

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude des représentations des personnes transidentitaires quant à leurs
démarches de parentalité.**

Présentée et soutenue publiquement le 14 Septembre 2021 à 17h
au Pôle Recherche
par Gaëlle STATNIK

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Madame le Docteur Bérengère DUCROCQ

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

AVERTISSEMENTS

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	3
II. LA TRANSPARENTALITE, UNE REVUE DE LA LITTERATURE.	8
1. HISTORIQUE DE LA PRESERVATION MEDICALE DE LA FERTILITE POUR LES PERSONNES TRANSIDENTITAIRES.....	8
2. L'ACCES A LA TRANSPARENTALITE.....	10
3. LES PROCEDES MEDICAUX DE PRESERVATION DE LA FERTILITE	11
3.1. <i>L'autoconservation de gamètes.....</i>	<i>12</i>
3.2. <i>La conservation des tissus germinaux.....</i>	<i>13</i>
3.3. <i>Les modalités d'utilisations des tissus ou gamètes préservés en vue d'un projet de parentalité.....</i>	<i>14</i>
4. TRANSPARENTALITE ET DROIT FRANÇAIS.	20
5. TRANSPARENTALITE & OBSTACLES FACTUELS.....	22
III. MATERIELS ET METHODES	24
1. LE CHOIX DE LA METHODE	24
2. LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	25
3. INSTRUMENT DE MESURE	25
4. ASPECT MEDICO-REGLEMENTAIRE.....	28
5. ANALYSE STATISTIQUE	28
IV. DESCRIPTION STATISTIQUE & RESULTATS.....	30
1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	30
1.1. <i>Représentativité de l'échantillon</i>	<i>30</i>
1.2. <i>Caractéristique sociodémographique de l'échantillon</i>	<i>30</i>
2. ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON.....	32
2.1. <i>Représentations & préservation de fertilité.....</i>	<i>32</i>
2.2. <i>Représentations & projet de parentalité</i>	<i>34</i>
2.3. <i>Représentations & freins / facilitateur au projet de devenir parents.....</i>	<i>35</i>
3. ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANT LE PROJET DE DEVENIR PARENT DES PERSONNES TRANSIDENTITAIRES.....	37
V. DISCUSSION.....	39
VI. CONCLUSION.....	44
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	45

I. Introduction

Le terme « parentalité » est la traduction française du terme anglais « parenthood » défini par Thérèse Benedek en 1959. Il est utilisé pour la première fois en 1961 par Claude Racamier afin de désigner la fonction parentale sans distinction entre celle maternelle (« Maternité ») et celle paternelle (« Paternité ») ¹. Le terme « parentalité » rend alors compte des réaménagements psycho-affectifs induits par le développement intrapsychique de la fonction parentale (Lamour & Barraco, 1998) ². Il correspond au cheminement d'un individu vers un nouveau statut, celui de « parent » ³. Comme le disait Françoise Dolto, « on ne naît pas parents, on le devient ». En effet, ce processus prend racine de manière inconsciente dans l'enfance à travers l'apparition du « désir d'enfant », avant de s'activer à l'adolescence sous l'influence de facteurs physiologiques (Sellenet, 2007) ⁴. Ainsi, devenir parent est « un besoin quasi inscrit dans le développement » (Poussin, 1993) et ce, à travers l'émergence précoce du « désir d'enfant ».

En 1990, le concept de « parentalité » est affiné par les travaux de Didier Houzel afin de rendre compte de l'ensemble des dimensions encadrant la fonction de parent. Il est ainsi décrit selon 3 axes :

- « l'exercice de la parentalité » soit le cadre légal encadrant ce nouveau statut de parents,
- « l'expérience de la parentalité » soit le « vécu subjectif » induit par le fait de devenir parent,
- « la pratique de la parentalité » soit ce que les parents réalisent au quotidien pour leurs enfants. ⁵

Parallèlement à cela, dans les années 1970, le mot « parentalité » fait son entrée dans le champ lexical sociologique. Il permet de caractériser les nouvelles structures familiales émergentes telles que la « monoparentalité » ou « l'homoparentalité » ¹. En 2010, le terme « transparentalité » est pour la première fois employé par Elisabetta Ruspini, définissant « la

situation familiale dans laquelle au moins un des parents a réalisé (ou est en train de réaliser) une transition d'un genre vers un autre genre que celui assigné à la naissance binaire ou non binaire »⁶. Retrouvant différentes situations au sein même du terme, il convient de parler « des transparentalités » plutôt que « de la transparentalité »⁷. En effet, il existe une pluralité de configurations telle que l'existence d'enfants avant le parcours de transition, la stérilité induite par une intervention chirurgicale ou encore la conservation de la fertilité du fait du caractère partiel de sa transition⁷.

La personne ayant réalisé ou réalisant un parcours de transition est nommée personne transidentitaire. Elle désigne un individu dont l'identité de genre ne correspond pas à l'identité relative à son genre assigné à la naissance⁸. Parallèlement, la personne « cisgenre » désigne une personne dont le genre ressenti correspond au genre d'assignation à la naissance en dehors de toute référence aux aspects anatomiques.

Les personnes souhaitant ou ayant entrepris une transition « homme vers femme » effectue un parcours de transition dit de féminisation et celles souhaitant ou ayant entrepris une transition « femme vers homme » effectue quant à elle un parcours de transition dit de masculinisation. Au sein de ce travail, les personnes impliquées dans un parcours de transition de féminisation seront communément appelées « « personne MtF » (Male to Female) et celle impliquées dans un parcours de transition de masculinisation , « personne FtM » (Female to Male)⁹

Au cours des dernières années, différents textes juridiques et recommandations de bonnes pratiques ont été rédigés autour de la prise en charge des personnes souhaitant changer de genre^{10 11}. Néanmoins, aucun ne semble réellement évoquer la transparentalité et les modalités d'accès à celle-ci. Disqualifié, ce désir de « devenir parent » a bien souvent été peu considéré par les politiques et la communauté scientifique¹². Comme l'expose Laurence

HERAULT, Anthropologue, en 2015 dans son ouvrage « Transparentalités contemporaines » certains experts avançaient même l'idée d'une « incompatibilité » entre l'accès à la parentalité et le fait d'entreprendre un parcours de transition ¹³. Pourtant, en 2009, une enquête réalisée par Alain GIAMI, chercheur en science sociale et directeur de l'INSERM, montre que :

- 45 % des personnes MtF et 8% des personnes FtM ont déjà eu un enfant,
- 10% des personnes MtF souhaitent devenir parents tout comme 4% des personnes FtM,
- 20% des personnes transidentitaires souhaitent se lancer dans un projet d'adoption ¹⁴.

Des questionnements individuels et scientifiques autour du bien-être des enfants à venir ont donné lieu à un questionnement éthique ¹⁵. La principale interrogation était de savoir si les personnes transidentitaires n'étaient pas susceptibles d'influencer négativement le développement et l'identité de genre de leurs enfants ⁷. De nombreuses études se sont montrées rassurantes sur le développement global des enfants dont l'un des parents avait effectué un parcours de transition ^{16 17 18 19}. En 1998, Richard Green effectua un suivi médical d'enfants issus de couples transparentaux entre l'âge de 3 ans à celui de 20 ans. Il constata qu'ils ne présentaient pas d'atteintes significatives sur le plan sexuel et identitaire ^{16 17}. D'ailleurs, en 2006, on constata que ces enfants ne présentaient pas de difficulté à s'approprier la transition de leur parent, arrivant même à trouver de nouvelles manières de les nommer. Cela leur permettait d'ajuster cette nouvelle identité de genre au lien de parenté qu'ils partageaient auparavant ²⁰. Ainsi, le statut parental ne semble pas immuable à l'identité sexuelle du parent en question, mais plutôt influencé par l'histoire familiale ¹³. En 2007, Sally Hines se focalisa sur la manière dont ces enfants accueillaient le parcours de transition de leurs parents. Elle montra la nécessité de considérer la transparentalité comme une parentalité à part entière ²¹. Cette même année, aux États-Unis, le suivi de 27 personnes MtF et leurs 55 enfants de 8 à 35 ans ne mit pas en évidence de taux significatif de troubles psychologiques. Néanmoins, plus les enfants étaient jeunes au moment du parcours de transition de leur parent, plus l'acceptation de celle-ci était aisée ^{18 22}. En 2013, Colette

Chiland, Psychiatre et présidente d'honneur de la SOFECT (Société Française d'Étude et de prise en Charge de la Transidentité), a montré que les enfants issus de familles avec un des parents MtF ne confondent pas leur père et leur mère et que ce père ne devient pas, par la suite, une « nouvelle mère ». Aucun diagnostic de trouble de l'attachement n'a alors été diagnostiqué chez ces enfants dont le développement psychomoteur et cognitif demeurait préservé ²³.

Bien que souvent privées de leur capacité reproductive au travers de leur prise en charge hormonale et/ou chirurgicale, les personnes transidentitaires n'en perdent pas pour autant leur désir de parentalité : 47% des personnes transidentitaires envisagent une grossesse au moyen de leurs propres gamètes dont plus de 50 % des personnes FtM ^{24 25 26 27 28} . Or, un faible nombre décide d'entreprendre une préservation de la fertilité ^{29 30}. Cette démarche de parentalité semble ainsi faire face à des obstacles, ces derniers pouvant être liés à l'autoconservation des gamètes, l'accès à la procréation médicalement assistée ou encore à la reconnaissance de la filiation ¹². L'objectif de cette étude est donc de questionner les représentations des personnes transidentitaires quant à leurs démarches de parentalité face au contexte législatif et médical actuel. A notre sens, la démarche de parentalité se structure autour de trois questions. La première est celle du « désir » d'être parent : sans un tel désir aucune démarche n'est envisageable. La seconde question est celle des moyens disponibles pour mener à bien cette démarche. La préservation de la fertilité se trouve au cœur de cette question. L'accessibilité du projet est le troisième élément de la démarche de parentalité. En effet, un désir de parentalité associé à une préservation possible de fertilité peut se trouver entravé par de nombreux obstacles : financiers, légaux, ...

La suite de ce travail est organisée de la manière suivante. Dans une première partie, nous réalisons une revue de littérature de la transparentalité. Nous y exposons l'historique de la

préservation médicale de la fertilité pour les personnes transidentitaires avant de nous concentrer sur l'accès à la parentalité à proprement parler. Puis nous évoquons les procédés médicaux de préservation de fertilité en énumérant les modalités d'utilisations des tissus ou gamètes préservés en fonction des différentes configurations parentales. Dans une seconde partie, nous expliquons la méthodologie ayant permis de mener à bien cette étude avant d'exposer les résultats obtenus. Nous clôturons ce travail par la discussion des résultats.

II. La transparence, une revue de la littérature.

1. Historique de la préservation médicale de la fertilité pour les personnes transidentitaires

Débatte dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique de 2011, l'autoconservation de gamètes chez les personnes entamant un parcours de transition est au cœur des questions sociétales de notre décennie.

Sous tendue d'une indication médicale, l'autoconservation des gamètes est considérée comme un acte d'Aide Médicale à la Procréation (AMP), également appelée Procréation Médicalement Assistée (PMA)³¹. Selon l'article L. 2141-11 du code de santé publique, elle est autorisée pour « toutes personnes dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée »³². Cela concerne donc les personnes « en situation à risque de devenir infertiles, du fait d'un traitement toxique pour la spermatogénèse ou de tout autre acte médical ou chirurgical comportant un risque pour la fertilité »³³. Selon les recommandations HAS de 2009 relative à la prise en charge des personnes transidentitaires, « le traitement hormonal réduirait la fertilité de manière peut être irréversible et à long terme ». Ainsi, « il peut entraîner une infertilité qu'il est important d'expliquer au patient avant le début du traitement »¹⁰. Au même titre que les interventions chirurgicales entraînant une stérilité irréversible, les couples transidentitaires bénéficiant d'une prise en charge hormonale semblent donc remplir les critères permettant de prétendre à une conservation de fertilité³¹.

Depuis 1987, les demandes de prise en charge d'aide médicale de préservation avec don de spermatozoïdes ont augmenté au sein des CECOS français (Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains). A partir de 2004, ces centres ont dû également faire face à une demande accrue d'autoconservation de gamètes ou de tissu

germinal^{23 34}. Suite aux divers refus d'autoconservation de certains CECOS, le défenseur des droits a été saisi en 2013 par les associations de personnes transidentitaires afin de recueillir un consensus, celles-ci attribuant ce refus à une discrimination^{35 36 37}. Ainsi, différents experts ont été amenés à s'exprimer et se sont entendus en 2014 sur un refus des demandes de préservation de fertilité pour les personnes transidentitaires^{31 33}. Le Conseil de l'Ordre a considéré qu'il fallait répondre à des demandes justifiées par l'existence d'une infertilité pathologique³⁶. L'Académie de Médecine a proposé qu'en cas de projet parental éventuel, les personnes transidentitaires soient exclues des actes de stérilisation chirurgicale, favorisant des traitements hormonaux compatibles avec une réversibilité de la gamétogénèse³¹. Pour l'agence de biomédecine, les lois actuelles rendant impossible la réalisation ultérieure d'une AMP, la conservation des gamètes n'avait pas d'intérêt³⁸. En effet, à ce jour, la Gestion pour Autrui (GPA) et l'AMP pour les couples homosexuels sont interdites dans le cadre de la législation française³⁵. La Fédération des CECOS a, quant à elle, pointé la réversibilité des traitements ainsi que l'utilisation impossible des gamètes conservées en France^{33 36}. Malgré l'ensemble de ces avis défavorables, le Défenseur des Droits s'est exprimé en faveur d'une préservation de la fertilité, « les personnes trans pouvant (...) devenir parents après leur transition grâce à la conservation de leurs gamètes en se rendant à l'étranger »³⁹. Il a été retenu que l'article L. 2141-11 du Code de Santé Publique ne stipulait pas que la demande devait s'exprimer dans le cadre du traitement d'une pathologie et, qu'au moment de formulation de la demande, celui-ci n'imposait pas que la personne soit dans une situation de vie de couple compatible avec un accès à l'AMP^{35 39}. Cette loi ne faisait donc allusion à aucune notion d'irréversibilité de la stérilité mais bien à de possibles altérations de la fertilité, répondant ainsi au principe éthique même de la « bienfaisance »³⁶. L'objectif était bien de parer à un risque d'infertilité présenté comme un évènement aléatoire comme cela est le cas pour la prise d'un traitement hormonal de longue durée. En conclusion, une appréciation de ces demandes d'autoconservation à l'instant t (sans projection dans l'avenir) a ainsi été

demandée au CECOS. En 2018, la fédération des CECOS s'est donc finalement accordée sur un consensus. L'accueil fut néanmoins très inégalitaire au sein des différentes structures, mettant en avant d'importantes disparités régionales ^{40 41}. Généralement, les refus des CECOS étaient motivés par la non-conformité entre l'état civil de la personne et la nature de ses gamètes ¹². Ainsi de nombreux couples transparentaux transidentitaires se rendaient chaque année dans les cliniques belges ou espagnoles afin de procéder à une conservation de leurs gamètes. Il existait donc une véritable discrimination à l'accès à la parentalité en fonction des capacités financières. En effet, à titre d'exemple, l'autoconservation des gamètes pendant les deux premières années et l'insémination sont respectivement facturées 180 euros et 800 euros en Belgique, le coût d'une ponction ovocytaire pouvant s'élever à 4000 euros ^{12 41}. Dans ce contexte, en Juillet 2019, l'association des parents et futurs parents gays et lesbiens a avancé dans un communiqué, la demande d'une « reconnaissance de la diversité des familles » afin « d'acter une égalité de droits entre toutes les familles (..) quelle que soit l'orientation sexuelle ou l'identité de genre des parents, et le mode de conception des enfants » ⁴². En Juin 2020, le défenseur des droits a fait un rappel à l'ordre, « en recommandant au Ministère des Solidarités et de la Santé de diffuser une circulaire visant à garantir le recueil, la conservation et la prise en charge financière des gamètes des personnes transgenres dans l'ensemble des CECOS du territoire » ⁴³.

