école et  
partenaires  
santé locaux**

**CONSENTEMENT**

**Groupes d'auto-support,  
Associations**

**Accompagnement  
médical psychiatrie  
et endocrinologie**

**Consultation CECOS  
PF / AMP**

**CONSENTEMENT**

**Suppression de  
puberté / transition  
hormonale**

**Accompagnement  
de la famille**

**Psychothérapies**

**Thérapie familiale**

**CONSENTEMENT**

**Transition  
chirurgicale**

**Groupes de parole jeunes/  
groupes de parole parents**

# Appui sur des RCP enfants et adolescent·e·s, depuis 2015

- ❖ Mensuelle
- ❖ Initialement pensée pour les enfants transgenres et/ou en questionnement
- ❖ Réunit les différentes équipes hospitalières parisiennes qui reçoivent enfants et adolescent·e·s (Pédopsychiatrie Pitié-Salpêtrière, Pédopsychiatrie Robert Debré, Endocrinologie pédiatrique Robert Debré, CIAPA (EPS Maison Blanche)), des collègues appartenant à d'autres équipes (équipes adultes dont Chirurgie plastique Tenon, Cecos Cochin, Jean Verdier et Tenon, équipes invitées), et des praticiens libéraux.
- ❖ **Pluridisciplinaire** (psychiatres d'enfants, d'adolescent·e·s et d'adultes, psychologues, psychomotricien·ne·s, endocrinologues d'enfants, d'adolescent·e·s et d'adultes, pédiatres, biologistes de la reproduction, infirmier·e·s, éthiciens, juristes, membres associatifs, anthropologues).
- ❖ Sollicitée pour discussion avant toute décision à caractère d'hormonothérapie, pour avis clinique sur des situations particulières, permet le partage et la confrontation des expériences vers une harmonisation des pratiques.

# VDG & TRANSIDENTITÉS: accompagnement psychologique

- ❖ **Accompagner de façon individualisée** l'enfant et/ou l'adolescent·e dans son développement psycho-affectif, lui permettre d'explorer son identité de genre, de l'expérimenter.
- ❖ **Centres et/ou réseaux pluridisciplinaires, professionnels formés**, centres de compétences, équipes pluridisciplinaires
- ❖ Permettre les **meilleures conditions pour l'attachement** et la mise en place/ le maintien d'une relation parents-enfant sécurisée
- ❖ **Soutien psychosocial à l'enfant** correspondant à son degré de maturité intellectuelle et affective:
  - afin d'être associé aux décisions qui le concernent ou de prendre lui-même les décisions
  - pour renforcer l'estime de soi et prévenir un risque traumatique

# **VDG & TRANSIDENTITÉS: accompagnement psychologique**

## **❖ Soutien psychosocial aux parents:**

- surmonter leur sentiment initial d'impuissance pour pouvoir prendre une décision réfléchie, à l'abris de l'urgence et des pressions sociales, sur les décisions nécessaires qu'ils doivent prendre au nom de leur enfant
- Soutien vis-à-vis du regard sociétal souvent stigmatisant

**❖ Information =** la plus précise possible sur l'état de santé de l'enfant, étayé par des analyses nécessaires et mentionnant aussi les aspects positifs et atouts de l'enfant, info sur les besoins, les possibilités et les risques thérapeutiques, sur les risques et problèmes de santé susceptibles de se poser, sur les questions juridiques, précisions sur les difficultés liées au développement physique et psychique dans l'enfance, puberté, âge adulte, sur l'attitude à adopter par rapport à l'environnement familial et social, éducation, sur les possibilités de procréation, risques sur les futures grossesses, groupes d'entraide et auto-support.

**❖ Exposer les différents points de vue et différentes manières de voir**

**❖ Décisions collégiales en RCP avec l'accord et la possibilité d'assister (et/ou être représenté-e-s) pour le·a jeune et ses parents.**

**Observation clinique  
Pluridisciplinarité  
Recherche clinique**



**Littérature scientifique  
française et  
internationale**

**Médecine, neurosciences, droit  
sociologie, philosophie,  
psychanalyse**

**Principes de  
l'éthique médicale**

**d'après Beauchamp et Childress  
Bienfaisance, Non Nuisance, Autonomie,  
Justice**

**Dialogue avec les personnes  
concernées**

**Dialogue avec les familles**

1

# MERCI À TOUS POUR VOTRE PARTICIPATION À CET ATELIER !





ÉTATS GÉNÉRAUX

DU DROIT DE  
LA FAMILLE &  
DU PATRIMOINE

18<sup>ÈME</sup> ÉDITION