

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'enfant trans, quels profils, quels accompagnements, quels devenirs ?**

Présentée et soutenue publiquement le 13 avril 2023 à 14h30  
au Pôle Recherche  
par **Marion MANGEOT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur JARDRI**

**Asseseurs :**

**Madame le Docteur ROBIN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur François MEDJKANE**

**Travail réalisé avec l'hôpital Femme Mère Enfant aux Hospices Civils de  
Lyon**

**En partenariat avec la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et  
en santé mentale Haut-de-France**

---

# L'ENFANT TRANS, QUELS PROFILS, QUELS ACCOMPAGNEMENTS, QUELS DEVENIRS ?

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>I L'IDENTITÉ DE GENRE, TRANSIDENTITÉ, MODALITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE ACTUELLE</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Quelques définitions</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Aperçu développemental</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Critères diagnostiques référentiels nosographiques</b> .....	<b>10</b>
3.1Incongruence de genre selon la CIM-11 (12).....	10
3.2Dysphorie de genre selon le DSM 5 (13).....	11
3.3Similarités et différences des deux référentiels .....	12
<b>4. Accompagnement d'enfants et leur famille par une prise en charge</b> .....	<b>13</b>
4.1Les dispositifs de consultations multidisciplinaires .....	13
4.2Évaluation de l'évolution développementale .....	13
4.3L'affirmation de genre .....	14
4.4Les aspects psycho sociaux .....	14
4.5La transition .....	14
<b>5. Sortir de la solitude par le champ associatif</b> .....	<b>19</b>
<b>6. L'évolution juridique et scolaire dans la transition sociale</b> .....	<b>20</b>
6.1Changement de prénom .....	20
6.2Changement de la mention de genre à l'état civil .....	22
6.3Transition sociale à l'école en cours d'évolution .....	23
6.4Actions politiques et directions actuelles .....	26
<b>7. Les enjeux de santé publique perceptibles</b> .....	<b>27</b>
7.1Notions épidémiologiques .....	28
7.2Réalité clinique .....	29
<b>II REVUE DE LITTÉRATURE</b> .....	<b>29</b>
<b>1. Méthodologie</b> .....	<b>29</b>
<b>2. Diagramme de flux</b> .....	<b>30</b>
<b>III ÉTUDE</b> .....	<b>31</b>
<b>1. Méthodologie</b> .....	<b>31</b>
1.1Objectif principal .....	31
1.2Les objectifs secondaires .....	32
1.3Terrain de recherche.....	32
1.4Sujet .....	33
1.5Conception de la recherche .....	34
1.6Saisie des données .....	35
1.7Analyses statistiques .....	41
<b>2. Présentation des résultats</b> .....	<b>42</b>
2.1Description de l'échantillon de la population lors de du bilan initial .....	42
Combien d'enfant ont réalisé une transition sociale complète à la fin de la prise en charge ? .....	49

2.3Évolution du diagnostic de dysphorie de genre .....	50
<b>3. Discussion des résultats et comparaison avec les éléments de la littérature .....</b>	<b>53</b>
3.1Comparaison avec éléments de littérature .....	53
3.2Limites de l'étude.....	59
3.3 Réflexion et ouvertures.....	59
<b>VI CONCLUSIONS.....</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>66</b>

## AVANT PROPOS

Pourquoi ce sujet :

Mon premier contact avec dysphorie de genre fut en 3<sup>ème</sup> semestre. Un patient souffrant d'une schizophrénie échange avec moi en entretien et aborde soudain son genre et la souffrance engendrée.

Unce patient, hospitalisé dans un contexte de décompensation psychotique, est transféré dans le service de réhabilitation où je suis interne. Lors de notre premier entretien, le patient, stabilisé sur le plan psychotique, aborde avec toute les précautions le sentiment d'être une femme. D'aussi loin qu'il se souvienne cela a toujours été une évidence « je suis né dans le mauvais corps m'avait-il dit ». Enfant, il se souvient avoir apaisé cette incongruence de genre par de la rationalisation : Né avec une sœur jumelle, cela lui était évident, chacun était venu au monde dans le corps de l'autre.

La souffrance a été criante quand il réalisa que sa sœur n'était pas concernée par ce ressenti.

Par la suite, j'observe dans mes différents stages, des réactions de questionnements de la part des soignants à propos des patients exprimant une incongruence (dysphorie) de genre. Cette incompréhension suscitait de l'évitement chez les uns, la verbalisation de contre transfert chez d'autres les amenant à l'interpréter comme remise en question du cadre.

Comment accompagner le mieux ou le moins mal ces personnes qui témoignent d'un sentiment de genre différent de ce qui aurait été convenu à la naissance ? Comment entendre ces questionnements, ces parcours, ces trajectoires au-delà d'un référencement à la pathologie, à fortiori une pathologie mentale ?

## Introduction

En 2021 l'OMS statue sur la dépathologisation et la dépsychiatisation de la transidentité. La vulnérabilité des personnes trans n'est plus à prouver. Pourtant, si les médias s'emparent de ce fait pour en débattre, le nombre d'études à propos des enfants trans reste infime. Bien qu'elle suscite les passions, l'incongruence de genre chez l'enfant est peu analysée dans les données de la littérature. En effet, la plupart des études publiées examinent la population adolescente et adulte.

La dysphorie de genre dans le DSM-5 connue sous le nom d'incongruence de genre est rangée maintenant dans les troubles liés à la santé sexuelle dans CIM-11.

A ce jour, s'il n'existe pas de références opposables concernant la prise en charge pour accompagner au mieux les enfants trans, La World Professional Association for Transgender Health (WPATH) propose des Guide Lines faisant état de propositions d'accompagnement en appui des données de la science, de réflexions éthiques et déontologiques.(1) Afin de s'ajuster au plus près aux besoins des enfants trans, commençons par décrire leurs profils et essayer de comprendre qui ils sont.

# I L'IDENTITÉ DE GENRE, TRANSIDENTITÉ, MODALITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE ACTUELLE

Nous commençons par définir plusieurs termes régulièrement utilisés tant dans la littérature scientifique, dans les associations que par les usagers.

## 1. Quelques définitions

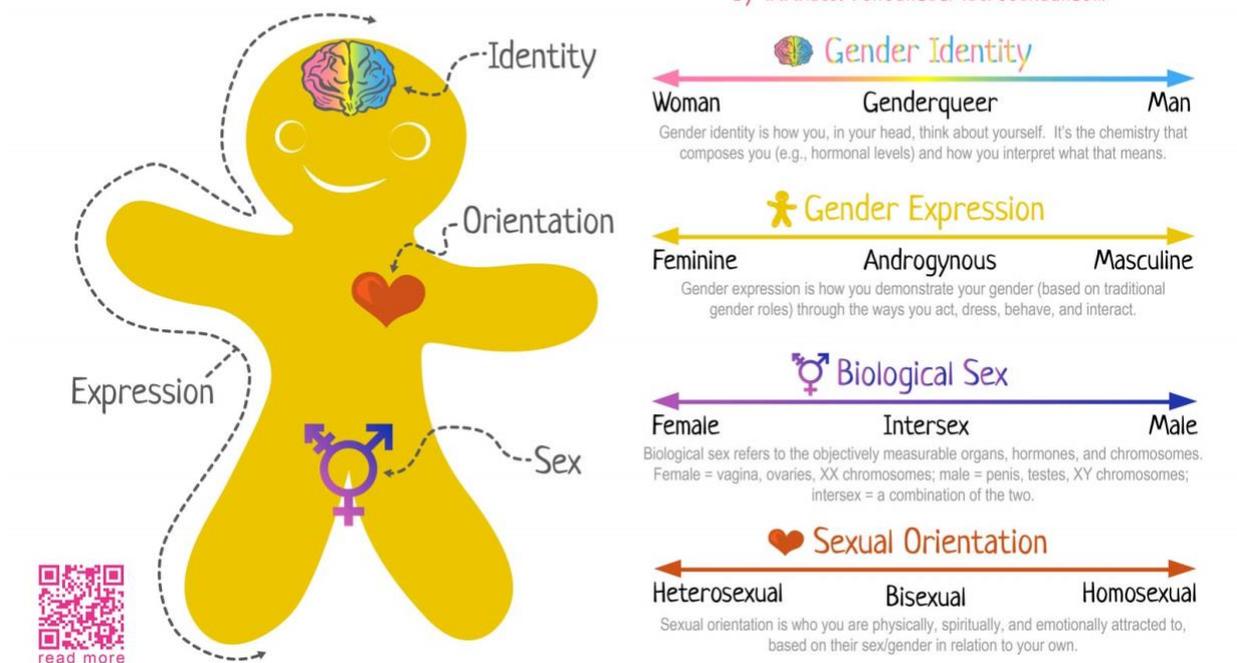
Contrairement à une approche binaire d'être homme ou femme, le concept de genre devient est aujourd'hui envisagé comme un continuum. (2)

Commençons par distinguer les composantes fondamentales du genre de tout individu en s'appuyant sur le Genderbread Person. (3)

- L'identité de genre fait référence au sens profondément ressenti, interne et intrinsèque d'une personne de son propre genre.
- Sexe attribué à la naissance désigne le statut d'une personne en tant que masculin, féminin ou intersexué en fonction des caractéristiques des organes génitaux externes.
- L'expression de genre fait référence à la façon dont une personne adopte ou exprime son genre dans la vie quotidienne, dans le contexte de sa culture et de sa société. Expression de genre par l'apparence physique peut inclure la tenue vestimentaire, la coiffure, accessoires, cosmétiques, interventions hormonales et chirurgicales ainsi que les manières, la parole, les modèles de comportement et des noms. L'expression de genre d'une personne peut être conforme ou non à son identité de genre. (1)

# The Genderbread Person

by [www.ItsPronouncedMetrosexual.com](http://www.ItsPronouncedMetrosexual.com)



- Le stéréotype de genre désigne une norme sociale définissant les comportements supposés caractéristiques d'un genre (binaire : masculin / féminin).
- Genre binaire : fait référence à l'idée qu'il y a deux et seulement deux genres, hommes et femmes ; l'attente que tout le monde doit être l'un ou l'autre ; et que tous les hommes sont des hommes et que toutes les femmes sont des femmes.
- Non-binaire fait référence à des personnes pouvant s'identifier en partie comme un homme et en partie une femme ou, tantôt comme un homme, tantôt comme une femme, ou s'identifier comme un genre autre qu'un homme ou une femme, ou comme ne pas avoir de sexe du tout. Des exemples d'identités de genre non binaires sont derqueer, genre divers, genderfluid, demi-genre, bigender, et agenre.

- Cisgenre : fait référence aux personnes dont l'identité de genre actuelle correspond au sexe qui leur a été attribué à la naissance.
- Transgenre ou trans sont des termes génériques utilisés pour décrire les personnes dont les identités de genre et/ou les expressions de genre ne correspondent pas à ce qui est généralement attendu pour le sexe auquel elles ont été assignées à la naissance. Ces mots doivent toujours être utilisés comme adjectifs (comme dans « personnes trans ») et jamais comme noms (comme dans « transgenres ») ni comme verbes (comme dans « transgenres »).
- Genre divers : est un terme utilisé pour décrire les personnes ayant des identités et/ou des expressions de genre différentes des attentes sociales et culturelles attribuées à leur sexe assigné à la naissance. Cela peut inclure, parmi de nombreuses autres identités culturellement diverses, des personnes qui s'identifient comme non binaires, genre expansif, genre non conforme, et d'autres ne s'identifiant pas comme cisgenre. (1)

De nombreux services dédiés à la prise en charge de l'incongruence de genre se développent dans le monde. La demande connaît une forte augmentation face à des enfants dans un vécu de détresse liée au genre. (4)

Les hypothèses étiologiques tant hormonales que psychologique notamment à propos de l'histoire de vie de l'enfant sont controversées. (2)

Concernant les étiologies, les recherches portent sur la génétique, la neuroanatomie, socio cognitif et psychodynamique tous ces éléments soulignent le caractère poly factoriel de l'identité de genre.(5)

Explorer son identité de genre fait partie du processus de développement classique des enfants. Ils apprennent à étiqueter leur genre puis expérimentent une identité de genre dite « stable ». (6)

## 2. Aperçu développemental

**A la naissance, il n'existe pas de différences** entre les bébés garçons et filles, à l'exception des organes reproducteurs. Selon la théorie cognitivocomportementale de Kohlberg(7), l'enfant se forge peu à peu son identité de genre. Cette acquisition passe par l'apprentissage du concept de genre et se fait en trois étapes (8)(9)

**Durant les trois premières années de sa vie,** l'enfant apprend puis sait distinguer son propre sexe et celui des autres en utilisant les caractéristiques physiques apparentes. C'est autour de deux ans et demi que l'enfant possède les capacités mentales lui permettant de s'identifier au féminin ou au masculin. Les enfants ont des connaissances sur les rôles sexués, savent reconnaître les professions typiquement exercées par les hommes et les femmes, adoptent des activités et comportements sexués et choisissent des attributs faisant partie du sexe auquel elles et ils appartiennent : jeux et jouets, habits, accessoires, etc. (9)

**Vers l'âge de trois quatre ans** apparaît la stabilité du genre. L'enfant comprend que le sexe d'une même personne est stable dans le temps : les filles deviendront des femmes et les garçons, des hommes. (6) Toutefois, les enfants n'ont pas encore compris que le sexe est également une donnée stable par rapport aux situations. Pour un enfant de cet âge, un garçon qui porte une jupe devient une fille et une fille qui a les cheveux courts est un garçon. À ce stade, les enfants considèrent

donc les changements de rôles de sexe comme incorrectes. Cette perception est peut-être en rapport avec l'absence de théorie de l'esprit encore en cours d'acquisition. Avant quatre ans les enfants ne peuvent inhiber leur propre croyance pour se représenter celle d'autrui.(10) La catégorisation des personnes se fait encore grâce à des attributs physiques. Les enfants adoptent, à des degrés divers, les stéréotypes sexuels.