A l'échelle internationale, différentes organisations tel que la WPATH ou l'Endocrin Society ont également émis des recommandations quant à la délivrance d'une information sur la préservation de la fertilité avant tout traitement chez les patients transidentitaires ainsi que sur la prise en charge en AMP et les techniques utilisées ^{44 45}.

2. L'accès à la transparence

Pour les personnes transidentitaires souhaitant devenir parents, il existe différents projets parentaux possibles ¹¹. Depuis l'autorisation du mariage entre personnes de même sexe,

l'adoption est légalement possible mais semble encore très difficile d'accès ⁴⁶. La possibilité d'entreprendre un projet de parentalité par procréation naturelle concerne les personnes transidentitaires ayant conservé leurs organes génitaux ; ce qui les rendant non stériles par le caractère partiel de leurs transformations. Cet accès à la parentalité englobe les configurations suivantes :

- la personne MtF en couple avec une Femme cisgenre, formant un couple transparental transidentitaire homosexuel lesbien ;
- la personne FtM en couple avec une Homme cisgenre, formant un couple transparental transidentitaire homosexuel gay. Comme exemple, citons Thomas Beatie, plus connu sous le nom du « premier homme enceint » qui a pu donner naturellement naissance à ses trois enfants en 2008, 2009 et 2010 ⁴⁷. De même, en 2017, Trystan Reese a partagé médiatiquement avec son compagnon, sa grossesse et la naissance de son petit garçon ⁴⁸ ;
- le couple de deux personnes transidentitaires de sexe biologique opposé, formant un couple transparental transidentitaire hétérosexuel ⁷. Cela a été le cas de Nick Bowers, un père FtM qui a pu porter l'enfant conçu avec sa compagne MtF ⁴⁹.

Pour les autres configurations conjugales, l'unique manière d'accéder à la parentalité est d'entrer dans un parcours d'aide médicale à la procréation avec ou non autoconservation de gamètes au préalable.

3. Les procédés médicaux de préservation de la fertilité

Les procédés entrepris lors de la préservation de la fertilité sont établis et réglementés par l'Agence de Biomédecine depuis 2013 ⁵⁰. L'ensemble de ces actes sont remboursés par la sécurité sociale s'il s'effectue dans le cadre d'une prise en charge d'AMP pour une stérilité médicalement constatée ⁵¹.

3.1. L'autoconservation de gamètes

Médicalement, les gamètes masculins ou spermatozoïdes peuvent être congelés afin d'être conservés pendant plusieurs années sans pour autant perdre leurs capacités de fécondation⁵¹. La congélation des gamètes est définie comme « un procédé biologique qui vise à cryoconserver les ovocytes ou les spermatozoïdes afin de préserver la fertilité d'un individu, lorsque celle-ci risque d'être prématurément altérée par une pathologie ou un traitement toxique pour ses cellules germinales ou en vue d'un don pour un couple tiers. La congélation de gamètes peut également s'effectuer avant la mise en œuvre d'une AMP (congélation des spermatozoïdes à usage autologue avant AMP) ou au cours d'une AMP (congélation des ovocytes à usage autologue). » Parallèlement, la conservation des tissus germinaux est établie comme « un procédé biologique qui vise à conserver par congélation tout ou partie d'une gonade féminine ou masculine afin de préserver la fertilité d'un individu, lorsque celle-ci risque d'être altérée par une pathologie ou un traitement particulièrement toxique pour son tissu germinal.⁵⁰ »

Une conservation des spermatozoïdes est envisagée lorsque la personne doit subir une prise en charge médicale pouvant à terme perturber, supprimer la spermatogénèse ou modifier la fonction éjaculatoire de celui-ci. D'un point de vue légal, seule la personne ayant effectué cette conservation pourra jouir du droit de son utilisation au sein du CECOS. Le recueil s'effectue généralement par auto-masturbation en laboratoire après une période d'abstinence sexuelle de 3 à 5 jours. Néanmoins, il est possible que celui-ci s'effectue dans les urines au cas d'éjaculation rétrograde intra-vésicale ou au travers d'un prélèvement intra-testiculaire dans l'épididyme ou le canal déférent. Un minimum de 2 prélèvements est nécessaire pour un résultat optimal. Les spermatozoïdes ainsi prélevés sont transportés vers un centre agréé au sein d'un milieu de culture dont la température se devra d'être le plus physiologique possible (34 à 37°). Les spermatozoïdes préparés sont ensuite mélangés à un milieu cryoprotecteur avant de les conditionner sous forme de paillettes. Puis, l'ensemble est congelé lentement

afin d'être conservé dans l'azote liquide à -196° . L'efficacité est néanmoins inégale du fait de la variabilité de la tolérance du sperme aux modifications thermiques ^{50 51}.

Concernant les gamètes féminins ou ovocytes, le prélèvement se réalise de manière chirurgicale le lendemain d'une injection d'hCG permettant de déclencher l'ovulation. La ponction intra-ovarienne du liquide folliculaire s'effectue sous échographie par sonde endovaginale. Les ovocytes prélevés sont ensuite comptés et triés au moyen d'un loupe binoculaire. Le résultat attendu est l'obtention de 5 à 10 ovocytes. La procédure de conservation par congélation s'effectue par vitrification, technique de congélation rapide visant à « améliorer le procédé biologique de congélation des gamètes appliqué aux ovocytes en vue de cryoconservation » ^{50 52}.

3.2. La conservation des tissus germinaux.

Le tissu germinal est défini comme « le tissu qui est situé dans la gonade féminine (l'ovaire) ou masculine (le testicule) et qui renferme les cellules germinales. Les cellules germinales sont les cellules du testicule ou de l'ovaire dont la maturation aboutit aux gamètes féminines (les ovocytes matures) ou masculins (les spermatozoïdes). »

La conservation des tissus germinaux consiste à la préservation d'une partie ou de l'intégralité de la gonade féminine ou masculine. Concernant le tissu ovarien, l'objectif est la protection des ovocytes immatures contenus dans les follicules ovariens primordiaux. Ainsi, le prélèvement ovarien s'effectue au cours d'une prise en charge chirurgicale par coelioscopie avant d'être transporté vers le laboratoire effectuant la préservation. Le fragment ovarien est ensuite préparé au sein d'un milieu cryoprotecteur après avoir été fractionné. Le processus de congélation est identique à celui des gamètes. ⁵⁰ La technique de conservation du tissu testiculaire diffère quant à elle entre l'adulte et l'enfant pré-pubère. La spermatogénèse étant présente et complète chez l'Homme adulte, le prélèvement par biopsie testiculaire permet une congélation des gamètes comme exposée précédemment. Chez l'enfant pré-pubère, la

spermatogénèse n'est pas encore enclenchée. La congélation du tissu testiculaire permet donc la protection des cellules germinales immatures, les cellules de Sertoli et celle de Leydig contenues dans les tubes séminifères, au moyen de prélèvement de fragment testiculaire. Les cellules germinales immatures et les cellules de Sertoli sont indispensables à la fertilité de l'Homme. Les cellules de Leydig sont quant à elle centrales dans la production hormonale masculine ⁵⁰. Bien que la procédure de prélèvement soit propre à chaque tissu, la technique même de congélation est identique à celle exposée pour le tissu ovarien. Ces conservations étant généralement entreprises pour les enfants pré-pubères ou les adolescents, elles sont peu fréquentes dans le cadre d'autoconservation chez les personnes transidentitaires ³¹.

3.3. Les modalités d'utilisations des tissus ou gamètes préservés en vue d'un projet de parentalité

Les différents procédés biologiques répertoriés en vue d'une AMP sont :

- l'insémination intra-utérine (IAU), consistant à recueillir et préparer le sperme du conjoint ou d'un donneur pour l'injecter directement dans l'utérus de la femme de façon synchronisée avec l'ovulation ⁵³ ;
- la fécondation in vitro standard (FIV), consistant à « réaliser au laboratoire (in vitro) la fécondation en mettant en présence les gamètes masculins et féminins en vue du transfert du (des) embryon(s) dans l'utérus » ⁵⁰ ;
- la fécondation in vitro par ICSI consistant « à réaliser au laboratoire la fécondation d'un (de plusieurs) ovocyte(s) mature(s) en injectant un spermatozoïde directement dans le cytoplasme ovocytaire en vue du transfert d'un (de plusieurs) embryon(s) dans l'utérus » ⁵⁰.

Les modalités d'utilisation des gamètes congelés sont fonction de la quantité et de la qualité du prélèvement décongelé ainsi que du schéma parental.

Il y a trois configurations pouvant amener à envisager l'utilisation des gamètes masculins ³¹.

La personne MtF et sa compagne entrevoient un projet parental (**Figure 1**). Il conviendrait alors ainsi d'utiliser les spermatozoïdes conservés avant transition en vue d'une insémination intra-utérine ou d'une fécondation in vitro chez la partenaire cisgenre. Actuellement, cette possibilité n'est pas envisageable du fait de l'interdiction d'accès à l'AMP pour les couples lesbiens.

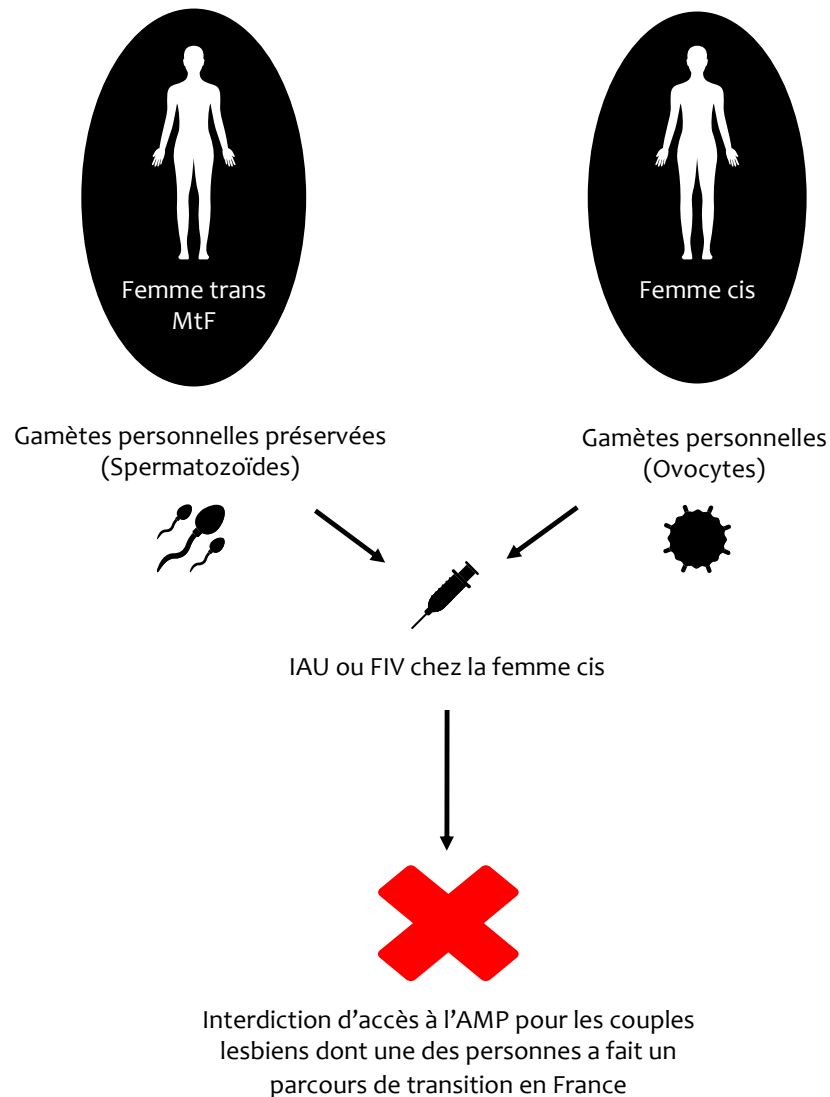


Figure 1. Configuration parentale d'un couple Femme trans (MtF) / Femme cis

La personne MtF et son compagnon entrevoient un projet parental (**Figure 2**). Il conviendrait alors d'utiliser les spermatozoïdes conservés avant transition en vue d'une insémination intra-utérine d'une mère porteuse. Actuellement, cette possibilité n'est pas envisageable du fait de

l'interdiction de la GPA en France. De plus, la nécessité d'utilisation des gamètes masculins conservés pourrait être remise en cause par l'existence de ceux du partenaire cisgenre.

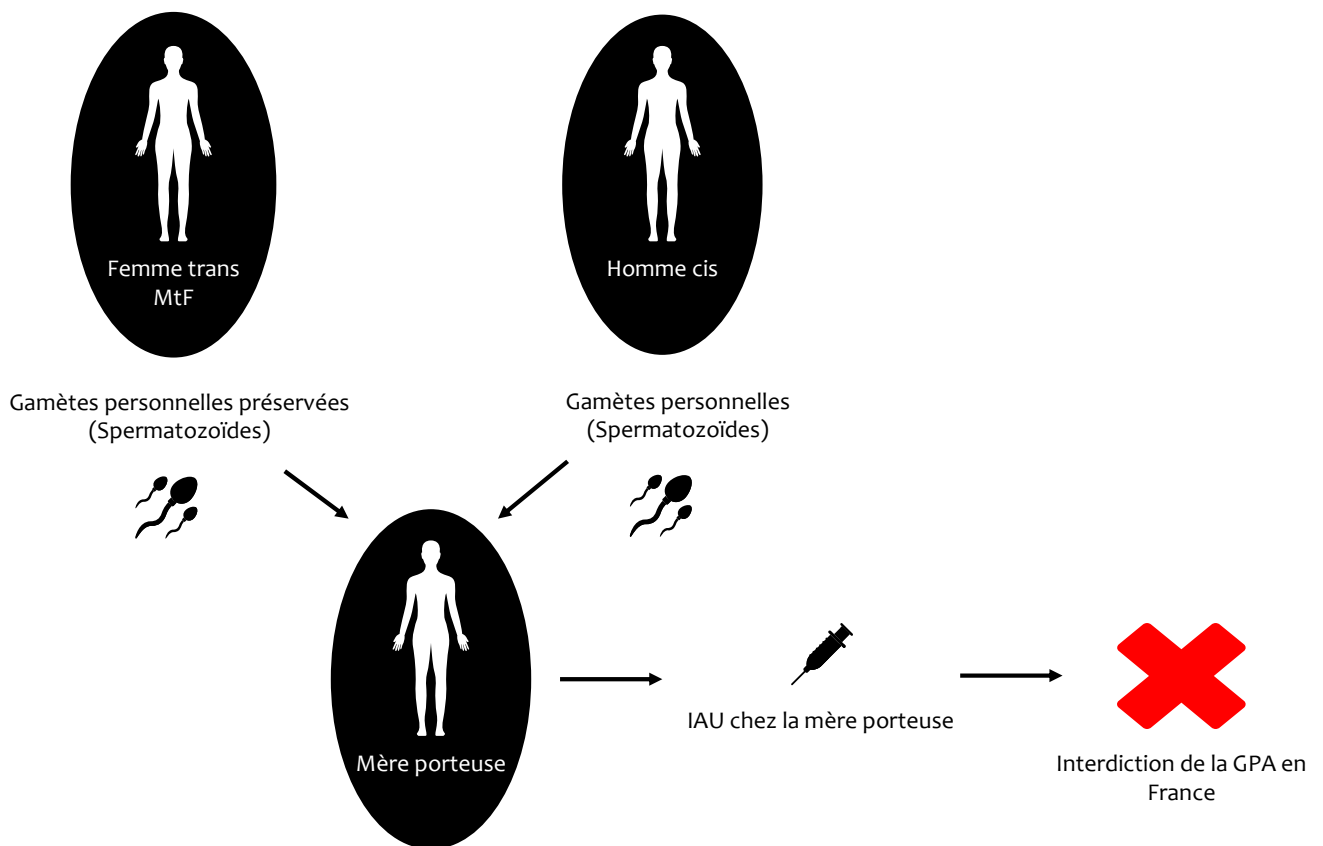


Figure 2. Configuration parentale d'un couple Femme trans (MtF) / Homme cis

La personne MtF entrevoit un projet parental avec une personne FtM (**Figure 3**). Dans ce cas de figure, le couple, après changement d'état civil, formerait une union hétérosexuelle et l'accès aux techniques d'AMP serait envisageable si la personne FtM n'a pas subi d'intervention chirurgicale de désignation sexuelle.

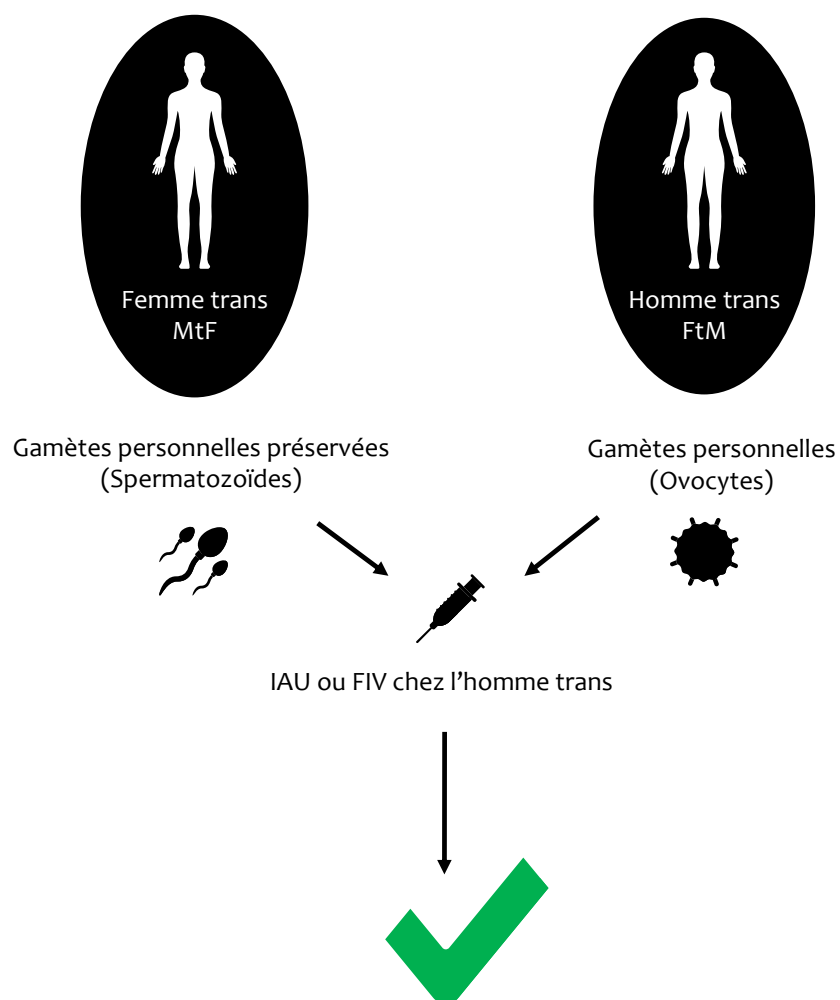


Figure 3. Configuration parentale d'un couple Femme trans (MtF) / Homme trans (FtM)

Les ovocytes préservés permettent d'établir deux situations concernant leurs utilisations ultérieures.

- La personne FtM et son compagnon entretiennent un projet parental (**Figure 4**). Il s'agirait d'utiliser les spermatozoïdes du partenaire pour féconder in vitro les ovocytes conservés afin d'implanter ultérieurement l'embryon obtenu à une mère porteuse. Comme exposée ci-dessus, la GPA étant actuellement interdite en France, cette possibilité n'est donc pas envisageable.

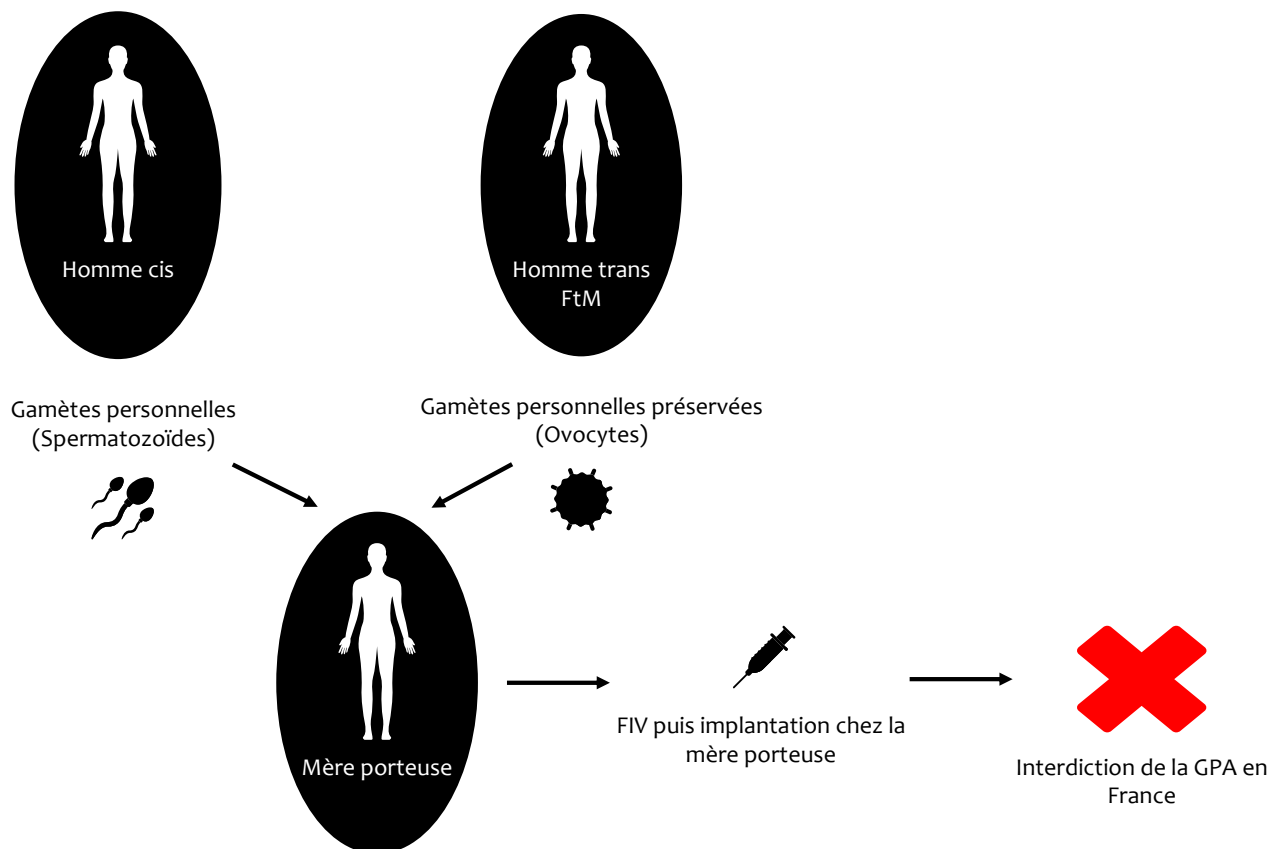


Figure 4. Configuration parentale d'un couple Homme trans (FtM) / Homme cis

- La personne FtM et sa compagne entrent en contact avec un projet parental (**Figure 5**). L'utilisation des spermatozoïdes d'un donneur serait alors nécessaire. De plus, la nécessité d'utilisation des gamètes féminins conservés pourrait être remise en cause par l'existence de celles du partenaire cisgenre.

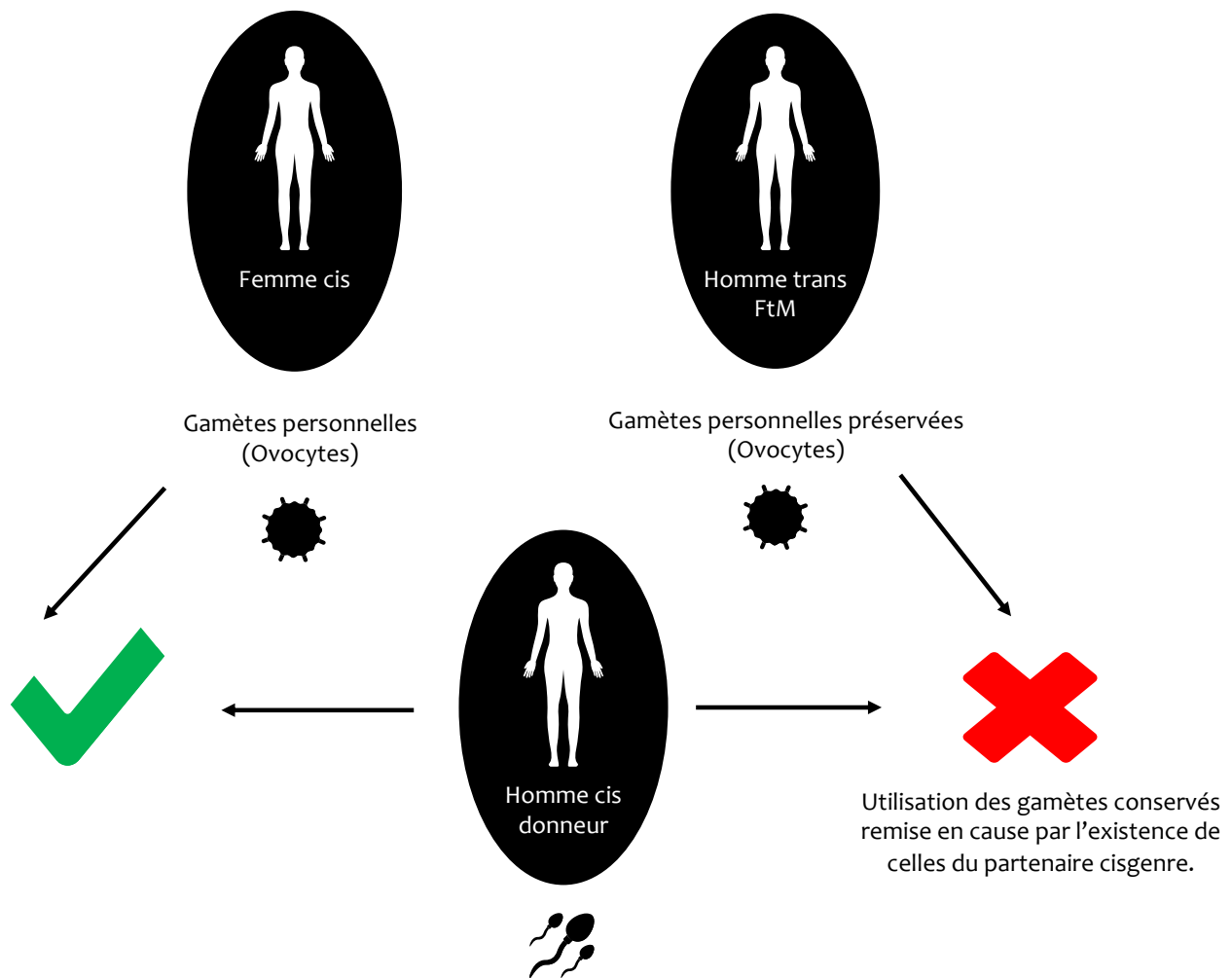


Figure 5. Configuration parentale d'un couple Homme trans (FtM) / Femme cis

La modalité d'utilisation des tissus congelés serait, après autogreffe, l'établissement ou la reprise de la gamétogénèse.

En ce qui concerne le tissu testiculaire, il n'y a, à ce jour, aucune exploitation possible de ces prélèvements ³¹. Cela diffère du tissu ovarien qui peut, quant à lui, retrouver sa fonctionnalité après autogreffe. Cela expose alors à deux situations :

- Une personne FtM et son compagnon entrevoient un projet parental. Il s'agirait de procéder à une transplantation du prélèvement tissulaire à une autre femme afin qu'elle devienne mère porteuse. Une telle intervention chez une femme cisgenre bénéficiant d'une fertilité intacte ne semble clairement pas envisageable.