**Entre cinq et sept ans**, l'étape de la constance du genre est franchie. L'enfant comprend que le sexe d'une personne est constant en toutes circonstances, stable dans le temps. L'enfant réalise que l'identité n'est pas influencée par les changements d'apparence ou d'activités relatives au genre. **L'identité est stable à partir sept ans.**(9)

### 3. Critères diagnostiques référentiels nosographiques

La caractéristique diagnostique essentielle est le désir omniprésent et persistant de l'enfant d'être de l'autre sexe à celui qui lui est assigné, ainsi qu'un rejet intense du comportement, des attributs et / ou de la tenue vestimentaire du sexe assigné (OMS, 2010). (11)

#### 3.1 Incongruence de genre selon la CIM-11 (12)

Ce terme décrit les troubles marqués et persistants d'une personne l'expérience d'une incompatibilité entre l'identité de genre de cette personne et le genre attendu d'elle sur la base de leur sexe assigné à la naissance.

Les institutions de santé, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), reconnaissent que la non-congruence entre le genre de naissance et le genre vécu ne constitue ni un trouble psychiatrique ni une pathologie. L'identité de genre est en effet propre à chaque individu et à son ressenti intime.

CIM 11 L'incongruence de genre chez l'enfant se caractérise par une forte discordance entre le genre vécu/exprimé de celui-ci et le sexe qui est assigné aux enfants prépubères. Elle inclut notamment un profond désir d'être d'un sexe différent de celui qui lui a été assigné, une forte aversion de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou ses caractéristiques sexuelles secondaires supposées et/ou un profond désir envers les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires supposées qui correspondent au sexe vécu, ainsi que des jeux d'imagination ou de fantaisie, des jouets, des jeux, des activités et des camarades de jeu qui sont conformes au sexe vécu plutôt qu'au sexe assigné. Le sentiment de discordance doit être ressenti pendant environ 2 ans. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic. (12)

### 3.2 Dysphorie de genre selon le DSM 5 (13)

Cette nosographie décrit un état de détresse ou d'inconfort. Il peut être ressenti parce que l'identité de genre d'une personne diffère de celle qui est physiquement et/ou socialement attribuée à son sexe assigné à la naissance.

La dysphorie de genre est également un terme diagnostique dans le DSM-5.

Toutes les personnes transgenres et de genres divers ne souffrent pas de dysphorie de genre.

La dysphorie de genre chez l'enfant est un diagnostic formel différencié de l'adulte dans la DSM5.

Incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné durée d'au moins 6 mois ; Associée à l'existence d'une souffrance ou d'une altération dans le champ social et/ou scolaire, voire seulement à une augmentation significative du risque de souffrance ou d'altération dans ces domaines ;

Chez l'enfant, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné se manifeste par au moins 6 des 8 critères suivants, le premier étant obligatoire ;

- A. La présence d'un fort désir ou de la conviction d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)
- B. Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre
- C. Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux
- D. Une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre
- E. Une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre
- F. Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation
- G. Un rejet de son anatomie sexuelle
- H. Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe

### 3.3 Similarités et différences des deux référentiels

Ces évolutions, en appui sur les revendications des milieux associatifs et groupes de patients mais aussi en appui des nouvelles modalités d'accompagnement proposées sur le plan national et international, s'expriment également dans le champ nosographique au travers de l'élaboration de la 11<sup>e</sup> version de la CIM qui entérine la distinction du vécu transidentitaire d'avec une pathologie mentale.

Les travaux de la nouvelle version proposent comme modifications un changement de terminologie (transsexualisme en incongruence de genre) et sa publication au sein d'un chapitre relatif à la santé sexuelle, et non plus dans le chapitre des troubles mentaux et du comportement. Cette dépathologisation rappelle les anciens mouvements terminologiques de l'homo- sexualité, dont le caractère égodystonique (vécu avec souffrance) avait emmaillé les anciennes nosographies psychiatriques avant leur disparition. (14)

#### 4. Accompagnement d'enfants et leur famille par une prise en charge

La seule structure permettant de proposer un accompagnement pluridisciplinaire est la : World Path Selon la SOC 8 de la WPATH (1), consortium international regroupant des professionnels de santé et des personnes concernées et qui a pour objectif d'éditer des Standards de Soins, guidelines de prises en charge en appui des connaissances scientifiques actuelles inscrites dans une démarche éthique et déontologique.

##### 4.1 Les dispositifs de consultations multidisciplinaires

*Au cours de la première consultation*, l'enfant et conjointement ses parents posent les spécificités l'amenant. Il est recommandé de discuter et demander aux patients la langue ou de la terminologie qu'elles préfèrent pour se désigner, faire référence à leur corps et leur ressenti.

*Par la suite, les entretiens sont réalisés séparément*. Les séances sont axées sur l'acquisition d'une perspective globale.

*Les propositions de soins sont évolutives* et selon les besoins des personnes et de l'entourage. Des « objectifs » sont discutés, ils sont évolutifs et des évaluations des difficultés sont réalisées.

Il s'agit de rester ouvert pour osciller entre une attente vigilante et l'accompagnement dans l'affirmation de genre tout en restant souple sur la modalité d'expression. Il est important d'avoir une attention particulière à cet équilibre.

##### 4.2 Évaluation de l'évolution développementale

Les consultations visent également à faire une **évaluation** :

- **De co-occurrences associées** aux difficultés rencontrées.
- Diagnostique est axée sur les *antécédents personnels* et
- L'évolution *psychodynamique tant générale que sexospécifique*.

#### 4.3L'affirmation de genre

Elle fait référence au fait d'être reconnu ou affirmée dans l'identité de genre d'une personne. Il est généralement conceptualisé comme ayant des effets sociaux, psychologiques, médicaux et des dimensions juridiques.

#### 4.4Les aspects psycho sociaux

**L'intégration sociale** tant sur *le plan familiale, amicale qu'environnemental* est une notion importante à aborder car le passing fait partie intégrante de la santé mentale des enfants.

#### 4.5La transition

Elle fait référence au processus par lequel les gens changent généralement l'expression de genre différente de celle associée au sexe attribué le sexe à la naissance. Elle est utilisée pour décrire le processus de changement de l'expression de genre de n'importe quel genre à un genre différent. Ce changement en une autre expression de genre qui correspond mieux à leur identité de genre.

Elle est évolutive au cours de la vie, de l'exploration, de la croissance et du développement de chaque personne.

On essaie de diminuer la détresse causée par l'incongruence de genre et l'on prépare ou poursuit la transition sociale quand elle est souhaitée par l'enfant si elle l'est en tâchant de toujours rester ouvert pour soutenir les perceptions et les sentiments de l'enfant.

La transition concerne plusieurs champs de vie de la personne :

- *Sociale*, en utilisant des méthodes telles que le changement de nom, pronom, vêtements, coiffures et/ou la manière dont ils bougent et parlent ;

L'enfant doit avoir un éventail de possibilité d'expression pour s'exprimer par lui-même sans se sentir obligé de choisir ni se sentir enfermé car l'expression de genre peut changer au fil du temps. Se sentir à sa place à l'école lui permet de développer une estime de soi de qualité.(15)

- *Médicale*, impliquant alors ou non hormones (et/ou chirurgies pour modifier le corps physique).

Cette discussion comprend la demande en termes de nom et de pronoms, souhaité par chaque personne comment ils auto-identifier leur genre, et sur la langue qui devrait être utilisée pour décrire les parties de leur corps. L'utilisation d'un langage ou d'une terminologie affirmative est un élément clé de l'accompagnement.

Nécessité d'évaluer la sécurité de l'environnement dans lequel la personne vit afin de minimiser les risques de violence et ne pas mettre en péril son intégrité physique, émotionnelle ou sociale. D'où l'importance de travailler dans un accompagnement avec des travailleurs sociaux, des juristes, les personnels scolaires dédiés à la promotion et la reconnaissance des personnes présentant une incongruence de genre. Il a été suggéré qu'un début de transition plus précoce peut être associé à un meilleur pronostic à propos de la qualité de vie par rapport à une prise en charge tardive. (15)

Premiers signes de puberté chez la fille surviennent entre 8 et 12 ans par le développement d'un bourgeon mammaire. Chez l'enfant cette fourchette se situe entre 9 et 13,5 ans par une augmentation du volume testiculaire.

Le personnel de santé doit être familiarisé avec le processus de puberté étant donné que ces premiers signes peuvent passer inaperçu pour les non concernés mais générer une augmentation aiguë de la détresse chez l'enfant. D'où la nécessité d'un regard par un professionnel pour qui ce développement est maîtrisé type : pédiatre, endocrino pédiatre ou endocrinologue afin d'évaluer le développement des caractères sexuels secondaires. (15)

Mais aussi la nécessité d'informer chaque patient en l'éduquant sur son développement physique afin de l'éclairer sur la suite de son développement anatomique et faciliter la communication en cas de besoin.

La prise en charge vise dans un premier temps à diminuer la détresse en lien avec l'incongruence de genre et les cooccurrences sources de difficultés. Elle soutient l'enfant et ses parents dans son exploration et expression de genre.

Le soutien consiste à également prendre en charge les parents par une psychoéducation.

Le manque d'étude motive un suivi au long cours pour optimiser les schémas thérapeutiques.(15) (2) (16)

Les cliniciens peuvent aider les enfants à faire face à des difficultés émotionnelles potentielles engendrées par des interactions négatives.

Cette même étude met en relief l'importance du soutien familiale et de l'interaction des pairs dans le fonctionnement psychologique chez les enfants présentant une dysphorie de genre. (17)(15)

Les bloqueurs de puberté sont les plus connus car ils sont également utilisés chez les enfants à puberté précoce. Par la suite, un protocole précis d'hormone affirmant le genre peut être initié. (2)

Une fois la transition sociale initiée, elle peut être considérée comme complète ou incomplète en fonction des sphères où l'enfant utilise l'identité de genre ressentie comme sienne.

La transition sociale appelée également affirmation sociale peut être complète partielle ou incomplète. Elle se traduit par : une coupe de cheveux et/ou une tenue vestimentaire et/ou un prénom dans le genre incarné par la personne. Cette affirmation peut commencer par se faire par une sphère de l'entourage proche qu'elle soit amicale ou familiale.

Puis elle s'étend à la sphère scolaire, familiale plus éloignée pour devenir totale, complète, c'est-à-dire exprimée dans toutes les sphères sociales.

Une transition est considérée comme totale à partir du moment où l'identité de genre est exprimée dans les 5 sphères citées.

Cela peut paraître évident mais cette qualité d'échange et de relation est nécessaire pour instaurer une confiance chez l'élève et sa famille en questionnement. Il s'agit tout d'abord de rassurer sur la première personne concernée sur la légitimité de ce questionnement.

Un environnement hostile à une identité trans n'est pas une raison valable pour retarder la transition. La prise en charge par les cliniciens peut contenir une incitation à la recherche d'un milieu scolaire valorisant et accueillant. Cela semble relève d'une importance particulière pendant les premières années de transition. (18)

- Détransition : est un terme parfois utilisé pour décrire une retransitions de l'individu vers le genre stéréotypé associé à son sexe assigné à la naissance également appelé désister au cours de l'étude.

Mettre les gens en contact avec les communautés et les réseaux de soutien par les pairs ; soutenir et défendre les clients au sein de leur famille et de leur communauté (écoles, lieux de travail et autres contextes) où approprié. Ils doivent chercher à renforcer leur résilience en leur enseignant des stratégies pour surmonter des expériences de stigmatisation en enrichissant leur répartie et leur estime de soi.

Transition en notant que la WPATH se revendique comme souhaitant faire avancer les politiques et les prises en charges médicales.

## 5. Sortir de la solitude par le champ associatif

En 2003, Meyer formule l'hypothèse du stress des minorités sexuelles (minority stress). Celui-ci est défini comme un stress excessif auquel les individus issus de catégories sociales stigmatisées sont exposés en raison de leur position sociale souvent minoritaire. Dans ce modèle, les personnes sont confrontées à des facteurs de stress externes renforçant un stéréotype, commentaire ou action offensante qui sont secondairement internalisés. Initialement élaboré à propos des minorités ethniques, il peut être élargi à la catégorie des populations transidentitaires.