- Une personne FtM et sa compagne entrentvoient un projet parental. Ainsi, comme exposé précédemment, il y aurait aucune cohérence à transplanter la partenaire cisgenre du couple si celle-ci ne présente pas d'atteinte de se fertilité.

Par conséquent, au même titre que la procréation naturelle, l'unique possibilité de recours actuel à l'AMP est celui d'une personne FtM n'ayant pas encore subi d'interventions chirurgicales de désignation sexuelle ²⁴.

4. Transparence et droit français.

Au cours des années 1990, la modification de changement d'état civil était sous tendue par une décision jurisprudentielle de la Cour de cassation. Afin d'être éligible, la personne concernée devait « présenter un syndrome de transsexualisme et avoir subi un traitement médico-chirurgical induisant des modifications corporelles irréversibles » ³⁶. Or, depuis la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle, une personne transidentitaire peut désormais entreprendre un changement d'état civil sans avoir subi d'intervention chirurgicale d'ablation des organes sexuels. ⁵⁴ Ainsi, actuellement un couple de sexe identique à l'état civil peut concevoir biologiquement un enfant. De même, les personnes FtM peuvent donner naissance à des enfants et ainsi obtenir un statut de parents ¹². Par conséquent, il est important de différencier deux cas de figure afin d'entrevoir les différents enjeux autour de l'établissement de ce lignage parental.

Premièrement, si la filiation a été établie avant le parcours de transition, la jurisprudence a conclu à une non-remise en question de celle-ci avec, de ce fait, aucune modification de l'acte de naissance de l'enfant ^{24 55 56 57}. Néanmoins, des situations de restriction de droits de visite des enfants de ses parents transidentitaires, cautionnées par la Cour européenne des droits de l'Homme, ont pu être retrouvées. En effet, sous couvert du diagnostic de « Dysphorie de genre », il a été mis en exergue « une instabilité émotionnelle du transsexuel, suite à son

changement de sexe, (...) susceptible de perturber l'intégrité physique et le développement de la personnalité du mineur »^{24 58}. De manière similaire, la garde des enfants n'est pas systématiquement confiée à la personne transidentitaire du couple après une séparation³¹.

Le deuxième de cas figure concerne la naissance postérieure au changement de sexe du parent. Actuellement, la jurisprudence ne permet pas la reconnaissance de l'enfant sous le nouveau genre. En effet, sous couvert de « l'impossibilité physiologique de concevoir », un parent MtF ne sera, par exemple, jamais reconnu comme la « mère biologique » de celui-ci⁵⁹. Le code civil délivre le statut de « mère » à la personne qui accouche et celui de « père » à celui qui reconnaît ensuite l'enfant⁶⁰.

Auparavant, comme évoqué précédemment, les filiations des personnes FtM ayant accouché étaient légalement encadrées par l'impossibilité de modification d'état civil en l'absence d'intervention chirurgicale de désignation sexuelle. L'adoption de l'enfant était alors nécessaire afin de pouvoir jouir de ses droits parentaux¹². Cela concernait aussi bien les naissances par procréation naturelle que celles obtenues par AMP. Or, la loi du 18 novembre 2016 précitée a, depuis, tout remis en question. En effet, il est à ce jour possible pour une personne FtM, ayant effectué un changement d'état civil et conservé ses organes reproducteurs, de porter un enfant et d'accoucher naturellement. De même, la personne MtF, n'ayant entrepris qu'une transformation partielle, pourra concevoir un enfant avec sa compagne cisgenre au moyen de ses gamètes masculins. Pourtant, aucun texte législatif n'encadre actuellement la filiation de ces deux cas. Si bien que par une décision en date du 14 Novembre 2018, la Cour d'Appel de Montpellier a donné naissance au statut de « parent biologique » suite à la demande de statut de « mère » d'une personne MtF après avoir eu, par procréation naturelle postérieurement à sa transition, un enfant avec sa compagne cisgenre (CA Montpellier, 14 Novembre 2018, Arrêt n°16/06059)¹². Face à ce vide juridique, l'association française des avocats LGBT+ a demandé au législateur de remédier à ce défaut d'encadrement afin de pouvoir régler la question de la filiation des personnes transidentitaires que la procréation soit

naturelle ou médicalement assistée ¹². Pour le GIAPS (Groupe d'information et d'action sur les questions procréatives et sexuelles), la problématique principale semble être la connotation de genre que revêtent les termes « père » et « mère » au sein du code civil ainsi que la filiation induite par l'accouchement. Parmi les solutions proposées, une modification sémantique par le terme « parents » pourrait déjà permettre de lisser certaines de ces aspérités ¹².

Ainsi, actuellement, les préoccupations légales concernant l'enfant à venir demeurent un facteur limitant pour les personnes transidentitaires quant au fait de devenir parents.

Concernant l'adoption, l'autorisation du mariage entre personnes de même sexe a permis d'élargir en 2013 son accès aux couples mariés dont un des partenaires a effectué un parcours de transition (Article 326 du code civil). Il en est, d'ailleurs, de même pour les personnes transidentitaires seules qui souhaiteraient adopter si l'on se rapporte à l'article 343-1 du code civil et à l'article 14 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ^{24 60 61}.

5. Transparence & obstacles factuels

Les obstacles à l'accès à la parentalité des personnes transidentitaires ont été traités dans de nombreuses études. Le coût financier est le frein le plus fréquemment cité (Tornello & al, 2017) ²⁵. En effet, la préservation de fertilité dans nombreux pays se retrouve être à la charge de la personne en parcours de transition, dévoilant une véritable discrimination financière à l'accès à la conservation de gamète et donc au fait de pouvoir devenir parent.

Dans la même étude, Tornello & al (2017) montre qu'effectuer un parcours de transition est considéré comme un obstacle important : 38% de leur échantillon expriment une gêne à la préservation de gamètes non conformes au genre ressenti ²⁵.

Un autre ensemble de freins potentiels à l'accès à la parentalité concerne l'aide médicale à la procréation. Tout d'abord, le déficit d'information sur les différentes options de procréation

médicalement assistée peut être un obstacle (Auer & Al, 2019) ²⁹. Au-delà de ce déficit, la médicalisation du parcours de PMA ainsi que l'attitude discriminante du personnel soignant lors des consultations peuvent constituer des freins à la transparentalité (Feldberg, 2017) ⁶². Par ailleurs, Chianara & Al (2019) notent que la dimension invasive, l'inconfort généré par les méthodes de préservation de fertilité et la longueur des démarches à entreprendre représentent un facteur limitant l'utilisation de ces techniques pour les populations d'adolescents transidentitaires ⁶³.

Enfin, il existe des freins sociaux à l'accès à la parentalité. Le jugement des proches et d'ailleurs celui de la société en générale sur cette potentielle transparentalité en est un premier ⁶⁴ ⁶⁵ . Un second type de frein social est la solitude : l'absence de partenaire peut être considéré comme un facteur limitant ⁶⁶.

III. Matériels et méthodes

L'objectif de cette étude est de questionner les représentations des personnes transidentitaires quant à leur « démarche de parentalité » face au contexte législatif et médical actuel. Comme expliqué dans l'introduction, nous structurons la « démarche de parentalité » autour de trois questions :

- 1- la question du « désir » d'être parent qui correspond au projet de parentalité dans son sens le plus strict ;
- 2- la question « des moyens » disponibles pour parvenir à être parent qui correspond à la préservation de la fertilité ;
- 3- la question de « l'accessibilité » du projet de parentalité intégrant les freins et les obstacles rencontrés par les personnes transidentitaires s'engageant dans un tel parcours.

1. Le choix de la méthode

Le terme « représentation » désigne étymologiquement « l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un »⁶⁷. Le dictionnaire LAROUSSE le définit comme une « perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet. »⁶⁸.

On entend par « social » ce qui est « relatif à la vie des hommes en société »⁶⁹. Ainsi, la psychologie sociale est « l'étude des processus d'interaction : interactions entre les individus, entre l'individu et les groupes, entre les groupes eux-mêmes »⁶⁹. Elle étudie la manière dont les pensées, émotions et comportements des individus sont influencés par la présence réelle, imaginaire ou implicite d'autres personnes et analyse par ailleurs l'influence des représentations sociales sur celles-ci⁷⁰. Dans le domaine social, la représentation est donc « le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe

reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique »⁷¹. Selon Denise JOUDELET, ces représentations sociales sont « une forme de connaissances socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »⁷². Ainsi, l'étude d'une représentation prend en compte la pensée des personnes face à un objet précis ainsi que la manière dont les personnes pensent et le pourquoi de cette pensée. Il s'agit donc « d'un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné »⁷³.

Selon Bonardi et Roussiau (2014), le questionnaire est « l'outil d'analyse privilégié dans l'étude des représentations sociales » permettant, au moyen de questions à choix multiples de réponse, une standardisation de l'étude menée⁷⁴.

2. Le recrutement des participants

La population de l'étude est constituée de personnes majeures ayant réalisé ou réalisant une trajectoire de transition au sein du Dispositif Transidentité(s) du Centre Hospitalier Universitaire de Lille. Le Dispositif Transidentité(s) est une équipe hospitalière pluridisciplinaire inaugurée en Janvier 2016 afin de proposer un accompagnement du parcours de transition à toutes personnes ainsi qu'à leurs proches selon les recommandations internationales de la WPATH.

3. Instrument de mesure

La collecte des données s'est effectuée au moyen de questionnaire « papier » d'une durée estimée à 10 minutes constitué de 20 questions fermées. Les questions ont été préalablement établies et validées par l'équipe de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (FR2SM). Le questionnaire a été proposé de manière systématique à toute personne consultant au sein du dispositif de Décembre 2020 à Avril 2021. Le questionnaire est structuré de la manière suivante :

- une partie explicative du projet, rappelant les objectifs de l'étude et soulignant le respect de l'anonymisation des données recueillies ;

- une première série de 12 questions permettant une caractérisation sociodémographique de chaque personne interrogée :

- Âge
- Identité de genre
- Niveau d'éducation
- Catégorie socioprofessionnelle
- Revenu net annuel
- Trajectoire de transition
- Moment de la transition
- Age de début de transition
- Situation conjugale
- Orientation sexuelle
- Nombre d'enfants à charge
- Objet de la prise en charge sur le dispositif

- une seconde série de 8 questions plus spécifiques se focalisant sur la préservation de la fertilité et la place du projet de parentalité dans la vie des personnes transidentitaires.

<p>« Moyens »</p> <p>Préservation de fertilité</p> <p>(Questions 13 à 15)</p>	<p>- Information des possibilités d'aides médicales à la préservation de fertilité</p> <p>- Conservation des gamètes en France</p> <p>- Conservation des gamètes à l'Étranger</p> <p>- Projet de conservation des gamètes en France</p> <p>- Projet de conservation des gamètes à l'Étranger</p>
--	--

<p>« Désir »</p> <p>Projet de parentalité</p> <p>(Questions 16 à 18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Information des possibilités d'accès à la parentalité - Projet futur de parentalité - Début des démarches du projet parental
<p>« Accessibilité »</p> <p>Freins au projet de parentalité</p> <p>(Question 19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de partenaire de vie. - Le jugement des proches - Le discrimination sociale - Le manque d'informations sur les techniques d'Aide Médicale à la Procréation - Le coût financier - La nécessité de retarder ou d'arrêter le traitement de résignation de sexe face à l'infertilité qu'il induit - La dimension médicale et hospitalière de l'Aide Médicale à la Procréation - La dimension invasive et l'inconfort généré par les méthodes de préservation de fertilité - La gêne au fait de préserver des gamètes non conformes au genre ressenti - La longueur des démarches à entreprendre - Les préoccupations autour du manque de protections légales de la famille en devenir
<p>« Accessibilité »</p> <p>Éléments facilitateurs</p> <p>(Question 20)</p>	

4. Aspect médico-réglementaire

Le projet a été déclaré au registre du traitement des données de l'Université de Lille auprès du délégué à la protection des données (n°202060). S'agissant d'une étude interrogeant les représentations avec un recueil anonyme de données, il n'a pas vocation à modifier la prise en charge des personnes participantes. Ainsi, une déclaration au Comité de Protection des Personnes n'a pas été nécessaire à sa réalisation.

5. Analyse statistique

Suite au recueil des données, une analyse statistique en deux temps a été effectuée.

Tout d'abord, nous avons réalisé des analyses univariées descriptives au moyen de variables quantitatives décrites par leurs moyennes et leurs écart-types et de variables qualitatives décrites par les effectifs et les pourcentages.

Dans un deuxième temps, nous avons effectué des analyses bivariées afin de tester les effets des caractéristiques des personnes transidentitaires sur les variables binaires relatives aux représentations que sont la conservation ou projet de conservation de gamète, le projet de devenir parent et l'existence de freins à ce projet. Comme caractéristiques, nous nous sommes intéressés à l'effet du « niveau d'éducation », du « type du parcours de transition », de la « situation conjugale », de « enfant à charge » et du « moment du parcours de transition ». Celles-ci ont également été redéfinies sur un mode binaire :

- pour le « niveau d'éducation », les réponses « CAP - BEP – Équivalent », « Brevet des collèges – BEPC » et « Certificat d'études primaires - Aucun diplôme » ont été réunies sous l'appellation « Niveau inférieur au baccalauréat ».

Les réponses telles que « diplôme de 3e cycle universitaire – Doctorat – Ingénieur – Grandes écoles », « Diplôme de 2e cycle universitaire », « Diplôme du 1e cycle universitaire, BTS, DUT, ou équivalent, niveau BAC+2 » et « Baccalauréat général, technologique, professionnel

– Équivalent » ont été quant à elles réunies sous l'appellation « Niveau supérieure ou équivalent au baccalauréat »

- pour la « situation conjugale », les réponses « en couple » et « vie maritale » ont été regroupées sous l'appellation « en couple » ;

- pour le « moment du parcours », les réponses « milieu », « fin » et « transition terminée » ont été regroupées sous l'appellation « Parcours avancé ».

Les proportions ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi² pour les variables qualitatives respectant les conditions d'effectifs et à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient < 5 . Les résultats étaient significatifs lorsque p-valeur $< 0,05$.