De la discrimination dans les actes de la vie quotidienne au traumatisme de la violence hétéroagressive, l'intégration de ce stigmate externe favorise le sentiment interne d'une personne transidentitaire que son identité de genre n'est pas reconnue par les autres. Une étude prospective rapporte une atténuation de l'intensité dysphorique, une diminution de l'insatisfaction corporelle et une amélioration de fonctionnement avec moins de 2 % de patients exprimant des regrets après thérapie de réassignation (14)

*Ces deux fonctions, de soins éventuels et de proposition d'accompagnement sont complémentaires des apports possibles organisés généralement dans le cadre associatif et portant sur la participation à des groupes de pair aide.*

*Les psychothérapies transaffirmatives ont comme direction spécifique d'accompagner la personne dans sa singularité, à trouver le rôle de genre dans lequel elle se sent à l'aise, en intégrant les identités binaires et non binaires, et gérer les impacts négatifs de la dysphorie de genre. Les entretiens doivent permettre de s'affirmer au mieux par rapport à soi-même et aux autres, en accompagnant les possibilités de transition*

sociale : favoriser et accompagner l'annonce du coming out aux proches, annonce aux amis et entourage. Ces accompagnements psychothérapeutiques tendent à soutenir une expression de genre social conforme au ressenti de la personne. Cette exploration de genre doit être proposée en adéquation avec le souhait de la personne et ne constitue plus aujourd'hui une condition nécessaire et protocolisée d'accès aux différentes techniques de modifications corporelles irréversibles. La notion d'«expérience en vie réelle » intègre une démarche personnelle du patient qui pourra progressivement s'affirmer avec l'aide de modifications corporelles hormonales ou chirurgicales.

Les thérapies transaffirmatives incluent une proposition systématique d'accompagnement de l'entourage familial et social. Depuis qu'il a été montré que le soutien du groupe de pairs est un outil précieux pendant les transitions, il est conseillé de contacter les organismes de soutien.(15)(2)

## 6. L'évolution juridique et scolaire dans la transition sociale

### 6.1 Changement de prénom

Depuis le 17 février 2017, la loi de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle simplifie cette procédure. Elle n'est plus judiciaire mais administrative.

La possibilité de changer de prénom est régie par l'article 60 du code civil. La demande doit être faite auprès de l'officier de l'état civil du lieu de naissance ou du lieu d'habitation de la personne. Pour les mineurs, la demande doit être faite par son représentant légal (parent ou tuteur). À partir de 13 ans, l'enfant doit stipuler par écrit être demandeur ou consentant dans cette requête. (19)

Les papiers joints à la demande :

La demande doit être accompagnée de pièces justificatives, en plus de sa pièce d'identité :

- Copie intégrale de votre acte de naissance datant de moins de trois mois (soit en demandant dans la mairie ou directement en ligne)
- Un justificatif de domicile (daté de moins de trois mois du représentant légal)
- Un justificatif de votre situation familiale une copie du livret de famille et une copie de l'acte de naissance.
- Les autres papiers pouvant être demandés :
  - Des attestations de l'entourage (avec pièce d'identité de l'auteur de l'attestation).
  - Une copie de courriers scolaires ou/et périscolaire.
  - Un certificat médical d'un médecin attestant des difficultés rencontrées du fait du prénom.

S'il n'existe pas de délai officiel, le retour de la mairie doit se faire dans un « délai convenable » correspond à environ un mois.

Cette demande est inscrite sur le registre de l'état civil. Si l'officier de l'état civil refuse la demande il saisit alors le procureur de la République. Celui-ci peut saisir le juge des affaires familiales. Cette procédure jusque-là gratuite devient alors coûteuse. En effet, les parents et l'enfant doivent être représentés par un avocat. Cela implique des honoraires et des frais d'huissier.

Dès lors, les parents peuvent changer le prénom sur tous les documents officiels : livret de famille, passeport, pièce d'identité en demandant à l'officier de l'état civil de

le faire. Ils pourront également en informer à toutes les institutions avec lesquelles l'enfant est en relation. (20)

## 6.2 Changement de la mention de genre à l'état civil

Le changement de sexe administratif a débuté en 1992 : « *Lorsqu'à la suite d'un traitement médico-chirurgical, subi dans un but thérapeutique, une personne présentant le syndrome du transsexualisme ne possède plus tous les caractères de son sexe d'origine et a pris une apparence physique la rapprochant de l'autre sexe auquel correspond son comportement social* », ces conditions devaient être validées par une expertise judiciaire. (21)

La modernisation de la justice pour le changement d'état civil des personnes trans est récente. Depuis six ans aucune prise en charge médicale ne conditionne le changement de sexe. Il est possible pour toute personne majeure ou mineure émancipée. La loi du 16 novembre 2016 permet une libéralisation des personnes trans en créant un article dans le code civil intitulé « *modification de la mention du sexe à l'état civil* ». La volonté du législateur est de faire correspondre la mention du sexe aux comportements adoptés par la personne en société.

Avec l'article 61-5 du code civil, toute personne montrant une somme de faits attestant la discordance entre la mention relative à son sexe et celui dans le lequel elle est connue peut en obtenir la modification. (22) Ainsi, cette évolution notable ne s'arrête plus au sexe biologique et anatomique pour envisager l'identité mais prend en compte le genre identitaire exprimé.

Depuis 2020, la personne n'a plus besoin de se présenter devant le tribunal de grande instance mais simplement devant le tribunal judiciaire.

Trois faits sont demandés :

- Le premier est un changement de prénom pour correspondre au sexe revendiqué
- Le second s'attache à la transition sociale : la personne doit se présenter (en public) en société dans le sexe revendiqué.
- Le dernier fait est la connaissance par l'entourage familiale, amical, scolaire de la personne sous le sexe revendiqué.

Plusieurs faits sont nécessaires pour prouver la discordance entre le sexe sociale et le sexe juridique.

### 6.3 Transition sociale à l'école en cours d'évolution

La transidentité a rencontré l'école au point que le ministère a édicté une circulaire le 30 septembre 2021. Celle-ci rappelle « dans le respect du droit commun, les règles à suivre pour prendre en compte les élèves transgenres et partager les bonnes pratiques qui ont pu être mises en œuvre ».

La première responsabilité des personnels d'une école ou d'un établissement scolaire vis-à-vis d'un ou d'une élève transgenre est de protéger sa santé, sa sécurité et son droit à l'éducation. Cela passe par la mise en œuvre de mesures concertées avec l'élève et avec ses représentants légaux.

Depuis l'automne 2021, la personne Défenseuse des droits recommande d'autoriser les enfants et jeunes trans à se faire appeler par le prénom choisi. Quant aux pronoms employés et la tenue vestimentaire un respect doit prendre en considération l'identité

de genre ressentie par la personne. Normalement l'accès aux espaces non mixtes doit être autorisé au regard de l'intérêt supérieur de l'enfant selon l'article 3 de la Convention Internationale des droits de l'enfant en tenant compte de sa volonté et de celle de ses représentant légaux. (23)

En effet, le gouvernement promeut l'éducation inclusive : une mise en application ne s'en trouve pas toujours aussi fluide qu'elle n'y paraît par écrit. L'objectif de cette circulaire est de rendre plus claire les conduites à tenir dans les établissements qui étaient jusqu'alors dans l'improvisations. La mission principale : la garantie des conditions permettant de réussir le parcours scolaire et ce, au-delà des trajectoires personnelles.

Vouloir être intégratif commence par apprendre, connaître et comprendre les enjeux relatifs à l'identité de genre et les réalités du vécu des jeunes trans et la diversité des parcours. Il n'y a pas besoin d'une attestation médicale pour tenir compte du genre ressenti et affirmé par l'enfant en demande de transition sociale.

Il est interdit de divulguer l'incongruence de genre d'une personne sans son accord et tout propos transphobe est puni par la loi.

L'établissement doit se tenir informé d'un souhait de transition confidentielle ou revendiqué par l'enfant car de fait, le parcours n'est pas linéaire. Il est émaillé de questionnement, d'action de pause ou inversement. Chaque individu est libre de transitionner ou pas, de faire des pauses ou s'arrêter. L'obligation de l'établissement est de se tenir au courant du rythme auprès de l'individu concerné pour ne pas le mettre en difficulté et lui assurer son soutien.

Le soutien s'exprime tant par une écoute, qu'un accompagnement au rythme de l'enfant mais aussi par sa protection vis-à-vis de tensions rencontrées. Cet échange

ne peut être de qualité que par une réelle bienveillance par conséquent un non-jugement, une fiabilité et une disponibilité régulièrement assurée.

Il va sans dire qu'accueil et accompagnement dans un projet ou une réflexion autour de la transition ne veut pas dire intrusion dans la santé de la personne. Lorsque l'élève aborde le sujet de son identité, le personnel a le devoir de demander à l'élève s'il y a des personnes de sa famille au courant pour ne pas rompre la confidentialité si ce n'est pas le cas. Si l'élève est en demande, l'établissement a pour mission d'organiser un climat serein pour aborder et échanger avec la famille ou l'entourage proche. La transition sociale soutenue peut permettre un retour des élèves ayant été déscolarisés. Si l'élève est en situation de danger dans sa famille ou son lieu de vie, le personnel ou l'équipe de l'établissement enverra une information préoccupante à la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (Crip) ou, s'il y a péril imminent, fera un signalement judiciaire auprès du parquet des mineurs. L'autorité des représentants légaux s'exerce *sans violence physique ni psychologique* (art 371-1).

Si la modification de prénom à l'état civil nécessite l'accord des représentants légaux et officialise administrativement le changement, l'utilisation d'un prénom d'usage dans l'établissement scolaire et périscolaire est une première étape vers ce changement. Outrepasser l'accord des représentants légaux pour réaliser ce changement est contraire au code civil. La modification est dès lors enregistrée sur toutes les listes d'élève (administrative, cantine, bibliothèque...) de l'établissement (cela exclus les évaluations nationales référencées par l'état civil). L'affirmation de genre débute par l'utilisation d'un prénom d'usage et des pronoms adaptés. Il est nécessaire de ne laisser aucune place à une remise en question de cette reconnaissance sociale tant pour le personnel éducatif que pour les élèves (en s'assurant de la rigueur du respect de l'élève par chacun d'entre eux). Comme le souligne la recherche « SANTE LGBT

», plus de 8 mineurs trans sur 10 déclarent avoir subi une expérience scolaire « négative » ou « très négative » amenant alors à une déscolarisation. (24)

#### 6.4 Actions politiques et directions actuelles

*Le plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023* (25) fera l'objet d'un comité de suivi associant étroitement ministères, collectivités locales et associations. Il sera évalué à son terme par la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH), rapporteur indépendant. L'évaluation du plan s'appuiera sur la qualité et l'implication à la formation à la question de la transidentité de la part des rectorats. L'implication des académies dans leur plan de formation à la transidentité.

Parmi les différentes missions : école, 1<sup>er</sup> lieu de sensibilisation et prévention LGBT contre les phobies.

Pour ce faire voici certaines des mesures principalement pour les jeunes :

- Créer un site « *Éduquer contre les LGBT phobies* », sur le modèle du site « *Éduquer contre le racisme et l'antisémitisme* », afin d'apporter des réponses claires et sécurisantes, bien prendre en compte la situation des élèves trans mineurs, et de leur famille et les possibilités de reconnaissance et d'adaptation en dehors de toute démarche de changement d'état civil.
- Créer dans chaque académie un observatoire de la haine anti-LGBT+ impliquant les services du ministère de l'Éducation de l'enseignement supérieur de la recherche (MENJS) et les associations.
- Publier un guide actualisé de lutte contre les LGBT phobies à l'usage des établissements.

- La prévention se fait par la sensibilisation et l'éducation par des campagnes par tous les supports possibles pour enseigner les notions de transidentité et dénoncer la violence de la transphobie.
- Éduquer également par l'acquisition de documents et de livres jeunesse rendant visible et incluant les identités de genre et des familles et en sensibilisant les éditeurs de manuel scolaire pour augmenter la visibilité de la diversité.

## 7. Les enjeux de santé publique perceptibles

La stigmatisation peut décourager les gens à divulguer leur incongruence et limiter leur demande de soin et l'accès au soin. Les adolescents trans tentent de mettre fin à leur jour 4 à 5 fois plus fréquemment que les ado cis genre. (15)

La transition sociale est associée à de meilleurs résultats en matière de santé mentale chez les jeunes trans prépubères. (6)

- Transphobie fait référence aux attitudes, croyances et actions concernant les personnes transgenres et de genre divers en tant que groupe. La transphobie peut être mise en œuvre dans des politiques et des pratiques discriminatoires à un niveau structurel ou très manières spécifiques et personnelles. La transphobie peut également être intériorisée, lorsque des personnes transgenres et de genres divers acceptent et reflètent de tels préjugés sur eux-mêmes ou autres personnes transgenres et de diverses identités de genre. Bien que la transphobie puisse parfois résulter d'une ignorance involontaire plutôt

que d'une hostilité directe, ses effets ne sont jamais bénins. Certaines personnes utilisent le terme biais anti-transgenre à la place de la transphobie.