IV. Description statistique & résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

1.1. Représentativité de l'échantillon

Entre Décembre 2020 et Avril 2021, 53 personnes ont consulté un psychiatre sur le Dispositif Transidentité. Le questionnaire a été soumis à ces 53 personnes constituant donc notre population initiale. Sur ces 53 personnes, 36 y ont répondu de manière partielle ou complète, constituant ainsi notre échantillon. Tout tirage non aléatoire d'un échantillon dans une population peut entraîner des biais ne permettant pas de généraliser les résultats obtenus sur l'échantillon à la population originelle. Le **tableau 1** montre que ces potentiels biais n'affectent pas notre échantillon de 36 personnes.

Tableau 1. Tableau de représentativité de l'échantillon par rapport à la population

	Population globale N = 59	Échantillon N = 36	<i>p</i>
Age, m (sd)	27.2 (11.2)	24.7 (9.2)	0.5
Trajectoire, n (%)			0.805
Parcours de féminisation	34 (57.6)	19 (52.8)	
Parcours de masculinisation	25 (42.4)	17 (47.2)	
Situation conjugale, n (%)			0,82
Célibataire	37 (68.5)	23 (63.9)	
En couple	17 (31.5)	13 (36.2)	

1.2. Caractéristique sociodémographique de l'échantillon

Le **tableau 2** présente les données sociodémographiques ainsi que les caractéristiques des parcours de transition de l'échantillon au moyen des questions 1 à 12 du questionnaire.

Les personnes ayant répondu au questionnaire avaient une moyenne d'âge de 25 ans (24,7 ans) s'étalant de 15 ans à 49 ans. 72% avaient un niveau d'éducation supérieur ou équivalent

au baccalauréat. La majorité des répondants était des personnes célibataires (64%) sans enfants à charge (88,6%) sans type d'orientation sexuelle prévalent. Pour les 4 personnes déjà parents, leurs enfants avaient été conçus biologiquement avant leur parcours de transition.

Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon (**Question 1 à 12**)

		N	36
Données sociodémographiques			
Age, m (sd)			24.7 (9.2)
Niveau d'éducation (%)			
	Aucun diplôme		3 (8.3)
	Brevet		6 (16.7)
	CAP – BEP		4 (11.1)
	Baccalauréat		10 (27.8)
	1e cycle universitaire		7 (19.4)
	2e cycle universitaire		4 (11.1)
	3e cycle universitaire		1 (2.8)
	NA		1 (2.8)
Situation conjugale, n (%)			
	Célibataire		23 (63.9)
	Couple		11 (30.6)
	Vie maritale		2 (5.6)
Orientation sexuelle, n (%)			
	Attrance / Femme		8 (22.2)
	Attrance / Homme		9 (25.0)
	Bisexuelle		13 (36.1)
	Pansexuelle		2 (5.6)
	Asexuelle		2 (5.6)
	Autre		1 (2.8)
	NA		1 (2.8)
Enfants à charge, n (%)			
	Oui		4 (11.1)
	Non		31 (86.1)
	NA		1 (2.8)
Transition			
Trajectoire, n (%)			
	Masculinisation		17 (47.2)
	Féminisation		19 (52.8)

Moment de la transition, n (%)		
	Début	18 (50.0)
	Milieu	13 (36.1)
	Fin	2 (5.6)
	Terminée	2 (5.6)
	NA	1 (2.8)
Age début de la transition, m (sd)		21.8 (9.1)
Prise en charge au sein du dispositif, n (%)		
	Recueil d'information	6 (16.7)
	Hormonale	29 (80.6)
	Chirurgicale	31 (86.1)
	Préservation de la fertilité	12 (33.3)
	Orthophonique	9 (25.0)
	Dermatologique	7 (19.4)
	Assistance juridique	9 (25.0)

19 répondants effectuaient un parcours de transition de féminisation (53%) contre 17 pour un parcours de masculinisation (47%). Ce parcours débutait préférentiellement autour de 21 ans (21,8 ans). L'objet de consultation sur le dispositif était principalement une demande de prise en charge chirurgicale (86%) et/ou hormonale (80%).

2. Analyse descriptive de l'échantillon

2.1. Représentations & préservation de fertilité

Sur les personnes interrogées, 89% ont déclarés avoir reçu une information relative à la préservation de fertilité. Le contenu de cette information était préférentiellement la conservation de spermatozoïdes éjaculés pour les personnes effectuant un parcours de féminisation (100%) et la conservation d'ovocytes pour les personnes effectuant un parcours de masculinisation (93,75%) (**Tableau 3**)

Tableau 3. Type d'information reçu sur la préservation de fertilité en fonction de la trajectoire de transition

	Parcours de masculinisation N = 16	Parcours de féminisation N = 16
Conservation de spermatozoïdes éjaculés	1 (6.25)	16 (100.0)
Conservation de spermatozoïdes prélevés chirurgicalement	1 (6.25)	4 (25.0)
Conservation d'ovocytes	15 (93.75)	0 (0.0)
Conservation de tissu ovarien	5 (31.25)	0 (0.0)

18,9% des personnes avaient déjà conservé leurs gamètes avant de compléter le questionnaire et 33% prévoyaient de le faire en France ou à l'étranger (**Figure 6**).

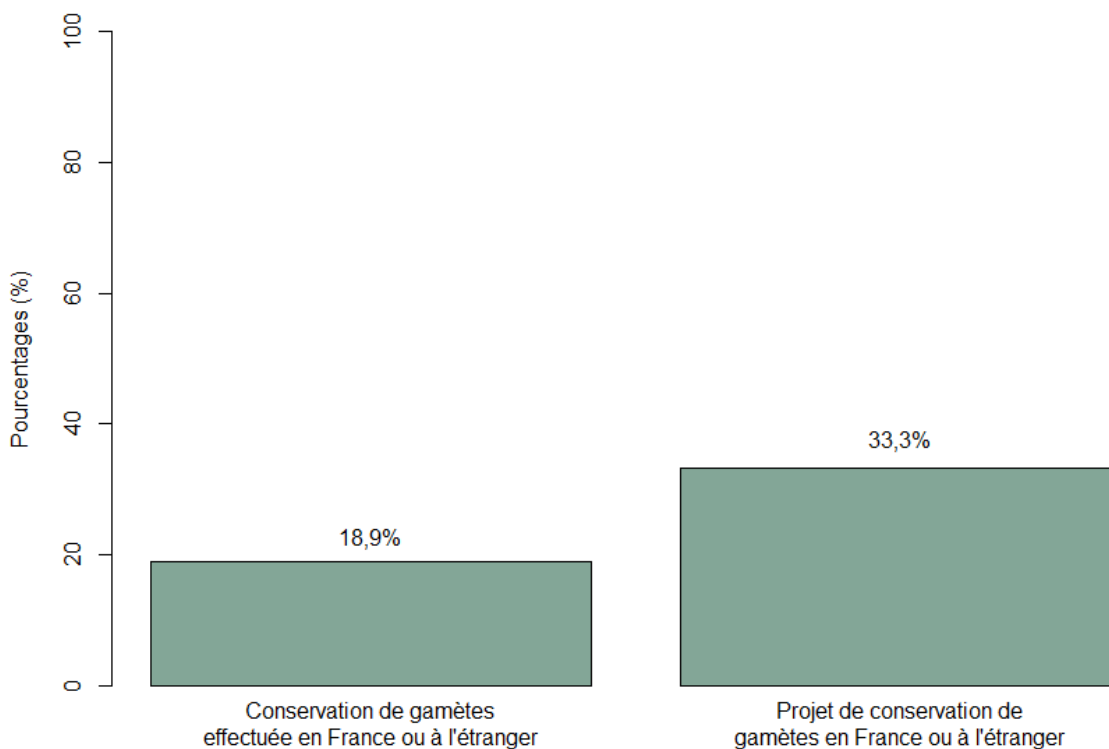


Figure 6. Prévalence des répondants ayant ou souhaitant effectuer une préservation de leur fertilité

2.2. Représentations & projet de parentalité

72% des personnes interrogées ont déclarés avoir reçu une information relative aux projets parentaux envisageables et ce, préférentiellement sur la grossesse avec aide médicale à la procréation (88,5%).

66,7% des répondants avaient un projet de parentalité (**Figure 7**).

La procréation médicalement assistée (75%) ainsi que l'adoption (70%) s'inscrivaient comme les types de projet préférentiels de ces personnes (**Figure 8**).

Concernant la procréation médicalement assistée, le projet était pensé après leur parcours de transition (100%) dans un délai supérieur ou égal à 1 an (100%). Les personnes concernées se projetaient dans une aide médicale à la procréation préférentiellement en France (72,2%), au moyen de leurs gamètes (72,2%) et avec leur conjoint(e) comme porteur de l'enfant (66,7%).

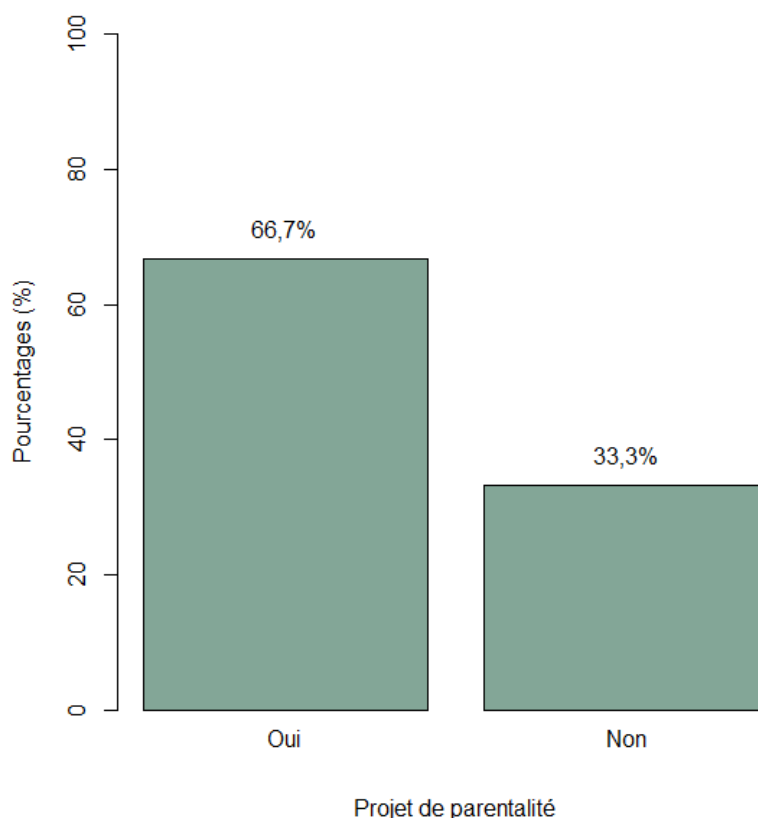


Figure 7. Prévalence des répondants ayant un projet de parentalité

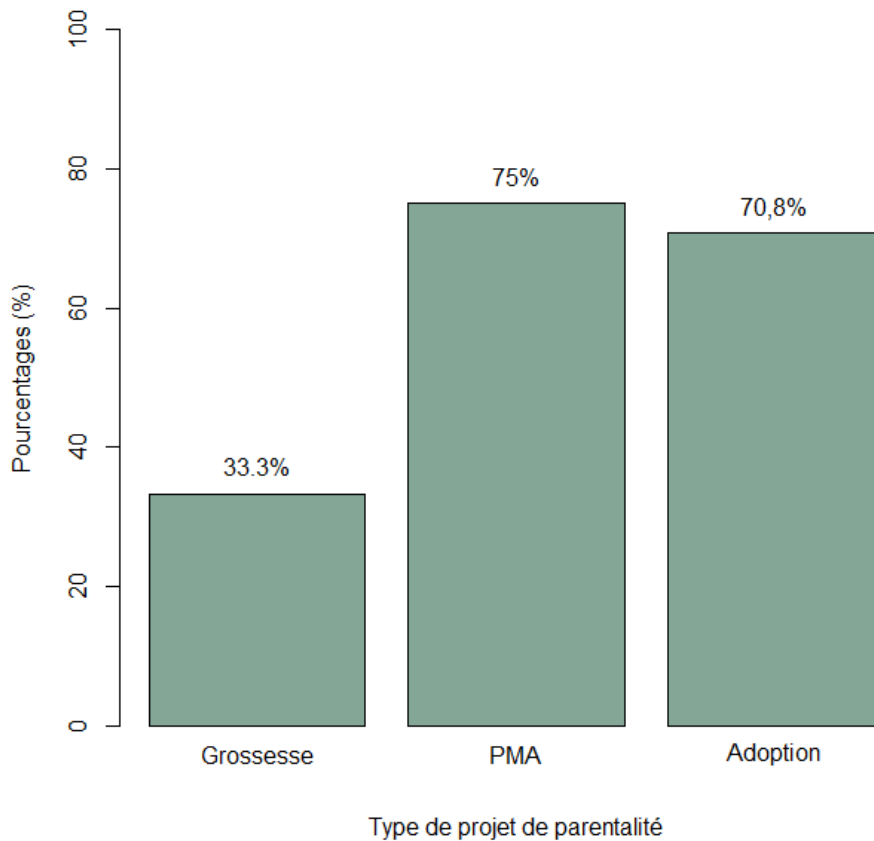


Figure 8. Prévalence des types de projets des répondants souhaitant devenir parents.

2.3. Représentations & freins / facilitateur au projet de devenir parents

55,6 % des répondants déclaraient avoir des freins à mener à bien leur projet de parentalité. Parmi ces freins, l'absence de partenaire, le coût financier, la longueur des démarches à entreprendre ainsi que la protection légale de la famille en devenir ressortaient comme les plus importants (**Figure 9**).

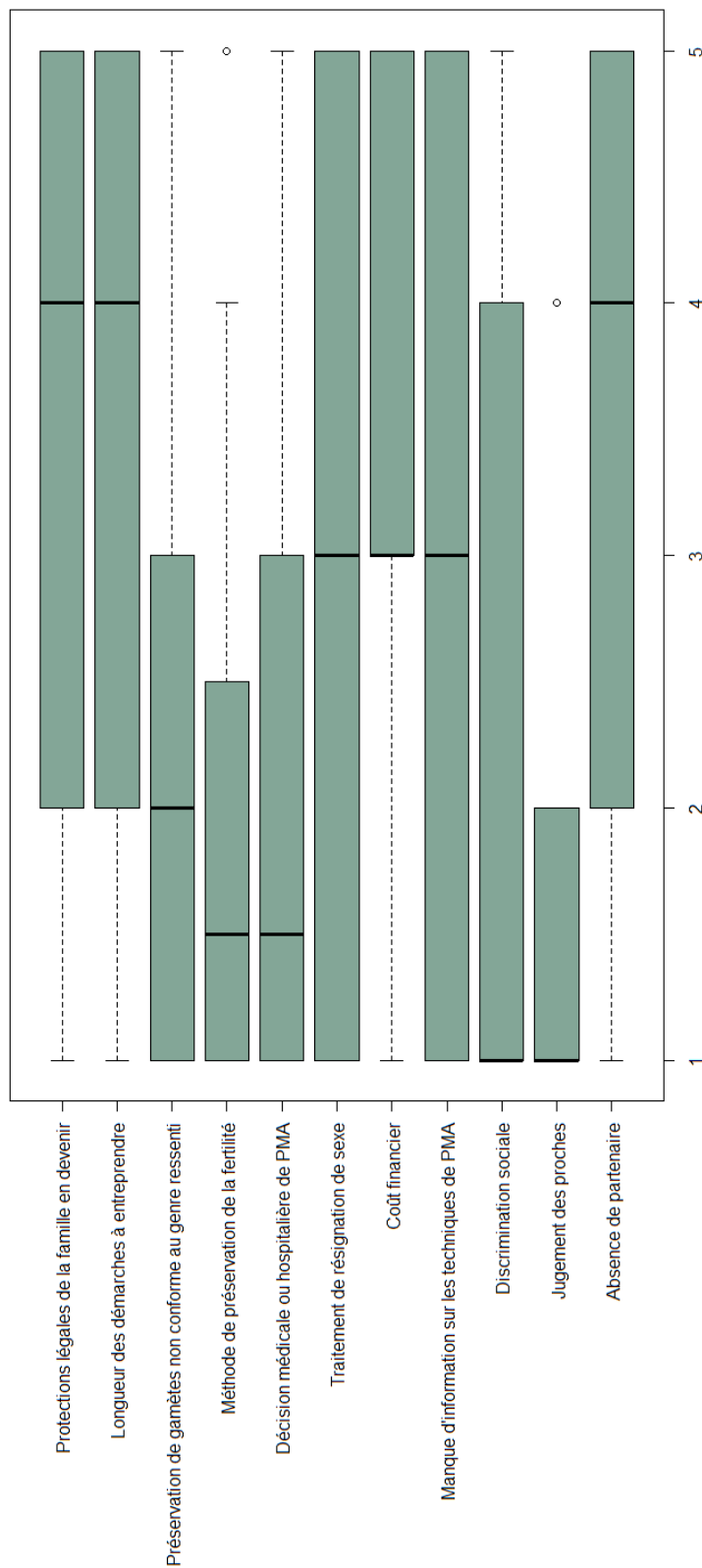


Figure 9. Freins au projet de parentalité

En revanche, aucun des répondants n'a pu exprimer de facteurs facilitateurs à leur projet de parentalité.

3. Analyse des facteurs influençant le projet de devenir parent des personnes transidentitaires

Le **tableau 4** présente les résultats de l'analyse bivariée décrite à la section « Matériels et méthodes » dans laquelle la démarche de parentalité est étudiée à travers les trois aspects que sont, la conservation ou projet de conservation de gamètes, le projet de parentalité ainsi que la présence de freins à ce projet. Ces 3 aspects sont étudiés en fonction du type de parcours de transition, de la situation conjugale, du moment du parcours de transition, de l'existence d'enfant avant le parcours de transition et du niveau d'éducation.

Tableau 4. Comparaison des caractéristiques en fonction de la conservation ou projet de conservation de gamète, du projet de parentalité ainsi que de la présence de freins.

	« Moyens » Conservation ou projet de conservation de gamètes, n (%)	« Désir » Projet de parentalité, n (%)	« Accessibilités » Présence de freins, n (%)
Type de parcours de transition			
Parcours de masculinisation N = 17	9 (52.9)	13 (76.5)	9 (52.9)
Parcours de féminisation N = 19	8 (42.1)	11 (57.9)	11 (57.9)
p	0.404	0.238	0.851
Situation conjugale			
Célibataire N = 23	9 (39.1)	15 (65.2)	12 (52.2)
Couple N = 13	8 (61.5)	9 (69.2)	8 (61.5)
p	0.238	0.806	0.686
Moment du parcours de transition			
Début de transition N = 18	10 (55.6)	13 (72.2)	9 (50.0)
Transition avancée N = 17	7 (41.2)	10 (58.8)	11 (64.7)
p	0.395	0.404	0.380

Enfants avant le parcours de transition			
Enfants N = 4	1 (25)	2 (50)	1 (25)
Pas d'enfants N = 31	16 (51.6)	21 (67.7)	19 (61,3)
<i>p</i>	<i>0,27</i>	<i>0,49</i>	<i>0,18</i>
Niveau d'éducation			
Niveau inférieur au Baccalauréat N = 13	11 (50)	12 (92,3)	7 (53.8)
Niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat N = 22	5 (38.5)	6 (54.5)	12 (54.5)
<i>p</i>	<i>0,52</i>	<i>0.02**</i>	<i>0,97</i>

Le **tableau 4** montre que seul le niveau d'éducation influence significativement la démarche de parentalité à travers le projet de devenir parent (p à 0,02%). Plus le niveau d'éducation est faible, plus le désir de parentalité est important.

V. Discussion

Le désir de parentalité est le premier élément constituant la démarche de parentalité. Les résultats de notre étude montrent que 66,7% des personnes interrogées ont un tel projet. Parmi elles, une très large majorité (75%) envisage une procréation médicalement assistée, cette procréation devant être faite pour 72,2% au moyen de leur propres gamètes. L'importance de ce lien de parenté « biologique » n'est pas spécifique à notre échantillon. Tornello & al (2017) observent qu'une majorité des personnes transidentitaires désire ce lien avec leurs futurs enfants, justifiant leur volonté de recourir à une aide médicale à la procréation²⁵. Ainsi, le besoin de « parenté biologique » présent chez les personnes transidentitaires ne diffère pas de celui naturellement observé dans le reste de la population⁷⁵.

Mais, si le désir d'être parent est marqué, il semble surprenant de constater, d'une part, qu'un faible nombre des personnes interrogées (18,9%) ait conservé leurs gamètes avant de compléter le questionnaire, mais surtout, que seulement 33% prévoit de le faire.

Cette contradiction entre un fort désir d'être parent et une faible proportion de préservation de fertilité se retrouve dans l'étude de Auer & al (2017)²⁹ ; ces auteurs montrent d'ailleurs que le déficit d'information n'en est pas un facteur explicatif. Nous observons aussi ce résultat : 89% des personnes de notre échantillon déclarent avoir reçu une information concernant les techniques de préservation. Ainsi, il semble que le paradoxe entre le désir d'être parent et l'absence de volonté de conservation des gamètes ne peut pas être expliqué par un manque d'information. Une explication potentielle pourrait être les possibilités restreintes d'utilisation de ces gamètes préservés⁷⁶. En effet, cette utilisation n'est pas garantie et elle dépend de la quantité de gamètes conservée, de la réussite de la technique de préservation utilisée, mais surtout de la législation en vigueur⁷⁷. Souvenons-nous qu'en France, actuellement, l'unique possibilité de recours à l'AMP est celui d'une personne FtM n'ayant pas encore subi d'intervention chirurgicale de désignation sexuelle²⁴.

Une seconde explication au paradoxe précédent réside peut-être dans les caractéristiques de

la population interrogée. En effet, cette dernière se révèle jeune : la moyenne d'âge est de 24.7 ans. Or, en étudiant une population très jeune, composée de 68% de personnes transidentitaire âgées de 16 à 18 ans, Chiniara & al (2019) observent que, si la plupart envisage de devenir parents, il ne considère pas le « fait d'avoir des enfants » comme une priorité dans leur vie ⁶³. Ainsi, pour ces auteurs, le jeune âge représente une explication au faible taux de préservation de fertilité. D'ailleurs, dans la population générale, le désir de parentalité, bien que présent depuis la petite enfance, ne donne lieu à un projet de conception qu'autour de l'âge de 30 ans ⁷⁸.

L'accessibilité est le troisième élément constituant la démarche de parentalité. Si, aucune des personnes que nous avons interrogées observe d'éléments facilitateurs dans leur démarche de parentalité, au contraire, 55,6 % pointent l'existence de freins. Parmi les freins évoqués les plus importants sont : l'absence de partenaire, le coût financier, la longueur des démarches à entreprendre ainsi que la protection légale de la famille en devenir.

- En 2014, l'enquête annuelle de l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales) a montré que 60% des 11 000 familles interrogées considèrent que « être en couple » est une condition nécessaire à un projet de parentalité ⁷⁹. Ainsi, l'absence de partenaire semble être un frein universel à la démarche de parentalité.

- L'accès à la PMA est une démarche reconnue comme une opération de longue haleine. En effet pour un couple, on estime le délai d'attente à 1 à 2 ans pour recevoir un don de gamète : 12 à 18 mois pour un don de sperme et 12 à 24 mois pour un don d'ovocytes ⁸⁰. De plus, les chances de grossesse à l'issue d'une PMA varient entre 10 et 22% par tentative ⁸¹. Par conséquent, les démarches de conception par PMA peuvent se prolonger sur plusieurs années.

- Le coût financier est aussi un obstacle fréquemment cité dans les études américaines puisque dans ce pays, la préservation de fertilité est intégralement à la charge de la personne

transidentitaire ⁶³. Néanmoins, ce frein financier peut sembler plus surprenant en France où les techniques de conservation de gamètes dans le cadre d'un parcours de transition sont intégralement remboursées par la sécurité sociale. Une explication à ce résultat réside peut-être dans les différentes interprétations possibles de l'expression « coût financier » utilisée à la question 20 du questionnaire.

- La protection légale de la famille en devenir est également une barrière évoquée ²⁵. En effet, il existe un vide juridique englobant les questions de reconnaissance de filiation pour les enfants nés de parents ayant effectué un parcours de transition.

La seconde partie de notre discussion porte sur le résultat des analyses bivariées. Il apparaît que seul le niveau d'éducation a une influence significative sur la démarche de parentalité à travers le « désir » de devenir parent (p-value à 0,02%) : plus le niveau d'éducation est faible, plus le désir de parentalité est important. Les analyses sociodémographiques de l'INSEE en population générale mettent aussi en lumière ce lien entre le niveau de diplôme et la fécondité. Mais l'apparente causalité que nous observons entre le désir de parentalité et le niveau de diplôme pourrait être le reflet d'une relation plus complexe entre des variables non disponibles dans notre étude. En particulier, nous savons que si le niveau de vie est naturellement affecté par le niveau d'éducation, il influence aussi le niveau de fécondité. De plus, comme le montre la figure 10, cette influence est non linéaire (elle est caractérisée par une courbe en « U ») ⁸².

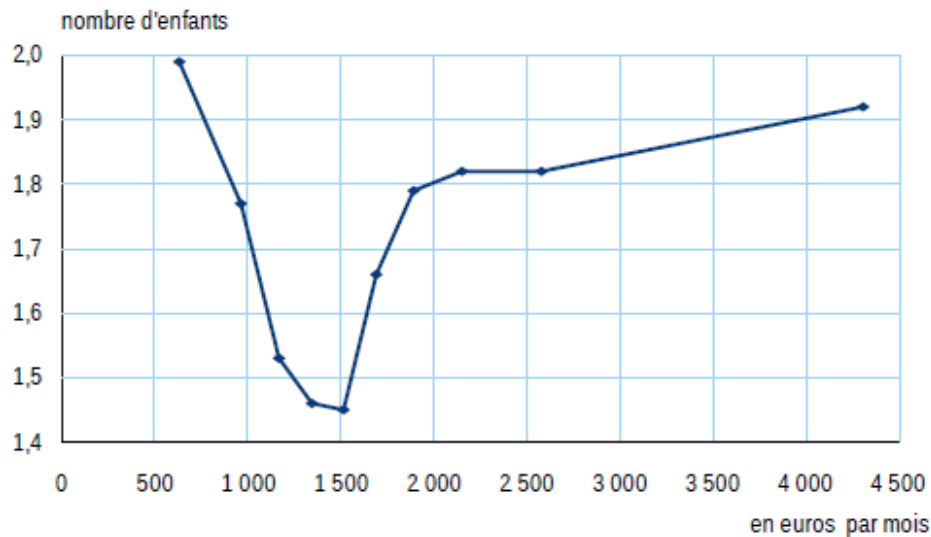


Figure 10. Fécondité selon le décile de niveau de vie

(Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent).

Dans une étude complémentaire à la nôtre, il serait alors intéressant de questionner plus précisément le lien de causalité observé entre « désir de parentalité » et « niveau de diplôme » en intégrant d'autres variables telles que le niveau de vie des personnes interrogées voire celui de leurs parents.

La dernière partie de cette discussion traite des biais présents dans notre étude. Tout d'abord, le recueil de données est monocentrique. Il a été réalisé uniquement en population clinique, soit sur des personnes se présentant à une consultation médicale en lien avec leur transidentité au CHU de Lille. Ainsi, nous n'étudions pas une représentation des transidentitaires en population générale. Il est clair, que la réalisation d'une étude au moyen d'une population non clinique aurait été largement mieux adaptée pour étudier la démarche d'accès à la parentalité des personnes transidentitaires. C'était d'ailleurs le projet initial. En effet, avant de nous intéresser à la population du Dispositif Transidentité(s) du CHU, nous avons prévu de réaliser une étude des représentations des personnes transidentitaires en population non clinique au moyen d'entretiens semi-structurés dans un lieu public non médical. Ainsi, une analyse qualitative respectant le modèle de la théorie ancrée avait été envisagée. Malheureusement, la crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid 19 qui a touché

l'ensemble des pays européens en mars 2020 a rendu impossible la réalisation d'entretiens en population générale dans un lieu non médical. En outre, la prise de contact avec les associations de personnes transidentitaires s'est révélée très difficile, ces associations ne souhaitant tout simplement pas participer à ce projet.

Au-delà du biais de sélection qui affecte notre étude centrée sur la population du Dispositif Transidentité(s) du CHU, notre analyse souffre aussi d'un nombre de réponses (36) inférieur à la population (59). Ce différentiel dans les réponses obtenues s'explique par le fait que le questionnaire délivré à la fin de chaque consultation n'était pas systématiquement restitué par les personnes faute de temps à l'issue de celle-ci. L'envoi postal du questionnaire avec la feuille de convocation à la consultation aurait peut-être permis une restitution plus exhaustive des questionnaires à l'issue des consultations.

Malgré les biais évoqués ci-dessus, cette étude est innovante. Nous sommes les premiers en France à nous intéresser aux représentations de personnes transidentitaires quant à leur démarche de parentalité et en particulier, à étudier cette démarche à travers ses trois aspects : le « désir » de parentalité, les « moyens » de la parentalité et enfin « l'accessibilité » à cette parentalité.