### 7.1 Notions épidémiologiques

Chaque année le suicide est responsable de la mort de près de 400 adolescents en France, ce qui en fait la 2e cause de mortalité pour cette tranche d'âge.(26)

La prévention nationale du suicide chez les personnes trans (27)

- Les personnes trans ont jusqu'à dix fois plus de risque se suicider que les personnes cisgenres.
- 50% des personnes trans ont été victimes de discrimination et/ou de violences à l'école.
- Parmi les jeunes trans, 69% ont déjà pensé au suicide, contre 20% chez les jeunes en général.
- 63% des adultes ont pensé au suicide ou on fait des tentatives de suicide avant leur transition, contre seulement 3% post-transition.

La majorité des tentatives de suicide a lieu avant une éventuelle transition de genre, ou lorsqu'une transition est souhaitée mais pas possible (pas de service de santé adapté, pression sociale/familiale, manque de ressources, etc.).

Après la transition, le taux de tentative de suicide diminue fortement. Plus de 70% des personnes trans estiment que leur santé mentale s'est améliorée avec leur transition de genre.

## 7.2 Réalité clinique

Ces jeunes sont exposés à un stress minoritaire du fait de leur appartenance à des groupes sexuels minoritaires socialement stigmatisés. (28)

*“En 1987, le Conseil de l’Europe a défini la maltraitance comme une violence se caractérisant par « tout acte ou omission commis par une personne, s’il porte atteinte à la vie, à l’intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d’une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »” (20)*

## II REVUE DE LITTÉRATURE

### 1. Méthodologie

La base de données PubMed a été explorée en utilisant la formule de recherche suivante : *gender dysphoria children transition*.

La sélection des articles inclus dans l’analyse s’est faite sur la base des critères d’inclusion de la population concernée : enfant de moins de 10 ans dans la prise en charge et dont l’âge ne dépasse pas 12 ans présentant une dysphorie de genre.

Nous souhaitons utiliser la méthode PRISMA. Le résultat des mots clés indiquait 96 articles éligibles.

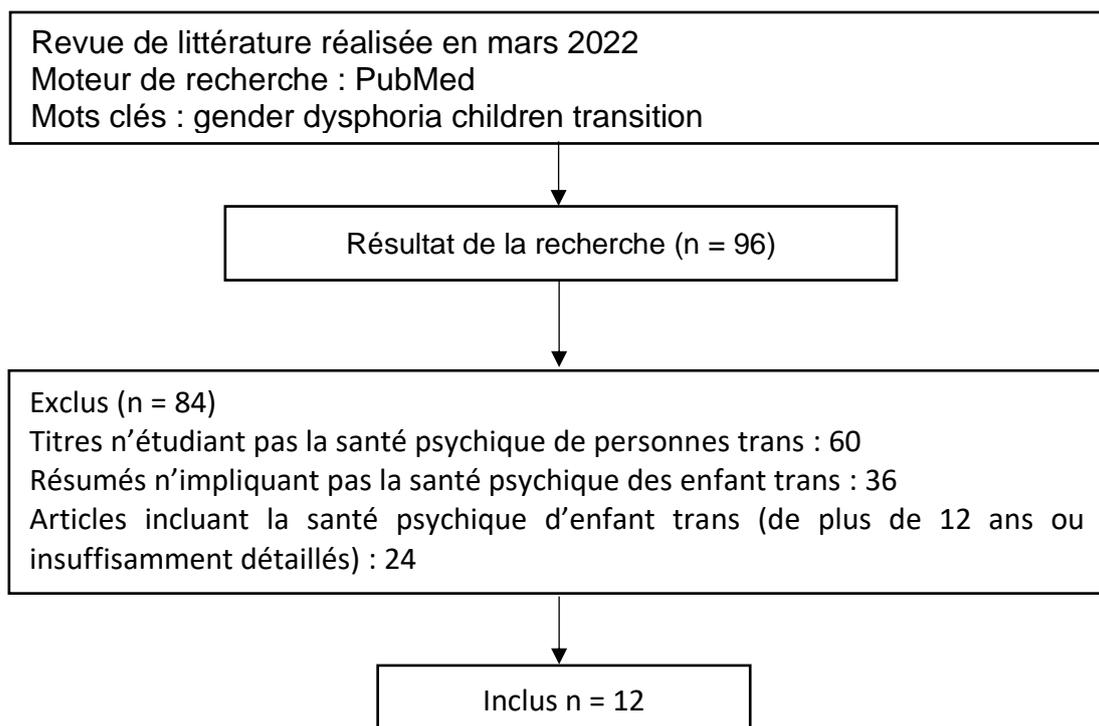
La logique voulait ensuite une sélection par titre. Pour celle-ci, les articles non concernés par la santé mentale étaient exclus.

Peu de titres éclairaient sur l’échantillon de population concernée. En lisant les résumés d’études, bien que le titre en aurait décidé autrement (ex : étude à propos d’adulte ou d’adolescent), plusieurs présentaient un intérêt à être sélectionnés.

En effet, certains articles étudiaient un échantillon d'adulte de façon rétrospective avec des informations sur ces personnes dans leur enfance. C'est pourquoi, par souci de précision les articles furent sélectionnés selon leur résumé. A l'issue de celle-là, si les informations manquaient, la lecture du matériel de l'article conduisaient ou non à la sélection. Ainsi, 12 articles furent retenus.

Si un article explorait une tranche d'âge plus large que la population cible, il était retenu uniquement si les sous-groupes de l'échantillon permettaient d'explorer précisément la tranche d'âge de notre population cible. Par conséquent seules les informations de cette tranche d'âge exploitables seront citées ci-après.

## 2. Diagramme de flux



De nombreuses études font état d'une vulnérabilité psychique et d'une altération globale de la santé des adolescents et adultes trans. S'il est établi que le genre s'inscrit dans le développement de l'individu, peu d'études font état des caractéristiques cliniques de cette population dans l'enfance. Il semble primordial de

constituer une base de connaissance solide de l'enfant en situation de transidentité, permettant de mieux définir les axes d'accompagnement à déployer à l'égard de cette partie de la population.

### III ÉTUDE

#### 1. Méthodologie

##### 1.1 Objectif principal

Au cours d'une autre étude (29), une attention particulière a été portée sur l'environnement des enfants trans de moins de 10 ans. Nous souhaitons nous intéresser à l'enfant trans non ou pré pubère. S'il a été mentionné précédemment que les adolescents et adultes trans ont une santé psychique plus fréquemment altérée que la population non-trans, n'oublions pas l'évidence, toute personne avant de grandir commence par être un enfant.

Objectif Cette étude pilote a pour objectif d'avoir un aperçu du profil cet échantillon d'enfants trans : l'âge d'apparition de l'incongruence de genre sur le plan comportemental observé par les parents. L'objectif principale de l'étude est de tenter d'établir un profil de l'échantillon d'enfants trans reçus dans le dispositif de Lille et de Lyon (de 2020 à 2021).

Les traits observés sont :

- Les caractéristiques sociodémographiques
- Le profil développemental de l'enfant : psychopathologique, apprentissages scolaires
- L'intégration au près des pairs en milieu scolaire
- L'histoire de l'incongruence de genre

- Les antécédents de prise en charge en santé mentale
- Le degré d'acceptation et de soutien socio familial du parcours et de l'identité de genre

#### 1.2 Les objectifs secondaires

- a. Ces données nous permettront par la suite de comparer, les trois groupes d'enfants : les enfants ayant n'ayant pas réalisés de transition sociale, ceux l'ayant initiée ou pour laquelle elle est incomplète et ceux dont la transition sociale est totale.
- b. Niveau de souffrance psychique mesurée en termes de co occurrences pédopsychiatriques
- c. Evolution et le nombre de cooccurrences présenté par les enfants en fonction de la transition sociale
- d. Evolution et le nombre de cooccurrences présenté par les enfants en fonction du degré d'acceptation socio-familial
- e. *Caractéristiques des désistements*

#### 1.3 Terrain de recherche

La prise en charge au centre hospitalier de Lille (et de Lyon) suit les recommandations de la WPATH avec une prise en charge en étoile.

Ce dispositif a vu le jour en avril 2016. Les consultations initialement concernées par les adultes ont vu la moyenne d'âge de demande s'abaisser au point d'ouvrir à des consultations de pédopsychiatrie à partir de telle date.

Ce dispositif compte à son actif tant de prise en charge.

Les soins pluridisciplinaires en relations sont l'endocrinologie, l'urologie, la chirurgie esthétique, la psychiatrie/pédopsychiatrie, orthophonie, ORL, en contact avec des associations tant pour le partage d'expérience, apporter un soutien social.

#### 1.4Sujet

Cette étude sur les prises en charge dans le service transidentité du centre hospitalier universitaire de Lille au sein des consultations de psychiatrie (de l'enfant et de l'adolescent) de Fontan est proposée en coopération avec les consultations de transidentité au sein du service de soins mère enfant des hospices civiles de Lyon.

L'échantillon : échantillon de population étudié de l'étude était composé de tous les dossiers de patients ayant consultés pour une dysphorie de genre dans un contexte d'incongruence de genre de 2020 à 2021 âgés de moins de 10 ans lors de l'entrée dans le dispositif.

L'étude est multicentrique, regroupant les enfants de moins de 12 ans accueillis entre 2020 et 2021 :

- Dans le service transidentité(s) du centre hospitalier universitaire de Lille, au sein des consultations externes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Fontan
- Dans le service de soins mère enfant des hospices civils de Lyon, proposant une consultation spécifique à la transidentité.

L'échantillon de l'étude était composé de tous les dossiers de patients ayant consultés pour une dysphorie de genre dans un contexte d'incongruence de genre de

2020 à 2021 chez des enfants ayant consulté pour la première fois avant l'âge de 10 ans.

#### 1.5 Conception de la recherche

- Le nombre restreint de patient ayant accès au dispositif permettait seulement à l'étude d'être multicentrique, rétrospective. Le centre de Lyon fonctionne selon les mêmes modalités : une prise en charge pluridisciplinaire que le centre de Lille, selon les recommandations de la WPATH.
- Le déroulement avec DPO de Lille et Lyon avec Lille comme point central de conservation des données. Un envoi de lettre d'information et de consentement à l'utilisation des données à destination des deux responsables de l'autorité parentale a été adressé. Étaient retenus tous les dossiers n'ayant pas fait l'objet d'un refus explicite sous trois semaines, conformément à la réglementation en vigueur.
- Une aide méthodologique dans la conception de l'étude et le traitement des données statistiques a été prodiguée par la Fédération de Recherche en Santé Mentale (F2RSM).
- Les démarches nécessaires de déclaration auprès de la CNIL ont été réalisées afin d'obtenir l'autorisation indispensable à la réalisation de l'étude.

La conception de la recherche consistait à recueillir les informations des dossiers médicaux retenus. Les données nécessaires ont été extraites de chaque dossier de patient par étape de six mois, à partir du moment de la consultation initiale jusqu'à ses 12 ans, par trois pédopsychiatres pratiquant en consultation dédiée à la transidentité de l'enfant et de l'adolescent.

Les informations liées aux questions de recherche étaient : *âge d'apparition, signes signalés de dysphorie de genre et âge respectif, évolution de l'identité au cours du développement, signes de conformité/non-conformité avec le sexe attribué à la naissance et à l'âge respectif. Les informations concernant le développement de l'enfant ont été principalement rapportées par les parents.* Les cliniciens avaient pris soin de rédiger des rapports d'une manière anamnestique systématique.

Les informations recueillies ont été récoltées, traitées par analyse statistique puis comparées par groupe en fonction à l'aide de graphiques.

#### 1.6 Saisie des données

Le questionnaire informatique rempli par les praticiens fut ainsi construit :

**Liste des variables servant à la caractérisation des enfants présentant une dysphorie de genre (DG) :**

• ***Sur le plan anamnestique :***

- Quel âge a l'enfant lors de la première consultation (En années et mois)
- Comment l'enfant et les parents ont-ils connu le dispositif ? (Menu déroulant)
- Par l'intermédiaire d'un soignant en santé mentale
- Par l'intermédiaire du médecin traitant
- Par l'intermédiaire du médecin scolaire
- Après avoir contacté une association
- En trouvant par eux même
  
- L'objet initiale de la première consultation dans le dispositif :

- Quelle est l'attente de la part de l'enfant lors de la consultation initiale du dispositif ? (Menu déroulant)
- Avoir des informations (sur l'incongruence de genre, sur la dysphorie de genre, sur la possibilité d'une transition sociale, d'une transition médicale)
- Avoir une évaluation diagnostique de dysphorie de genre
- Avoir un accompagnement psychosocial à la transition
- Initier un protocole de transition médical de type hormonal
  
- Quelle est l'attente de la part du parent accompagnant l'enfant lors de la consultation initiale du dispositif ? (Menu déroulant)
- Avoir des informations (sur l'incongruence de genre, sur la dysphorie de genre, sur la possibilité d'une transition sociale, d'une transition médicale)
- Avoir une évaluation diagnostique de dysphorie de genre
- Avoir un accompagnement psychosocial à la transition
- Initier un protocole de transition médical de type hormonal
  
- À quel âge de leur enfant les parents ont-ils remarqué une incongruence de genre dans son comportement ou ses intérêts ? (En années et mois)
- À quel âge l'enfant a-t-il verbalisé une incongruence de genre ? (En années et mois)
- ATCD personnel de suivi pédopsychiatrique : oui/non
- ATCD personnel de suivi psychologique : oui/non => Si oui, à l'un et/ou l'autre : motif de suivi identifié codé selon la CIM10.

- ***Caractéristiques socio démographiques :***

- Combien y-a-t-il d'enfant dans la fratrie ? En chiffre (tous les enfants issus des 2 parents, uniquement du parent 1 et uniquement du parent 2)
- Place de l'enfant dans la fratrie issue des deux mêmes parents : En chiffre

Si famille recomposée :

=> Place de l'enfant dans sa fratrie avec parent 1 en commun : En chiffre

=> Place de l'enfant dans sa fratrie avec parent 2 en commun : En chiffre

• **Caractéristiques scolaires :**

- Quelles sont les modalités d'apprentissage de l'enfant rapportés en entretien ?

Échelle de Lickert de : 1 en échec scolaire à 5 très bons résultats scolaires

- Très bons résultats scolaires
  - Bons résultats
  - Ni bons ni mauvais
  - En difficulté dans les apprentissages
  - Échec scolaire
- 
- Quelle est l'intégration de l'enfant auprès de ses pairs dans le milieu scolaire rapportés en entretien ? Échelle de Lickert 1 très mauvaise à 5 très bonne et le clinicien apprécie également en fonction des éléments recueillis en entretien
- Se sent très intégré, a plusieurs amis,
  - Bien intégré,
  - N'est pas en souffrance mais a peu d'ami
  - Isolé
  - En souffrance, évite ses pairs et/ou en mauvais termes

- Ne sait pas

- ***Critères diagnostics de dysphorie de genre chez l'enfant du DSM 5 :***

Quels critères sont concernés lors de chaque consultation :

- A. La présence d'un fort désir ou de la conviction d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné) associé à 5 des 7 critères :
- B. Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre
- C. Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux
- D. Une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre
- E. Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation
- F. Un rejet de son anatomie sexuelle
- G. Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe

- ***Diagnostic pédopsychiatrique multiaxial dans le cadre du suivi :***

Axe 1 : hors dysphorie de genre

- Diagnostic principal : code de la CIM 10
- Diagnostic secondaire associé : code de la CIM 10

Axe 2 : développement intellectuel :

- Profil haut potentiel intellectuel (HPI) 0/1
- Profil liminaire 0/1

Un test psychométrique a-t-il été réalisé ? Oui/non

Si oui,

- HPI 0/1
- Déficience 0/1

Axe 3 : fonctionnement psychopathologie

Fonctionnement prévalent de personnalité (selon le référentiel de Bergeret)

- Névrotique
- Psychotique
- Limite
- ***Accompagnement à la transition :***

Sur le plan familial :

Acceptation de la DG de la part du parent 1

Échelle de Lickert : de 1 très mauvaise à 5 très bonne et le clinicien apprécie en fonction des éléments recueillis en entretien :

- Très bonne acceptation de la part du parent
- Bonne acceptation
- L'acceptation n'est ni bonne ni mauvaise
- Mauvaise acceptation
- Très mauvaise acceptation

Acceptation de la DG de la part du parent 2 dont l'évaluation est sur le même principe que pour le parent 1.

Accompagnement par le parent 1 à la transition

Échelle de Lickert : de 1 très mauvais à 5 très bon :

- Très bon accompagnement par le parent
- Bon accompagnement
- L'accompagnement n'est ni bon ni mauvais
- Mauvais
- Très mauvais

Accompagnement par le parent 2 à la transition dont l'évaluation est sur le même principe que pour le parent 1.

Sur le plan médical :

Transition hormonale (0/1) Si oui : âge de début de prise en charge ? (En années et mois)

Sur le plan social :

Transition sociale de : féminisation (0/1) masculinisation (0/1)

Utilisation d'un autre genre (il/elle/iel) que celui assigné à la naissance (0/1)

Si oui : depuis quel âge ? (En années et mois)

Utilisation de prénom d'usage (0/1)

Si oui : depuis quel âge ? (En années et mois)

→ Statut de la transition :

La transition sociale est initiée à partir du moment où l'enfant utilise : un prénom d'usage et des pronoms dans le genre dans lequel il s'identifie.

L'utilisation de l'un ou de l'autre n'est pas considéré comme une transition sociale initiée mais comme une expression de genre. Il en est de même pour le porte de vêtements et/ou de coupe de cheveux d'un autre genre sans l'utilisation de pronom et de prénom d'usage.

Tenue vestimentaire d'un autre genre que celui assigné à la naissance (0/1)

Si oui : depuis quel âge ? (En années et mois)

Coupe de cheveux d'un autre genre que celui assigné à la naissance (0/1)

Si oui : depuis quel âge ? (En années et mois)

État de la transition sociale (au sein de) : choix multiples

- Famille nucléaire

- Famille élargie
- Sphère scolaire
- Sphère amicale
- Sphère sociale

→ État de la transition sociale :

La transition sociale est considérée comme complète si toutes les champs sus mentionnés sont cochés. Dans le cas contraire, la transition sociale est incomplète. Si aucune des cases n'est cochée alors elle est non initiée.

### 1.7 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- 1<sup>er</sup> temps : réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.
- 2<sup>ème</sup> temps : réalisation d'analyses bivariées :
  - Les proportions sont comparées lors du bilan initial à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont <5).

Les résultats sont significatifs lorsque «  $p$  » est < 0.05.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels

Le groupe participant à l'étude était composé de 21 enfants dysphoriques. La tranche d'âge allait de 4,5 à 12ans. Il y avait 12 garçons assignés à la naissance et 9 filles assignées à la naissance (Moyenne d'âge lors à l'entrée dans le dispositif était de 8,5 ans ; SD = 1,6 ans).

## 2. Présentation des résultats

### 2.1 Description de l'échantillon de la population lors de du bilan initial

Le groupe participant à l'étude était composé de 21 cas dysphoriques, avec une tranche d'âge de 4 ans et demi jusqu'à 12ans, 12 garçons assignés à la naissance et 9 filles assignées à la naissance (Moyenne d'âge de première consultation de 8,5 ans ; SD = 1,6 ans).

#### *2.1.1 Variables sociodémographiques*

L'âge moyen lors de la première consultation est en moyenne de 8,5 ans (avec SD 1,6 ans). Répartition de l'échantillon de population : Parmi les 21 enfants, 12 (57,1%) souhaitaient une féminisation et 9 (42,9%) une masculinisation.

Famille nucléaire :

Il y avait en moyenne 2,5 enfants dans la fratrie (SD 1,2 enfants) avec un maximum à 5 et un minimum à 1. La majorité des enfants se situait en première et en seconde position dans la fratrie (38,1% pour chaque position).

Seulement 10 % des enfants étaient dans une famille recomposée, dans ce cas, la place dans la fratrie n'était pas déterminante.

#### *2.1.2 Caractéristiques scolaires*

Les modalités d'apprentissage rapportées

En entretien étaient évaluées selon l'échelle de Likert par une graduation de 1 à 5 (respectivement de situation échec scolaire à de très bons résultats).

La majorité des enfants avaient de bon résultats scolaires (52,4 % « très bon », 23,8% « bon »).

Aucun enfant n'était en d'échec scolaire mais 14,3% rapportait des difficultés et un peu moins d'un dixième (9,5%) ne les percevait ni comme bon ni mauvais.

Les enfants avaient en moyenne des apprentissages à 4,1.

L'intégration de l'enfant auprès de ses pairs en milieu scolaire

Évaluée selon le même mode de graduation (très mauvaises relations = 1 à très bonne intégration = 5). Un peu moins de la moitié des enfants se sentaient intégrés parmi leurs pairs (« bonne intégration » à 47%).

En proportion égale, 19%, ils ne se sentaient pas intégrés ou décrivaient leurs relations à leurs pairs comme « ni bonne ni mauvaise ».

La moyenne était 3,4 (avec une SD à 1,1) soit : légèrement intégrés à leurs pairs.

### *2.1.3 Attentes à l'arrivée dans le dispositif*

Attente(s) de l'enfant

42,9 % des enfants et leurs parents avaient connu le dispositif par eux même ; 28,6 % par le médecin traitant et 19 % via un soignant en santé mentale. Pour le reste ce qui représente deux enfants, l'un l'avait connu par un médecin scolaire et l'autre par une association.

Dans quasiment deux tiers des cas l'enfant était actif dans sa transition sociale. Il attendait un accompagnement de ce type dans 57% des premières consultations.

En seconde position il souhaitait des informations (sur l'incongruence de genre, la dysphorie de genre, possibilité d'une transition sociale, transition médicale).

Demande(s) des parents

La tendance était inversée : ils étaient d'abord en demande de psychoéducation, 52,4%. Le soutien à l'accompagnement à la transition psychosociale et une évaluation diagnostique de leur enfant étaient, avaient la même importance prioritaire à 23,8%.

#### 2.1.4 Caractéristiques de la dysphorie de genre

##### Incongruence observée

Les parents ont remarqué un début d'incongruence de genre quand l'enfant avait en moyenne environ 4,5 ans (SD 1,6 ans).

##### Incongruence verbalisée

L'enfant a ensuite verbalisé pour la première fois leur ressenti environ à partir de l'âge de 5,1 ans (SD 1,6 ans).

##### Proportion des critères du DSM présents en consultation initiale

Lors de la première consultation traduit l'intensité de la dysphorie et les critères source de souffrance chez les enfants trans de l'échantillon.

Ces 5 des 7 critères du DSM5 étaient très majoritairement présents lors de la première consultation :

Ceux-ci l'étaient systématiquement :

- A. La présence d'un fort désir ou de la conviction d'être de l'autre genre.
- C. Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans tous les jeux.
- D. Une forte préférence pour les jouets et les activités du genre d'assignation.

Ceux-là n'étaient pas à 100% mais très souvent :

- B. Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre (95,2%).
- E. Un rejet des jouets ou activités de l'autre genre (85,7%).

Dans une moindre mesure (49,2%) à fréquence égale :

- F. Un rejet de son anatomie sexuelle.
- G. Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe.

### *2.1.5 Diagnostic pédopsychiatrique multiaxiale du bilan initial*

#### Antécédents de suivi

Deux tiers des enfants (61,8%) n'avaient pas d'antécédents de suivi.

Sur les 8 enfants ayant déjà été pris en charge, le motif le plus fréquent (25%) était un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique.

#### Lecture clinique selon AXE 1 – hors dysphorie de genre

Dans le cadre du bilan initial, on observait des cooccurrences chez 81% des enfants.

A propos du diagnostic principal (codées selon la CIM 10) les troubles anxieux étaient les plus fréquents suivi des épisodes dépressifs caractérisés.

Dans une moindre proportion, nous retrouvions : l'autisme infantile, une perturbation de l'activité et de l'attention, un trouble oppositionnel avec provocation, d'autres troubles émotionnels, un mutisme sélectif et un trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance.

Un tiers (28,6%) de ces enfants présentait des cooccurrences secondaires. Elles appartenaient également au registre anxiodépressif.

#### Lecture clinique de l'AXE 2 - développement intellectuel

Deux tiers des enfants (61,9%) avaient un profil HPI. 4 enfants avaient réalisé un test psychométrique le confirmant dans 75% des cas.

#### Lecture de AXE 3 – fonctionnement psychopathologique

Les fonctionnements de personnalité selon Bergeret étaient de type :

- 1 Névrotique dans 76,2% (soit 16 enfants)
- 2 Psychotique dans 14,3% (soit 3 enfants)
- 3 Limite dans 9,5% (soit 2 enfants)

#### 2.1.6 Interaction parent (s) / enfant autour de la dysphorie

À propos de l'acceptation parentale vis-à-vis de la dysphorie de genre

L'échelle de Likert permet de la graduer selon 5 niveaux (très mauvaise = 1 à très bonne = 5). Quand l'enfant était accompagné par les deux parents, l'acceptation était évaluée pour chacun d'eux.

Sur les 41 parents rencontrés, 22 (53,65%) soit la majorité était dans une *bonne* voir *très bonne* acceptation (14 l'acceptaient *très bien*, et 8 l'acceptaient *bien*). Moins d'un cinquième soit 8 (19,5%) adoptaient une posture neutre *ni bonne ni mauvaise*. Un peu plus d'un quart soit 11 (26,9%) acceptaient *mal* voire *très mal* la situation (pour 8 elle était *mauvaise* acceptation et pour 3, *très mauvaise*).

L'acceptation parentale était en moyenne de 3,5 sur l'échelle de Likert (elle se situait donc entre : ni bonne ni mauvaise = 3 et bonne = 4).

À propos de l'accompagnement parentale à la transition

L'échelle de Likert permettait de le graduer selon 5 niveaux de très mauvais = 1 à très bon = 5. Si l'enfant était accompagné par les deux parents, l'accompagnement était évalué pour chacun d'eux.