Enfin, l'échantillon peut sembler insuffisant ($n = 36$). Or, de la période de Décembre 2020 à Avril 2021, 59 personnes se sont présentées en consultation auprès d'un des trois pédopsychiatries du Dispositif. Ainsi, le taux de réponse obtenu de 61% est un taux très satisfaisant, reflétant l'intérêt porté par les personnes transidentitaires à la question de l'accès à la parentalité.

VI. Conclusion

Si les publications concernant les personnes transidentitaires sont nombreuses, celles traitant de la parentalité sont encore marginales (Dierckx et al., 2016) ⁸³. Or, le désir de parentalité de ces personnes est très fort, en cela il ne diffère pas de celui observé dans la population générale. La parentalité est ainsi une question importante. Dans ce travail, nous étudions les représentations des personnes transidentitaires dans leur démarche de parentalité. Ce travail est innovant puisque nous sommes les premiers à étudier de telles représentations en France.

Nous observons tout d'abord que même si le désir de parentalité ne diminue pas avec la progression dans le parcours de transition, très peu de projets parentaux sont menés à leur terme. L'explication repose sur la conjonction de plusieurs phénomènes. Le premier est, qu'en dépit d'une information largement dispensée au sein des consultations spécialisées, seule une minorité de personnes entreprend des démarches de préservation de fertilité. Or, le lien de parenté « biologique » avec l'enfant à naître apparaît comme primordial. Ensuite, l'appréhension liée au flou juridique encadrant les reconnaissances de filiation des enfants rend difficile l'accès pour les personnes transidentitaires à la possibilité de devenir parents. Un renforcement de la protection légale des familles transparentales pourrait d'ailleurs améliorer cet accès à la parentalité.

Notre étude montre aussi que des freins importants viennent entraver la démarche de parentalité tels que : l'absence de partenaire, le coût financier et la longueur des démarches à entreprendre. Ces freins ne sont pas spécifiques aux personnes transidentitaires : ils sont largement partagés avec les personnes désirant entamer un parcours d'aide médicale à la procréation ou d'adoption.

De manière générale, cette étude conforte l'importance de l'accès à l'information ainsi qu'à l'accompagnement à la parentalité dans le cadre d'une PMA pour toute personne se présentant sur le Dispositif Transidentité(s) sans préjuger de nos représentations.

VII. Bibliographie

- 1 Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Devenir* 2009; **21**: 31–60.
- 2 RACAMIER P-C. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Évolution Psychiatrique* 1961; : 526–570.
- 3 Marty F. La parentalité : un nouveau concept pour quelles réalités ?, la place du père. *Le Carnet PSY* 2003; **n° 81**: 27–33.
- 4 Solis-Ponton L. *La parentalité. Défi pour le troisième millénaire*. Presses Universitaires de France: Paris cedex 14, 2002
- 5 Barbe R. Parentalités. *Psychotherapies* 2012; **Vol. 32**: 1–2.
- 6 Monoparentalité , homoparentalité, trans parentalité en France et en Italie: Tendances,défis et nouvelles exigences RUSPINI Elisabeth. Librairie Lavoisier.
- 7 Marchand J-B. La transparentalité, une nouvelle façon d'être parent. *Dialogue* 2017; **n° 216**: 105–117.
- 8 Bernard M. *Etude des représentations, des psychiatres, de la transidentité*. .
- 9 Tamiji J. *Travail à partir de l'expérience de la Maison Dispersée de Lille: réflexion sur la création du dossier médical d'une personne transsexuelle*. 2014.
- 10 Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. .
- 11 Commissaire aux droits de l'Homme. Droits de l'Homme et identité de genre. 2009.
- 12 Louise Fessard. PMA : Le projet de loi oublie les personnes transgenres. *Mediapart* 2019.
- 13 Hérault L. Transparentalités contemporaines. *Mouvements* 2015; **n° 82**: 106–115.
- 14 Hérault L (ed.). *La parenté transgenre*. Presses universitaires de Provence: Aix-en-Provence, France, 2014.
- 15 Hines S. Intimate Transitions: Transgender Practices of Partnering and Parenting:

Sociology 2016.

- 16 Green R. Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents. *The American Journal of Psychiatry* 1978; **135**: 692–697.
- 17 Green R. Transsexuals' Children. *International Journal of Transgenderism* 1998; **2**.
- 18 White T, Ettner R. Disclosure, Risks and Protective Factors for Children Whose Parents Are Undergoing a Gender Transition. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 2008; **8**. doi:10.1300/J236v08n01_10.
- 19 Veldorale-Griffin A. Transgender Parents and Their Adult Children's Experiences of Disclosure and Transition. *Journal of GLBT Family Studies* 2014; **10**: 475–501.
- 20 Grenier M. *Papa, t'es belle*. Approche anthropologique des paternités transsexuelles. 2006; : 141.
- 21 Sally H. *TransForming gender: Transgender practices of identity, intimacy and care*. Policy Press, 2007.
- 22 White T, Ettner R. Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; **16**: 215–221.
- 23 Chiland C, Clouet A-M, Guinot M, Golse B, Jouannet P, Revidi P. Pères d'un nouveau genre et leurs enfants. *La psychiatrie de l'enfant* 2013; **Vol. 56**: 97–125.
- 24 Poure V. Vers un statut familial de la personne transsexuelle ? *Recherches familiales* 2013; **n° 10**: 175–182.
- 25 Tornello SL, Bos H. Parenting Intentions Among Transgender Individuals. *LGBT Health* 2017; **4**: 115–120.
- 26 Wierckx K. Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, Volume 27, Issue 2, 2012, 483–487
- 27 Beatie T. *Labor of Love: The Story of One Man's Extraordinary Pregnancy*. Hachette UK, 2008.
- 28 De Sutter P. Gender reassignment and assisted reproduction: present and future

reproductive options for transsexual people. *Hum Reprod* 2001; **16**: 612–614.

29 Auer MK, Fuss J, Nieder TO, Briken P, Biedermann SV, Stalla GK *et al.* Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study. *The Journal of Sexual Medicine* 2018; **15**: 757–767.

30 Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol* 2014; **124**: 1120–1127.

31 Jouannet P. Autoconservation des gamètes de personnes transsexuelles et projet parental éventuel. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2014; **198**: 613–631.

32 Markus J-P, Cristol D, Peigné J. *Code de la santé publique*. Dalloz-Sirey, 2018.

33 Avis sur la congélation des ovocytes pour convenance personnelle | www.cecos.org.

34 Prada-Bordenave E. Les membres de l'Agence de la biomédecine. 2013; : 8.

35 Clarifier l'accès des personnes transgenres à l'autoconservation des gamètes (Art. L. 2141-11 et L. 1244-2 CSP). Etats généraux de la bioéthique.

36 Hérault L. La gestion médicale de la parenté trans en France. *Enfances Familles Générations Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine* 2015.

37 eMediaCom. Signataires de la tribune PMA : « Nous demandons les mêmes droits pour toutes les femmes et leurs enfants ».

38 Agence de biomédecine. Autoconservation des gamètes de personnes transsexuelles souhaitant procéder à un traitement de réassignation sexuelle. 2014.

39 Droits DD des, droits PP de l'égalité et accès aux, Défenseur des Droits D. *Décision MLD-MSP-2016-164 du 24 juin 2016 relative à la mise en œuvre d'une procédure déclarative de changement de la mention du sexe à l'état civil*. 2016.

40 Préserver sa Fertilité | CECOS.

41 Préservation de la fertilité : les personnes transgenres exclues. Libération.fr. 2019.

42 eMediaCom. Dossier de propositions et revendications du Collectif PMA.

- 43 Droits DD des, droits PP de l'égalité et accès aux, Défenseur des Droits D. *Décision-cadre 2020-136 du 18 juin 2020 relative au respect de l'identité de genre des personnes transgenres*. 2020.
- 44 Standards of Care - WPATH World Professional Association for Transgender Health.
- 45 Gender Dysphoria/Gender Incongruence Guideline Resources.
- 46 ENQUETE France INFO. Les couples homosexuels ont le droit d'adopter, mais le peuvent-ils vraiment ? Franceinfo. 2018.
- 47 Orr J, agencies. 'Pregnant man' transsexual American Thomas Beatie has given birth to a baby girl. The Guardian. 2008
- 48 Trystan, un homme transgenre de 34 ans, a accouché d'un enfant. BFM
- 49 News ABC. Meet the Bowers: Transgender Parents Raising 2 Sons. ABC News.
- 50 Listes des procédés biologiques régulièrement utilisés en AMP et des techniques visant à améliorer les procédés biologiques autorisés. 2013.
- 51 Autoconservation de sperme - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse.
- 52 4. La ponction folliculaire. Fiv.fr. 2013.
- 53 Assistance médicale à la procréation (AMP). Inserm - La science pour la santé.
- 54 LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle | Legifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/11/18/jusx1515639l/jo>
- 55 Bertrand-Mirkovic A. *Droit civil: personnes, famille*. Studyrama, 2004.
- 56 DALLOZ Etudiant - Actualité: Point sur le transsexualisme.
- 57 N° 4127 - Proposition de loi de Mme Michèle Delaunay visant à la simplification de la procédure de changement de la mention du sexe dans l'état civil.
- 58 CEDH, 30 nov. 2010, affaire P.V. c/ Espagne, op. cit. n° 33. .
- 59 Cass. 1re civ., 18 mai 2005, Droit de la famille, Paris, Lexis-Nexis, 2005, commentaire n° 153, observations Pierre MURAT. .
- 60 Wiederkehr G, Henry X, Venandet G. *Code civil*. Dalloz, 2018.

- 61 Article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme. Wikipédia. 2019
- 62 Feldberg D. Chapter 5 - Fertility Treatment and Preservation in Transgender Men and Women. In: Legato MJ (ed). *Principles of Gender-Specific Medicine (Third Edition)*. Academic Press: San Diego, 2017, pp 61–67.
- 63 Chiniara LN, Viner C, Palmert M, Bonifacio H. Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood* 2019; **104**: 739–744.
- 64 Von Doussa H, Power J, Riggs D. Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Cult Health Sex* 2015; **17**: 1119–1131.
- 65 Mitu K. Transgender Reproductive Choice and Fertility Preservation. *AMA J Ethics* 2016; **18**: 1119–1125.
- 66 Ellis SA, Wojnar DM, Pettinato M. Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: it's how we could have a family. *J Midwifery Womens Health* 2015; **60**: 62–69.
- 67 Etymologie de REPRÉSENTATION. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/>
- 68 Larousse É. Définitions : représentation - Dictionnaire de français Larousse.
- 69 Définition de SOCIAL. <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/social>
- 70 G. W Allport. *The Handbook of Social Psychology*. McGraw Hill: New York, 1985.
- 71 Abric J-C. *Coopération, compétition et représentations sociales*. Éd. DeVal: Cousset, 1987.
- 72 Jodelet D. 1. Représentations sociales : un domaine en expansion. In: *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France: Paris cedex 14, 2003, pp 31–61.
- 73 Abric J-C. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: *Méthodes d'étude des représentations sociales*. ERES: Toulouse, 2005, pp 59–80.

- 74 Bonardi. C, Roussiau. N. *Les représentations sociales*. Dunod. 2014.
- 75 Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the 'new' advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas* 2019; **128**: 17–21.
- 76 Poure V. Vers un statut familial de la personne transsexuelle ? *Recherches familiales* 2013; n° **10**: 175–182.
- 77 T'Sjoen G, Van Caenegem E, Wierckx K. Transgenderism and reproduction. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2013; **20**: 575–579.
- 78 Les Enquêtes Nationales Périnatales. French National Perinatal Surveys.EPOPé.
- 79 Etude sur le désir d'enfant en France. (UNAF - Union nationale des associations familiales).
- 80 Quel est délai d'attente dans les CECOS ? • Fiv.fr. Fiv.fr. 2019
- 81 Agence de la biomédecine - rapport médical et scientifique.
- 82 Les femmes les plus modestes et les plus aisées ont le plus d'enfants - Insee Première - 1826.
- 83 Dierckx M, Motmans J, Mortelmans D, T'sjoen G. Families in transition: A literature review. *Int Rev Psychiatry* 2016; **28**: 36–43.

ANNEXE 1 : Questionnaire

Étude des représentations des personnes transidentitaires quant à leurs projets de devenir parents

Les objectifs du projet sont de mieux connaître les souhaits et attentes des personnes suivies dans le dispositif Transidentité(s) du CHU de Lille en termes de « devenir parents » et de déterminer les freins et les éléments facilitateurs d'accès à ce projet.

Nous vous remercions de participer à ce projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. En répondant au questionnaire suivant, vous consentez à participer à cette recherche dont les données recueillies seront anonymisées. Votre participation consiste à répondre à un questionnaire de 21 questions. Il vous faudra **moins de 10 minutes pour y répondre**. Votre participation à la recherche ne comporte aucun inconvénient attendu. Celle-ci est volontaire. Ainsi, vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer du projet à n'importe quel moment, et ce, sans terminer le questionnaire. Votre participation à ce projet est tout à fait indépendante et n'interférera en rien dans la prise en soin qui vous est actuellement proposée. Les données ne seront alors pas conservées.

Durant votre participation, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les réponses que vous fournirez. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet seront recueillis. Aucune autre information de nature personnelle n'est demandée et l'ensemble des données recueillies est totalement anonyme. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques. Celles-ci seront conservées pendant 10 ans puis détruites. Les résultats globaux de cette recherche seront consultables au terme de l'étude.

Si vous avez des questions ou problèmes en lien avec ce projet, vous pouvez communiquer avec la personne en charge de l'étude à l'adresse mail suivante : **Gaëlle.STATNIK@CHRU-LILLE.FR**

En remplissant ce questionnaire, j'atteste avoir pris connaissance du formulaire d'information et consentir volontairement et librement à participer à ce projet de recherche.

Données sociodémographiques

1/ Âge :

2/ Identité de genre :

- Masculine
- Féminine
- Autres :

3/ Niveau d'éducation

- Diplôme de 3^e cycle universitaire – Doctorat – Ingénieur – Grandes écoles
- Diplôme de 2^e cycle universitaire
- Diplôme du 1^e cycle universitaire, BTS, DUT, ou équivalent, niveau BAC+2
- Baccalauréat général, technologique, professionnel - Équivalent
- CAP - BEP - Équivalent
- Brevet des collèges - BEPC
- Certificat d'études primaires - Aucun diplôme

4/ Catégorie socioprofessionnelle :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans – Commerçants – Chefs d'entreprise
- Cadres
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité

5/ Revenu net annuel :

- 0 € - 9 999 €
- 10 000 € - 24 999 €
- 25 000 € - 74 999 €
- 74 999 € - 154 999 €
- Plus de 155 000 €

6/ Trajectoire de transition :

- Trajectoire de masculinisation
- Trajectoire de féminisation

7/ À quel moment de votre transition estimez-vous être actuellement ?