Sur les 41 parents rencontrés, 21 (56%) soit la majorité accompagnaient activement leur enfant (pour la plus grande partie soit 19 (46,3%) l'accompagnement était qualifié de très bon, et pour 4 (9,7%) il était bon).

Pour 11 (26,8%), il était décrit comme *ni bon ni mauvais*.

Enfin, 7 (17,1%) qualifiaient l'accompagnement de mauvais (5 parents) voir très mauvais (2 parents).

L'accompagnement parentale était en moyenne de 3,8 sur l'échelle de Likert (la moyenne était proche d'un bon accompagnement = 4).

#### *2.1.7 Statut de transition sociale de l'enfant à l'arrivée dans le dispositif*

Sur quel(s) paramètre(s) une modification était-elle initiée à l'arrivée dans le dispositif ?

Pronom

9 (42,9%) enfants se faisaient appeler par un pronom (il/elle/iel) différent de celui assigné à leur genre de naissance. Ils avaient autre commencé à l'utiliser en moyenne autour de l'âge de 7,7 ans (SD2,4).

Prénom

8 (38,1%) enfants utilisaient en moyenne un prénom d'usage depuis l'âge de 7,2 ans (SD2,2).

Tenue vestimentaire

En revanche, une majorité (81,0%) d'enfants était vêtu dans un genre différent de celui assigné à la naissance. Ils avaient commencé en moyenne à l'âge de 5,9 ans (SD2,2).

Coupe de cheveux

De même, il y avait plus d'enfants (61,9%) dont la coupe de cheveux appartenait au genre dans lequel ils s'identifiaient. Ils avaient commencé à la porter en moyenne autour de l'âge de 6,7ans (SD2,3).

Quelle était la proportion d'enfant ayant initié une transition sociale à leur arrivée ?

Au cours de l'étude, une transition sociale était considérée comme initiée à partir du moment où l'enfant utilisait un prénom d'usage et un autre genre pronominal. La majorité (61,9%) des enfants ne l'avait pas initiée à leur arrivée dans le dispositif.

Quelle(s) sphère(s) étaient investie par la transition ?

Chez les enfants ayant initiée une transition, à l'entrée dans le dispositif, les sphères investies étaient :

- A. La famille nucléaire à 81,0% ;
- B. La famille élargie à 61,9% ;
- C. La sphère scolaire à 52,4% ;
- D. La sphère amicale à 52,4% et enfin
- E. La sphère sociale à 42,9%.

Combien d'enfant était dans une transition complète à leur arrivée ?

À leur arrivée dans le dispositif, la transition sociale était totale pour 8 (31,1%) des enfants.

Observation des cooccurrences chez les enfants ayant initiée une transition versus ceux ne l'ayant pas débutée

Parmi les 8 enfants dans une transition sociale totale, deux ne souffraient pas de co-occurrence principale et 6 ne présentaient pas de co-occurrence secondaire.

À l'entrée dans le dispositif, 13 enfants n'avaient pas initié de transition sociale. 12 d'entre eux présentaient une cooccurrence principale.

Combien d'enfant ont réalisé une transition sociale complète à la fin de la prise en charge ?

<b>Comparaison des deux groupes d'enfants à une année de suivi</b>		
	Patients sans transition social débutée	Patients avec une transition sociale totale
Taux de co-occurrences principales	33 %	40 %
Taux de co-occurrences secondaires	0 %	10 %
Nombre d'enfants concernés	6	10

Quelle est l'évolution des co-occurrences chez les enfants dans une transition sociale totale à la fin de la prise en charge ?

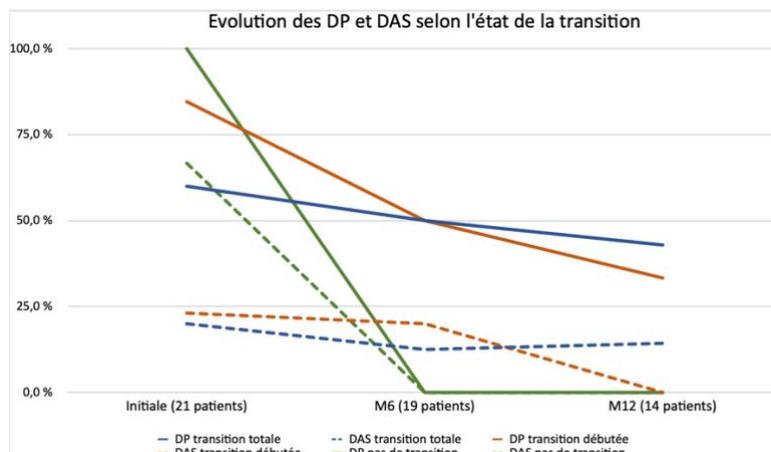
<b>Taux de co-occurrences principales et secondaires lors de transition sociale totale</b>			
	Initial	M6	M12
Taux de co-occurrences principales	75,0 %	50,0 %	40,0 %
Taux de co-occurrences secondaires	25,0 %	20,0 %	10,0 %
Nombre d'enfants concernés	8	10	10

L'évolution du nombre de patients n'ayant pas réalisés de transition sociale, l'ayant initiée et dans une transition sociale complète est la suivante.

On remarque une diminution des taux de co-occurrences principales et dans une moindre mesure secondaires chez les enfants dans une démarche de transition psychosociale.

Cependant, en comparant les enfants ayant réalisés une transition totale et ceux n'ayant pas initié de transition nous ne pouvons pas affirmer que la transition sociale est un élément déterminant dans la diminution des co-occurrences.

On voit à l'allure des courbes que les enfants sont actifs dans leur transition psychosociale.



### 2.3 Évolution du diagnostic de dysphorie de genre

*Combien de personnes persistent dans la dysphorie de genre ?*

PERSISTANCE DU DIAGNOSTIC			
	Initial	M6	M12
Pourcentage	100,00 %	89,47 %	85,71 %
Nombre d'enfants suivis	21	19	14

Parmi les 14 enfants restants, 85,71% soit 12 enfants persistent dans le diagnostic de dysphorie de genre.

Au cours de l'étude, parmi les 21 suivis on compte 4 désistés.

Quel est le profil des enfants désistés (transitoirement ou définitivement) ?

Deux ont désistés transitoirement et deux définitivement (au cours de l'étude).

*Premier désister*

À l'âge de 5 ans 5 mois l'enfant est entré dans le dispositif. Le suivi a débuté le 11/07/2018 et s'est terminé le 10/07/2020. Cadet d'une fratrie de deux issu des mêmes parents avec qui il vit. Les parents ont remarqué une incongruence à partir de l'âge de 4 ans. Dans le même temps elle a verbalisé une identification au sexe masculin.

Il n'y avait aucun antécédent pédopsychiatrique ni psychologique connu. Un diagnostic de trouble anxieux généralisé fut posé par la suite, rapidement amendé au cours de la prise en charge.

L'enfant se construisait sur un mode de personnalité névrotique avec un profil intellectuel HPI (sans réalisation de test psychométrique). Les parents et l'enfant ont connu le dispositif par eux-mêmes. Les modalités d'apprentissage étaient de bonnes à très bonnes qualités tout au long du suivi. L'enfant se décrivait initialement bien puis très bien intégrer auprès de ses pairs en milieu scolaire.

L'enfant souhaitait initialement un accompagnement à la transition psychosociale. Les parents étaient dans un premier temps en demande d'une évaluation diagnostic, quant à la dysphorie, l'un en retrait et l'autre plus actif.

Par la suite, les parents se montraient tous deux soutenant et actifs dans l'accompagnement à la transition sociale de masculinisation de leur enfant. Elle fut initiée, au cours du suivi de l'année suivant l'entrée dans le dispositif. Incomplète, elle concernait la famille nucléaire, la sphère amicale et sociale.

Au bout d'un an, à l'âge de 6 ans 4 mois, l'enfant a désisté. À deux ans de suivi, il maintenait la disparition de la dysphorie avec une persistance d'une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux.

#### *Second désister*

Entré dans le dispositif à partir de l'âge de 10 ans, l'enfant et ses parents ont connu les soins par eux-mêmes. La première consultation était le 14/10/2021. Leur fille souhaitait une masculinisation.

Il rapportait de très bons résultats scolaires et une bonne à très bonne intégration parmi ses pairs en milieu scolaire. Un profil HPI fut avéré par un test psychométrique.

Sur le plan parentale, l'acceptation de la dysphorie était partagée. Et l'accompagnement à la transition sociale n'était pas actif. Mais il porte des vêtements androgynes depuis l'âge de 7ans dans toutes ses sphères de vie.

Lors de la seconde le 03/04/2022, elle a réfuté la conviction d'être de l'autre genre mais persiste dans une plus grande aisance pour les vêtements androgynes, l'incarnation de rôles et un attrait pour des jouets d'un genre différent de celui assigné à la naissance. Elle rejette les activités et jeux de stéréotypes féminins.

### *Troisième désister*

L'enfant entre dans le dispositif à l'âge de 7 ans, le 27/01/2017. Elle souhaite également un accompagnement à la transition et les parents sont en demande d'informations sur l'incongruence de genre. Ils ont observé un comportement évocateur d'incongruence de genre à partir de l'âge de 3 ans tandis que l'enfant l'a verbalisée à partir de 7. Issu d'une fratrie de quatre, il est le second enfant.

Si aucun ATCD psychiatrique n'est présent, des symptômes sont rapidement évocateurs d'un épisode dépressif sévère sans élément psychotique.

Elle est très en difficulté dans les apprentissages scolaire et relate une mauvaise intégration parmi ses pairs. Elle présente un HPI avéré par un test psychométrique et se construit dans un fonctionnement névrotique. La dysphorie de genre concerne tous les critères hormis le rejet de son anatomie sexuelle. Aucun des parents n'accepte la dysphorie de leur fils quant à l'accompagnement à la transition, ils adoptent une posture ni positive ni négative. Aucune démarche de transition sociale

n'est initiée. Cependant, leur fils porte des vêtements et une coupe de cheveux féminines respectivement depuis l'âge de 7 et 5 ans au sein de la famille nucléaire.

Six mois plus tard l'enfant désiste vis-à-vis de la dysphorie mais certains critères du DSM5 restent présents. Il préfère les vêtements d'un autre genre de celui assigné à la naissance et rejette les jouets et activités masculins. Une forte préférence est marquée pour incarner le rôle et les jeux de l'autre genre. Il ne présente plus de syndrome dépressif et ne porte plus de vêtement appartenant au genre féminin.

À trois ans de suivi, soit l'âge de 10 ans, l'enfant présente une dysphorie de genre parmi les mêmes critères que ceux initialement concernés. Les apprentissages scolaires sont bons et l'entente auprès de ses pairs n'est ni bonne ni mauvaise. On note des symptômes évocateurs d'une anxiété généralisée.

L'acceptation parentale de la dysphorie de genre est neutre d'une part et mauvaise d'autre part. Quant à l'accompagnement à la transition sociale, si l'un des parents n'agit pas, l'autre est soutenant. Aucune transition n'est initiée mais elle porte des habits féminins au sein de la famille nucléaire, la famille élargie et la sphère sociale depuis l'âge de 10ans. Le coupe de cheveux n'est pas modifiée depuis ses 5 ans.

### 3. Discussion des résultats et comparaison avec les éléments de la littérature

#### 3.1 Comparaison avec éléments de littérature

Parmi les enfants trans étudiés les sexes assignés à la naissance étaient représenté en proportion quasi égale avec une légère prédominance pour l'assignation masculine. Dans la revue de littérature on retrouvait régulièrement une population sensiblement plus masculine que féminine.(17)

On notait une proportion du simple au double entre le nombre d'enfants assignés filles versus assignés garçons à la naissance.(30)

L'étude retrouvait également plus de garçons assignés à la naissance que de fille. (31)

Dans une autre étude rétrospective, on notait la même proportion de personne assignée garçons et d'assignation filles à la naissance. (32)

### Sur le plan anamnestique

La moyenne d'âge des enfants présentant une incongruence de genre était de 8,25 ans (SD 2,17) chez les assignés garçons et de 9,98 (SD 1,53) pour les enfants nées filles. (17)

Dans une autre étude, la moyenne d'âge était de 7,7 ans (SD 2,2). (30)

L'âge de début des consultations était en moyenne de 10 ans (SD 4,13). (31)

L'âge moyen d'incongruence de genre était de 8,3ans (SD 4,5). (32)

Comment l'enfant et les parents ont-ils connu le dispositif ? Les parents et enfants avaient connus les soins via : par eux même et par des associations (30).

Quel est l'attente de la part de l'enfant lors de la première consultation ? Quelle est celle des parents ? Nous n'avons pas d'information permettant de répondre à cette question.

À quel âge de leur enfant les parents ont-ils remarqué une incongruence de genre dans son comportement ou ses intérêts ? L'âge auquel l'incongruence a commencé à être perçu comme « un problème » était en moyenne autour de 3,26 ans (SD 1,11).(31)

À quel âge l'enfant a-t-il verbalisé une incongruence de genre ?

Nous ne retrouvons pas de données permettant de différencier l'observation des parents et le comingout des enfants sous forme de verbalisation.

### Caractéristiques socio démographiques

D'un point de vue sociodémographique, les parents avaient un emploi dont les revenus étaient de « bon » à « très bons » dans cette étude. Cependant, il s'agit d'une étude anglo-saxonne étudiant la prise en soins des enfants. Or, un biais de sélection n'est pas négligeable : le coût à déboursier pour un accompagnement (tant sur le plan médical que sur le plan juridique).

Combien y a-t-il d'enfant dans la fratrie ? Et quelle était la place de l'enfant concerné ? Le nombre de frère et sœur était en moyenne de 1,38 (ET 1,31). 58,3 % des jeunes vivaient dans une famille nucléaire de parents séparés.(33)

### Caractéristiques scolaires

Les modalités d'apprentissage des enfants concernés

Certains enfants étaient en échec scolaire dans un contexte de harcèlement voir de phobie scolaire. Là aussi, le biais est non négligeable car le paramètre de la santé psychique influe sur l'assiduité et la disponibilité psychique à l'apprentissage.

### L'intégration de l'enfant auprès de ses pairs en milieu scolaire

Plusieurs enfants rapportent une tendance à la stigmatisation, des comportements d'intimidation (33)(18), de la violence physique (18)(15) et du harcèlement en milieu scolaire.(30)(15)(33)(2)(18)(16)

Dans une étude allemande sur le niveau de détresse/fonctionnement psychologique des enfants présentant une dysphorie de genre, 43% des parents ont signalé une interaction problématique des enfants avec leurs pairs. (17)

Dans ses conclusions, elle observe que les enfants manquent souvent de soutien par leurs pairs en milieu scolaire c'est pourquoi les interventions visant à diminuer la stigmatisation sont essentielles. (17)

Quelles sont les critères diagnostics de dysphorie de genre chez l'enfant présents lors de la première consultation ? Aucune information ne figurait dans les articles consultés.

### Diagnostic pédopsychiatrique multiaxial

Des cooccurrences pédopsychiatriques sont-elles présentes, si oui quelles sont-elles ?

Pathologie appartenant aux maladies internalisées :

Les cooccurrences associées retrouvées sont essentiellement l'anxiété (2)(34)(33)(30)(31)(16) et la dépression (33)(17)(2)(30)(15)(31)(16)(35)(34)(30) amenant à des comportements suicidaires.(31)(15)(2)(35)(34)(33)(18)(16)

Cependant, la prévalence ne différait pas des groupes témoins (constitués par la fratrie des enfants trans et des enfants cis du même âge) sur les symptômes de la dépression. Elle était légèrement plus élevée pour l'anxiété. (33)(30)

Dans un autre registre, les troubles du spectre autistique étaient également présents.(31)(33)(2)(4).

Des troubles du comportement type trouble oppositionnel avec provocation étaient également exprimés.(17)

On retrouvait également des troubles du comportement alimentaire (33)

Les troubles déficits de l'attention avec hyperactivité étaient également retrouvés. (33)

On retrouvait également une auto-agressivité. (33) Dans l'étude : The mental health of transgender youth : advances in understanding sur les 47 cas examinés, 75% des demandeurs avaient été ou étaient pris en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour d'autre raison que la dysphorie de genre, dans 64% des cas, elle concernait un syndrome dépressif. (33)

Quel type de fonctionnement psychopathologique est observé en consultation ?

Fonctionnement limite compris entendu comme un mécanisme adaptatif

### Accompagnement à la transition sociale et prise en charge par le dispositif.

Quelle est l'acceptation de chaque parent ?

Dans les études d'enfants ayant recours aux soins, au moins l'un des deux parents étaient souteneurs.(31)

Quel est son accompagnement dans la transition ?

Les parents étaient perçus comme majoritairement souteneurs (87%) dans l'accompagnement à la transition et difficile dans 4% des cas. (17)

Stade de la transition sociale : quelle proportion d'enfant avait initié leur transition sociale à l'arrivée dans le dispositif ?

Dans une étude sur la santé mentale des enfants trans, l'échantillonnage de 54 enfants (17), 70% des enfants avaient débuté une transition sociale dans un domaine de leur vie et la transition était complète pour 39% (vivaient dans le rôle de genre préféré dans tous les domaines de vie).

Le soutien familial globale peut être associé à une meilleure santé mentale de l'enfant. (30)(15)(33)

### Données à propos des objectifs secondaires

Quelles sont les cooccurrences présentes chez les personnes ayant débuté une transition sociale versus celles chez les enfants ne l'ayant pas initiée.

La comparaison avec les données scientifiques amène plusieurs études à constater une différence entre deux groupes d'enfants.

Les enfants trans en transition sociale ont des taux de psychopathologies appartenant au registre anxiodépressif nettement inférieurs au groupe d'enfants trans vivant dans leur sexe natal. (33)(30)

#### Quelle en est l'évolution ?

L'hypothèse selon laquelle l'affirmation de genre par la transition sociale est bénéfique pour les enfants trans ne peut être étayée par les résultats de l'étude suivante. (17)

Les enfants trans en transition sociale soutenus dans leur identité de genre ressentie ont des niveaux normatifs de dépression et une anxiété à peine supérieure à leurs pairs. (30)(15)(33)

Cependant, on retrouve une diminution de la souffrance engendrée par la dysphorie et une amélioration de la qualité de vie.(15)(16)

#### Persistance de la dysphorie et désisters

Quelle était l'évolution du diagnostic de dysphorie de genre au cours de l'année d'étude selon le critère A du DSM 5 ?

Parmi les enfants trans, 27% persistent dans leur incongruence de genre à l'âge adulte. (15)

#### Quel était le profil des enfants désisters ?

Les facteurs prédisposants la persistance sont : l'intensité, les différentes formes et situations de plus en plus concernées au fur et à mesure que l'enfant grandit. (15)

Aussi, la persistance pendant l'adolescence est le principal facteur prédictif d'incongruence à l'âge adulte. (15)

### 3.2 Limites de l'étude

L'effectif de notre échantillon de population implique une faible puissance. Par conséquent, la lecture des résultats permet d'observer des tendances sans autoriser une généralisation de ceux-ci. A contrario, elle permet une lecture du profil individuel des désistés.

Un biais de sélection filtre l'échantillon de la population. En effet, les enfants sont systématiquement accompagnés par un représentant légal majeur. Par conséquent, les enfants dont les parents s'opposent à tout accompagnement sont absents.

Le biais de mémorisation des parents peut être présent au cours de l'interrogatoire de l'anamnèse.

### 3.3 Réflexion et ouvertures

Au lieu du statut de l'avancée de la transition sociale en elle-même, plusieurs études mettent en évidence l'importance du soutien social individuel comme prédicteur du fonctionnement psychologique des enfants trans. (17)(15)

Examen rétrospectif d'une population de jeune de 5 à 17 ans. (33)

Automutilation et idées suicidaires 5-11 ans 14,6% ; dépression 7,3%

Si nous comparons nos résultats avec la littérature (en l'occurrence cette étude) nous constatons que le pourcentage de dépression est sensiblement le même alors que celui des enfants harcelés était plus faible. Tout comme le nombre de jeune ayant des comportements auto agressifs. (33)

Cependant, selon les études, les troubles de l'humeur sont évalués différemment : certains utilisent le CBCD en questionnant uniquement les parents alors que d'autres comme nous utilisent une clinique interrogeant les parents et l'enfant. (33)

Nécessité d'avoir une puissance plus forte car avec cette étude pilote, nous pouvons avoir un regard quasi individuel mais il est exclu de faire toute généralisation. Avancée dans la compréhension de la santé mentale des jeunes transgenre.

La transition sociale n'a pas affecté de manière significative le degré de problème émotionnel et comportementaux.

Au lieu du statut de transition sociale en lui-même, le soutien social individuel est un prédicteur significatif dans la présente étude en ce qui concerne le fonctionnement psychologique chez l'enfant présentant une incongruence de genre (dysphorie).

Nécessité de renforcer leur **résilience** face à d'éventuelle interactions négatives en leur enseignant/élaborant avec aux des stratégies pour faire face aux expériences de stigmatisation et en potentialisant l'estime de soi.

Les enfants manquent souvent de soutien par leurs pairs en milieu scolaire. Cette étude la relation entre le statut de transition sociale et les résultats de fonctionnement psycho(patho)logique dans un échantillon clinique d'enfant avec un diagnostic de dysphorie de genre. Les parents ont rapporté des scores significativement plus élevés de (CBCL Child Behavior Checklist) que la population générale pour des âges similaires à leur enfant.

L'entente avec les pairs le prédisait tandis que la transition sociale, non.

(34)

Le soutien social en général mais pas nécessairement en termes d'affirmation de genre de l'enfant joue un rôle dans les résultats psychologique. Le soutien familial

peut favoriser l'estime de soi. Par la suite, il pourrait ensuite être intéressant de pouvoir évaluer le positionnement de chaque membre familial qui adopte une posture différente voir un rejet d'un enfant trans.

Il semble important de prendre en compte la question du statut pubertaire pour de prochaine étude afin d'avoir un échantillon plus homogène et avoir des critères différents de l'âge. (Certaines déterminent un âge de 10 ans et d'autre de 12 ans comme âge max âge pubertaire).

La comparaison avec d'autres études peut être biaisée les évaluations psychiques de l'anxiété et la dépression sont parfois uniquement sur des questionnaires aux parents et non des auto-questionnaires. Le résultat de ces questionnaires peut être biaisé si les ressentis sont particulièrement internalisés.

(17) Dans une étude allemande analysant la santé mentale des enfants présentant une dysphorie, la variable du statut de transition sociale n'expliquait pas de manière significative la variance supplémentaire et donc les résultats du fonctionnement psychologique. Elle concluait que la transition sociale ne doit pas être considérée comme une forme de traitement mais peut être comprise comme une possibilité pour les enfants d'explorer leur propre développement individuel. (17)

Les découvertes suggèrent que le soutien familial en générale par exemple via une « autorisation » à la transition peut être associé à une meilleure santé mentale de l'enfant. On retrouve alors dans ces cas des niveaux normatifs de syndrome dépressif et d'anxiété. (30)

Il peut être affirmé que la prise en charge des enfants trans et de leur famille par le dispositif améliore le taux de co-occurrence. Le taux de dépression des enfant soutenus dans leur transition sociale est égale à celui de la population générale.

L'anxiété est légèrement plus importante, peut-être du fait du stress minoritaire nécessitant l'étayage important du passing. Taux de psychopathologie intériorisés nettement inférieurs aux taux rapportés précédemment chez les enfants présentant une incongruence de genre vivants dans leur sexe assigné à la naissance.

Ces taux contradictoires donnent à penser que cette psychopathologie n'est pas inévitable au sein de ce groupe d'enfant. (30)

Il n'y a pas eu de majoration détectée entre la transition sociale pendant enfance (c'est-à-dire entre 3 et 9 ans) et le harcèlement (de la maternelle à la 12<sup>ème</sup> année) par rapport à une transition sociale à l'âge adulte. La réaliser pendant l'enfance n'était pas associée à une plus grande probabilité d'effet néfaste sur la santé mentale par rapport aux personnes l'ayant faite à l'âge adulte.

Elle était également associée à une probabilité de consommation de marijuana (à vie) plus faible qu'en la réalisant à l'âge adulte.

Il est évoqué que « la plupart » des adultes trans ayant désistés à un moment de leur vie l'attribuent à des facteurs extérieurs notamment la stigmatisation et le harcèlement. (18)

Transition sociale pendant l'enfance diminue le risque de consommation de marijuana à vie par rapport à une transition sociale à l'âge adulte. Si 1,8% des adolescents aux USA se décrivent comme transgenre on peut supposer un nombre d'enfant au moins équivalent. ?

Empêcher une transition diminue l'autonomie en matière de réalisation de soi et peut conduire à une majoration de la honte ainsi qu'à des relations endommagées entre les enfants, leur(s) parents et le clinicien.

Il est nécessaire de travailler avec l'environnement pour avoir une validation. Il y a peu de donnée sur l'état de santé mentale des jeunes prépubères trans qui effectuent une transition sociale. Dans certaines études, l'âge de 10 ans a été utilisé comme seuil prépubère approximatif.

Une étude rétrospective a conclu que réaliser une transition sociale pendant l'enfance n'était pas associée à une plus grande probabilité d'effet néfaste sur la santé mentale par rapport aux personnes l'ayant effectuée à l'âge adulte.

Il était même retrouvé qu'effectuer une transition sociale pendant l'enfance était associée à une probabilité plus faible de consommation de marijuana au cours de la vie par rapport à ceux l'ayant réalisé à l'âge adulte. Bon nombre de débat en pédiatrie concernant les avantages et les risques de conseiller aux parents d'enfant prépubère à réaliser une transition sociale.

Pas d'association entre la transition sociale pendant l'enfance et les problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Les résultats suggèrent que la transition sociale en elle-même n'est pas nocive mais que les effets indésirables par le refus en milieu scolaire le sont. (18)

Cela semble relever d'une importance particulière pendant les premières années de transition (pendant l'enfance et l'adolescence).

Accompagnement basé sur des alliances et des interventions via des ateliers axés sur le harcèlement réduit l'intimidation des jeunes minorités sexuelles.