- Début de transition
- Milieu de transition
- Fin de transition
- Transition terminée

8/ A quel âge avez-vous entamer votre démarche de transition ?

9/ Situation conjugale :

- Célibataire
- En couple
- Vie maritale (Marié(e) / Pacsé(e) / Union libre)
- Divorcé(e) / Séparé(e)
- Veuve / Veuf
- Autres :

10/ Comment définiriez-vous votre orientation sexuelle aujourd'hui ?

- Attirance pour les femmes
- Attirance pour les hommes
- Bisexuelle
- Asexuelle
- Autres :

11/ Avez-vous des enfants au sein de votre foyer ?

- Oui
- Non

→ Si « Oui » :

a) **Combien avez-vous d'enfants au sein de votre foyer ?**

b) **Avez-vous des enfants adoptés au sein de votre foyer ?**

- Oui → **Combien ?**
- Non

c) **Avez-vous des enfants biologiques au sein de votre foyer ?**

- a. Oui → **Combien et de quel âge ?**
- b. Non

d) **Avez-vous eu vos enfants biologiques avant ou après votre trajectoire de transition ?**

- Avant la trajectoire de transition
- Après la trajectoire de transition

12/Concernant votre parcours de transition, quelle(s) prise(s) en charge envisagez-vous au sein du dispositif ?

- Simple recueil d'informations
- Prise en charge hormonale
- Prise en charge chirurgicale → **Selon quelle modalité ?**
 - Chirurgie du visage
 - Chirurgie du torse ou de la poitrine
 - Chirurgie des organes génitaux
 - Chirurgie de type hystérectomie avec ou non ovariectomie
 - Chirurgie de la pomme d'adam (Cricoïdectomie)
 - Chirurgie de la voix
 - Chirurgie de la silhouette
 - Chirurgie ambulatoire capillaire
- Préservation de fertilité
- Prise en charge orthophonique
- Prise en charge dermatologique
- Assistance juridique

Préservation de fertilité

13/ Avez-vous déjà été informé des possibilités d'aides médicales à la préservation de fertilité ?

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : **Lesquelles ?**

- Conservation de spermatozoïdes éjaculés
- Conservation de spermatozoïdes prélevés chirurgicalement
- Conservation d'ovocytes
- Conservation de tissu ovarien

14/ Avez-vous conservé des gamètes en France ?

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : **Lesquelles ?**

- Conservation de spermatozoïdes éjaculés
- Conservation de spermatozoïdes prélevés chirurgicalement
- Conservation d'ovocytes
- Conservation de tissu ovarien

15/ **Avez-vous conservé des gamètes à l'étranger ?**

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : **Lesquelles ?**

- Conservation de spermatozoïdes éjaculés
- Conservation de spermatozoïdes prélevés chirurgicalement
- Conservation d'ovocytes
- Conservation de tissu ovarien

- Si vous n'avez pas bénéficié d'une conservation de vos gamètes :

a) **Avez-vous pensé à conserver des gamètes en France ?**

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : **Par quelle technique ?**

- Conservation de spermatozoïdes éjaculés
- Conservation de spermatozoïdes prélevés chirurgicalement
- Conservation d'ovocytes
- Conservation de tissu ovarien

b) **Avez-vous pensé à conserver des gamètes à l'étranger ?**

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : **Quelle technique envisagez-vous utiliser ?**

- Conservation de spermatozoïdes éjaculés
- Conservation de spermatozoïdes prélevés chirurgicalement
- Conservation d'ovocytes
- Conservation de tissu ovarien

Projet de parentalité

16/ **Avez-vous déjà été informé des possibilités d'accès à la parentalité ?**

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : **Lesquelles ?**

- Grossesse sans aide médicale
- Grossesse avec aide médicale à la procréation (Don de gamète – Gestation pour Autrui)
- Adoption

Autres :

17/ Concevez-vous un projet de parentalité dans votre vie future ?

- Oui
- Non

→ Si « Oui » :

a) Dans quel délai ?

- < 1 an
- ≥ 1 an

b) Comment envisagez-vous ce projet vis-à-vis de votre prise en charge médicale (hormonale ou chirurgicale) ?

- Avant le début de la prise en charge médicale
- Après le début de la prise en charge médicale

c) Comment envisagez-vous de fonder votre famille ?

- Grossesse sans aide médicale
- Grossesse avec aide médicale à la procréation (Don de gamète – Gestation pour Autrui)
- Adoption
- Autres :

→ Si vous envisagez une grossesse avec aide médicale à la procréation :

i/ Envisagez-vous ce projet au moyen de vos gamètes ou concevez-vous l'aide d'un donneur tiers ?

- Gamètes personnels
- Gamètes d'un donneur

ii/ Qui envisagez-vous comme « porteur » de l'enfant ?

- Vous-même
- Votre conjoint(e)
- Autre(s) personne(s) → Précisez :

d/ Envisagez-vous cette démarche en France ou à l'étranger ?

- En France
- À l'étranger → Dans quel pays ?

18/ Avez-vous déjà débuté les démarches ?

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : **Lesquelles ?**

- Grossesse sans aide médicale
- Grossesse avec aide médicale à la procréation (Don de gamète – Gestation pour Autrui)
- Adoption
- Autres :

19/ Existe-t-il des freins à ce projet ?

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : **Sur une échelle de 1 à 5 (1 – Frein quasi-inexistant et 5 – Frein majeur), comment évaluez-vous le caractère freinant des propositions suivantes ?**

→ L'absence de partenaire de vie.

1	2	3	4	5

→ Le jugement des proches.

1	2	3	4	5

→ La discrimination sociale.

1	2	3	4	5

→ Le manque d'informations sur les techniques d'Aide Médicale à la Procréation.

1	2	3	4	5

→ Le coût financier.

1	2	3	4	5

→ La nécessité de retarder ou d'arrêter le traitement de désignation de sexe face à l'infertilité qu'il induit.

1	2	3	4	5

→ La dimension médicale et hospitalière de l'Aide Médicale à la Procréation.

1	2	3	4	5

→ La dimension invasive et l'inconfort généré par les méthodes de préservation de fertilité.

1	2	3	4	5

→ La gêne au fait de préserver des gamètes non conformes au genre ressenti.

1	2	3	4	5

→ La longueur des démarches à entreprendre.

1	2	3	4	5

→ Les préoccupations autour du manque de protections légales de la famille en devenir.

1	2	3	4	5

→ Autres :

1	2	3	4	5

20/ Existe-t-il des éléments facilitateurs à ce projet ?

- Oui
- Non

→ Si « Oui » : Lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation active à cet entretien, et pour le temps que vous avez bien voulu me consacrer.

ANNEXE 2. Données descriptives concernant la préservation de la fertilité (Questions 13 à 15)

Information reçue concernant les possibilités d'aides médicales à la préservation de la fertilité, n (%)		
Oui		32 (88.9)
Non		4 (11.1)
Type d'information(s) reçue(s), n (%)		
<i>Chez les 32 répondants ayant reçu une information</i>		
Conservation de spermatozoïdes éjaculés		17 (53.1)
Conservation de spermatozoïdes prélevés chirurgicalement		5 (15.6)
Conservation d'ovocytes		15 (46.9)
Conservation de tissu ovarien		5 (15.6)
Conservation de gamètes effectuée en France, n (%)		
Oui		5 (13.9)
Non		31 (86.1)
Conservation de gamètes effectuée à l'étranger, n (%)		
Oui		0 (0.0)
Non		35 (97.2)
NA		1 (2.8)
Projet de conservation des gamètes en France, n (%)		
Oui		12 (33.3)
Non		18 (50.0)
NA		6 (16.7)
Projet de conservation des gamètes à l'étranger, n (%)		
Oui		2 (5.6)
Non		28 (77.8)
NA		6 (16.7)

ANNEXE 3. Données descriptives concernant le projet de parentalité (Questions 16 à 19)

Information reçue sur les possibilités d'accès à la parentalité, n (%)		
	Oui	26 (72.2)
	Non	9 (25.0)
	NA	1 (2.8)
Type d'information(s) reçue(s), n (%)		
<i>Chez les 26 répondants ayant reçu une information</i>		
	Grossesse sans aide médicale	11 (42.3)
	Grossesse avec aide médicale à la procréation	23 (88.5)
	Adoption	19 (73.1)
Projet de parentalité, n (%)		
	Oui	24 (66.7)
	Non	12 (33.3)
Projet d'adoption, n (%)		
<i>Chez les 24 répondants ayant un projet de parentalité</i>		
	Oui	17 (70.8)
	Non	7 (29.2)
Projet de grossesse, n (%)		
<i>Chez les 24 répondants ayant un projet de parentalité</i>		
	Oui	8 (33.3)
	Non	16 (66.6)
Projet de PMA, n (%)		
<i>Chez les 24 répondants ayant un projet de parentalité</i>		
	Oui	18 (75.0)
	Non	6 (25.0)
Type de gamètes, n (%)		
<i>Chez les 18 répondants ayant un projet de PMA</i>		
	Gamètes personnels uniquement	13 (72.2)
	Gamètes d'un donneur uniquement	3 (16.7)
	L'un ou l'autre	1 (5.6)
	NA	1 (5.6)
Choix du porteur de l'enfant, n (%)		
<i>Chez les 18 répondants ayant un projet de PMA</i>		
	Le/La conjoint(e) uniquement	12 (66.7)
	La personne répondante uniquement	1 (5.6)
	L'un ou l'autre	3 (16.7)
	NA	2 (11.1)
Démarche parentalité, n (%)		
<i>Chez les 18 répondants ayant un projet de parentalité</i>		
	En France uniquement	13 (72.2)
	A l'étranger uniquement	3 (16.6)
	L'un ou l'autre	3 (16.6)

ANNEXE 4. Données descriptives concernant les freins au projet de parentalité (Question 20)

Existence de freins au projet de parentalité, n (%)	
Oui	20 (55.6)
Non	15 (41.7)
NA	1 (2.8)
Frein - Absence de partenaire	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
1	5 (25.0)
2	1 (5.0)
3	1 (5.0)
4	4 (20.0)
5	10 (50.0)
Frein - Jugement des proches	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
1	13 (65.0)
2	6 (30.0)
3	0 (0.0)
4	2 (10.0)
5	0 (0.0)
Frein - Discrimination sociale	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
1	11 (55.0)
2	2 (10.0)
3	2 (10.0)
4	3 (15.0)
5	3 (15.0)
Frein - Manque d'information sur les techniques de PMA	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
1	6 (30.0)
2	3 (15.0)
3	3 (15.0)
4	3 (15.0)
5	6 (30.0)
Frein - Coût financier	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
1	3 (15.0)
2	2 (10.0)
3	6 (30.0)
4	4 (20.0)
5	6 (30.0)
Frein - Traitement de désignation de sexe	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
1	9 (45.0)
2	1 (5.0)
3	2 (10.0)
4	3 (15.0)
5	6 (30.0)

Frein - Décision médicale ou hospitalière de PMA	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
	1 10 (50.0)
	2 4 (20.0)
	3 5 (25.0)
	4 0 (0.0)
	5 1 (5.0)
	NA 1 (5.0)
Frein - Méthodes de préservation de la fertilité	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
	1 10 (50.0)
	2 5 (25.0)
	3 2 (10.0)
	4 2 (10.0)
	5 1 (5.0)
	NA 1 (5.0)
Frein - Préservation de gamètes non conformes au genre ressenti	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
	1 10 (50.0)
	2 4 (20.0)
	3 3 (15.0)
	4 1 (5.0)
	5 3 (15.0)
Frein - Longueur des démarches à entreprendre	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
	1 4 (20.0)
	2 2 (10.0)
	3 2 (10.0)
	4 6 (30.0)
	5 7 (35.0)
Frein - Protections légales de la famille en devenir	
<i>Chez les 20 répondants pour lesquels il existe des freins au projet de parentalité</i>	
	1 5 (25.0)
	2 1 (5.0)
	3 4 (20.0)
	4 4 (20.0)
	5 7 (35.0)

AUTEUR : Nom : STATNIK

Prénom : Gaëlle

Date de soutenance : 14 Septembre 2021

Titre de la thèse : Étude des représentations des personnes transidentitaires quant à leurs démarches de parentalité

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

Mots-clés : représentation, transparentalité, démarche de parentalité, préservation de fertilité

Résumé :

Introduction : Si les personnes transidentitaires perdent souvent leur capacité reproductive lors de la prise en charge hormonale et/ou chirurgicale, elles n'en perdent pas pour autant leur désir de parentalité. Mais, la démarche de parentalité s'heurte à de nombreux obstacles : autoconservation des gamètes, accès à la procréation médicalement assistée (PMA), reconnaissance de la filiation... L'objectif de ce travail est alors de questionner les représentations de ces personnes quant à leurs « démarches de parentalité ».

Matériel & Méthode : Dans cette étude, nous structurons la démarche de parentalité autour de trois axes : le « désir » d'être parent, « les moyens » disponibles pour y parvenir et « l'accessibilité » au projet de parentalité. La collecte des données s'est effectuée au moyen d'un questionnaire proposé à toutes les personnes majeures ayant réalisé ou réalisant une trajectoire de transition au sein du Dispositif Transidentité(s) du CHU de Lille.

Résultats : 66,7% des personnes interrogées avaient un projet de parentalité et cela de préférence au moyen d'une PMA (75%). 89% de ces personnes avaient reçu une information relative à la préservation de fertilité, 18,9% avaient déjà conservé leurs gamètes et 33% prévoient de le faire en France ou à l'étranger. Néanmoins, 55,6 % des répondants déclaraient rencontrer des freins pour entreprendre un projet de parentalité. Les quatre obstacles plus importants sont : l'absence de partenaire, le coût financier, la longueur des démarches à entreprendre et la protection légale de la famille en devenir.

Conclusion : Le désir de parentalité des personnes transidentitaires est très fort et ne diffère pas de celui observé dans la population générale. Néanmoins, très peu de projets parentaux sont menés à leur terme. En dépit d'une information largement dispensée en consultation, seule une minorité de personnes entreprend des démarches de préservation de fertilité. Des freins importants viennent entraver cette démarche, freins largement partagés avec les personnes désirant entamer un parcours de PMA ou adoption et non spécifique aux personnes transidentitaires. Il est donc important pour toute personne entamant un parcours de transition de pouvoir bénéficier d'une information et d'un accompagnement à la parentalité dans le cadre d'une PMA.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur JARDRI

Assesseur : Madame le Docteur DUCROCQ

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur MEDJKANE