Avantage pour l'enfant d'aligner son expression de genre avec l'identité ressentie cela permet d'améliorer l'estime de soi et le fonctionnement global de l'enfant. Reste à voir s'il s'agit de la transition ou de la prise en charge.

En effet dans certaines études, la recherche d'information scientifique a trouvé que les études sur les jeunes trans prépubères ont constaté que les enfants autorisés

à effectuer une transition sociale avaient un taux d'anxiété et de dépression quasiment impossible à distinguer de leurs pairs non-trans.

Les expériences de harcèlement à l'école sont fréquentes, plus de la moitié des personnes ayant effectué une transition sociale dans l'enfance contre moins d'un cinquième des personnes ayant attendu l'âge adulte. (18)

La plupart des adultes ayant « désisté » à un moment de leur vie attribuent cela à des facteurs extérieurs comme/notamment la stigmatisation et le harcèlement. (18)

Les enfants trans n'ont montré aucune élévation de la dépression et une anxiété légèrement plus élevée par rapport aux moyennes de la population. Ils ne différenciaient pas les groupes témoins sur les symptômes de dépression et n'avaient que des symptômes d'anxiété légèrement plus élevée.

Les enfants trans en transition sociale, soutenus dans leur identité de genre ont des niveaux de dépression normatifs sur le plan du développement et seule des élévations minimales d'anxiété ce qui suggère que la psychopathologie n'est inévitable au sein de ce groupe. (33)

La comparaison avec les données de la littérature d'enfants présentant une incongruence de genre est frappante : les enfants trans en transition sociale ont des taux de psychopathologie intériorisée nettement inférieurs à ceux rapportés précédemment chez les enfants incongruents de genre vivant dans leur sexe natal. (33)

Les résultats ont montré que bon nombre de difficultés augmentent avec l'âge. Les mauvaises relations avec les pairs est le meilleur prédicteur des difficultés de comportement. (33)

Les facteurs prédisposant la persistance d'incongruence de genre sont : l'intensité et la persistance des manifestations ressenties. Au fur et à mesure de la croissance de l'enfant, elles s'expriment sous différentes formes et par différentes situations. (15)

La persistance pendant l'adolescence est le principal facteur prédictif de l'incongruence de genre à l'âge adulte. (15)

## VI CONCLUSIONS

Une approche clinique qui considère que les enfants explorent leur identité sans critère strict mais avec un esprit ouvert peut permettre une discussion de tous les résultats possibles et des stratégies individuelles d'exploration de l'identité de genre pendant l'enfance.

D'autres études longitudinales sont nécessaires de toute urgence pour tirer des conclusions plus précises concernant la prise en charge clinique actuelle de la dysphorie de genre dans l'enfance, les avantages et les inconvénients de la transition sociale, les résultats développementaux à long terme de l'enfance à l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte et les interactions entre les enfants et leur environnement social ainsi que les interactions de tous les aspects.

## BIBLIOGRAPHIE

1. WPATH World Professional Association for Transgender Health [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.wpath.org/>
2. Claahsen - van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, Middelberg T, Roeffen J, Klink D. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence—current insights in diagnostics, management, and follow-up. *Eur J Pediatr*. 1 mai 2021;180(5):1349-57.
3. hues. Explainers » The Genderbread Person [Internet]. The Genderbread Person. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.genderbread.org/explainers>
4. Kennedy E, Spinner L, Lane C, Stynes H, Ranieri V, Carmichael P, et al. Longitudinal Outcomes of Gender Identity in Children (LOGIC): protocol for a prospective longitudinal cohort study of children referred to the UK gender identity development service. *BMJ Open*. sept 2021;11(9):e045628.
5. Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juin 2016;64(4):240-54.
6. Voss RV, Simons L. Supporting the Health of Transgender and Gender-Diverse Youth in Primary Care Settings. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. juin 2021;48(2):259-70.
7. Mieyaa Y, Rouyer V. Genre et socialisation de l'enfant : pour une approche plurifactorielle de la construction de l'identité sexuée. *Psychologie Française*. juin 2013;58(2):135-47.
8. Stéréotypes sexuels chez les tout-petits [Internet]. Enseigner l'égalité. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://enseignerlegalite.com/petite-enfance/stereotypes-sexuels-chez-les-tout-petits/>
9. Les ages de la vie 5e + monlab - 2761367103 - Sciences Humaines | Cultura [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.cultura.com/p-les-ages-de-la-vie-5e-monlab-9782761367103.html?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=PLA\\_PMAX\\_Livre&gclid=EAlaIQobChMltvGe1ozi\\_AIVSYjVCh23Hw\\_bEAYYBCABEglaqvD\\_BwE](https://www.cultura.com/p-les-ages-de-la-vie-5e-monlab-9782761367103.html?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=PLA_PMAX_Livre&gclid=EAlaIQobChMltvGe1ozi_AIVSYjVCh23Hw_bEAYYBCABEglaqvD_BwE)
10. Coq JM, Gerardin P. Développement psychologique de l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. oct 2021;34(5):251-61.
11. Publication de la CIM-11 2022 [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>
12. Outil de Codage en CIM-11 Statistiques de mortalité et de morbidité (SMM) [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: [https://icd.who.int/ct11/icd11\\_mms/fr/release](https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/fr/release)

13. APA - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR [Internet]. [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders,%20Fifth%20Edition,%20Text,DSM-5-TR%E2%84%A2\)&text=Coming%20March%202022!](https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders,%20Fifth%20Edition,%20Text,DSM-5-TR%E2%84%A2)&text=Coming%20March%202022!)
14. Mathieu L, Medjkane F. De la conviction à la transition : enjeux actuels et place de l'accompagnement psychologique et psychiatrique dans le parcours de soins des personnes transidentitaires. La Presse Médicale Formation. déc 2020;1(6):604-9.
15. Castilla-Peón MF. Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. BMHIM. 29 janv 2019;75(1):551.
16. Spivey LA, Edwards-Leeper L. Future Directions in Affirmative Psychological Interventions with Transgender Children and Adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 4 mars 2019;48(2):343-56.
17. Sievert ED, Schweizer K, Barkmann C, Fahrenkrug S, Becker-Hebly I. Not social transition status, but peer relations and family functioning predict psychological functioning in a German clinical sample of children with Gender Dysphoria. Clin Child Psychol Psychiatry. 1 janv 2021;26(1):79-95.
18. Turban JL, King D, Li JJ, Keuroghlian AS. Timing of Social Transition for Transgender and Gender Diverse Youth, K-12 Harassment, and Adult Mental Health Outcomes. Journal of Adolescent Health. 1 déc 2021;69(6):991-8.
19. Section 2 : Des changements de prénoms et de nom. (Articles 60 à 61-4) - Légifrance [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006149971/#LEGISCTA000006149971](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006149971/#LEGISCTA000006149971)
20. Changer de Prénom Légalement [NOUVELLE LOI 2022] | Aide Financière [Internet]. 2019 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://aide-financiere.net/changer-de-prenom/>
21. droit ES vous le. Une brève histoire du changement de sexe à l'état civil en France | EUROJURIS [Internet]. EUROJURIS - Simplifiez-vous le droit. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.eurojuris.fr/categories/mariage-pacs-concubinage-vie-civile-4800/articles/changement-de-sexe-a-l-etat-civil-37515.htm>
22. Section 2 bis : De la modification de la mention du sexe à l'état civil (Articles 61-5 à 61-8) - Légifrance [Internet]. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000033437635/#LEGISCTA000033437635](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000033437635/#LEGISCTA000033437635)
23. Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse.

[cité 22 juill 2022]. Disponible sur:  
<https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>

24. Alessandrin A. TRANSPHIBIE A L'ECOLE: (IN)ACTIONS CONTRE LES PREJUGES ET LES DISCRIMINATIONS. :7.
25. Plan national d'actions pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023 [Internet]. DILCRAH. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.dilcrah.fr/plan-national-dactions-pour-legalite-contre-la-haine-et-les-discriminations-anti-lgbt-2020-2023/>
26. Suicide: toutes les 40 secondes, une personne met fin à ses jours [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
27. La politique de prévention du suicide - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 23 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide>
28. Piegza M, Głowczyński P. [Minority stress and selected mental disorders in people with gender dysphoria and gender incongruence - a narrative review]. *Med Pr.* 22 avr 2022;73(2):163-72.
29. Dr. Voltisa LAMA. A developmental model of gender identity course based on Hamburg sample of children with gender dysphoria.
30. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics.* 1 mars 2016;137(3):e20153223.
31. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, Newman LK, Warne GL. Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Medical Journal of Australia.* 2012;196(9):578-81.
32. Olson J, Schrage SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *Journal of Adolescent Health.* 1 oct 2015;57(4):374-80.
33. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CLM. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Journal of Adolescent Health.* 1 nov 2016;59(5):489-95.
34. Sievert ED, Schweizer K, Barkmann C, Fahrenkrug S, Becker-Hebly I. Not social transition status, but peer relations and family functioning predict psychological functioning in a German clinical sample of children with Gender Dysphoria. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 1 janv 2021;26(1):79-95.
35. Hartig A, Voss C, Herrmann L, Fahrenkrug S, Bindt C, Becker-Hebly I. Suicidal and nonsuicidal self-harming thoughts and behaviors in clinically referred children and adolescents with gender dysphoria. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 1 juill 2022;27(3):716-29.

## RÉSUMÉ

Objectif : On retrouve peu de données sur les caractéristiques développementales, environnementales et d'accompagnement médical des enfants trans. Cette étude vise à décrire un échantillon clinique par une analyse rétrospective.

Méthode : Cette étude présente un examen des dossiers de 21 enfants pris en charge pour une dysphorie de genre dans le dispositif transidentité de Lille et de Lyon. Nous avons utilisé les informations de dossiers de patients âgés de moins de 10 ans lors de leur première consultation dans le dispositif pour reconstituer le parcours des comportements et identités trans chez ces patients de cette première consultation jusqu'à l'âge de 12 ans. Nous avons analysé l'anamnèse, les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques de l'enfant. Dans un second temps nous avons comparé l'évolution des cooccurrences présentes et celle de la transition sociale de chaque patient.

Résultats : Les premiers des signes d'incongruence de genre sont apparus dans la plupart des cas pendant les années préscolaires à l'âge de 4,5 ans. Les cooccurrences présentes lors de l'entrée dans le dispositif des patients appartenaient essentiellement au registre anxiodépressif. Leur nombre diminuait au fur et à mesure de la prise en charge dans le dispositif chez les personnes initiant ou complétant une transition sociale.

Conclusion : Les enfants trans témoignent de leurs vécus identitaires entre 3 et 5 ans, ce qui confirme les données de la littérature scientifique. Les enfants arrivaient dans le dispositif avec le souhait d'avancer dans leur transition sociale activement. Parallèlement à l'avancée dans le parcours de transition sociale, on observait une diminution du nombre de cooccurrences présentes chez les enfants.

**AUTEURE : Nom :** Mangeot

**Prénom :** Marion

**Date de soutenance :** 13 avril 2023

**Titre de la thèse :** L' enfant trans, quels profils, quels accompagnements, quels devenirs ?

**Thèse - Médecine - Lille année 2023**

**Cadre de classement :**

**DES + FST/option :** psychiatrie option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

**Mots-clés :** transidentité ; enfant trans ; dysphorie de genre ; incongruence de genre ;  
transition

**Résumé :**

**Objectif :** On retrouve peu de données sur les caractéristiques développementales, environnementales et d'accompagnement médical des enfants trans. Cette étude vise à décrire un échantillon clinique par une analyse rétrospective.

**Méthode :** Cette étude présente un examen des dossiers de 21 enfants pris en charge pour une dysphorie de genre dans le dispositif transidentité de Lille et de Lyon. Nous avons utilisé les informations de dossiers de patients âgés de moins de 10 ans lors de leur première consultation dans le dispositif pour reconstituer le parcours des comportements et identités trans chez ces patients de cette première consultation jusqu'à l'âge de 12 ans. Nous avons analysé l'anamnèse, les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques de l'enfant. Dans un second temps nous avons comparé l'évolution des cooccurrences présentes et celle de la transition sociale de chaque patient.

**Résultats :** Les premiers des signes d'incongruence de genre sont apparus dans la plupart des cas pendant les années préscolaires à l'âge de 4,5 ans. Les cooccurrences présentes lors de l'entrée dans le dispositif des patients appartenaient essentiellement au registre anxiodépressif. Leur nombre diminuait au fur et à mesure de la prise en charge dans le dispositif chez les personnes initiant ou complétant une transition sociale.

**Conclusion :** Les enfants trans témoignent de leurs vécus identitaires entre 3 et 5 ans, ce qui confirme les données de la littérature scientifique. Les enfants arrivaient dans le dispositif avec le souhait d'avancer dans leur transition sociale activement. Parallèlement à l'avancée dans le parcours de transition sociale, on observait une diminution du nombre de cooccurrences présentes chez les enfants.

**Composition du Jury :**

**Président :** Renaud JARDRI

**Assesseur :** Amélie ROBIN

**Directeur de thèse :** François MEDJKANE