

Mises au point interactives – Endocrinologie pédiatrique



**C. LEBRUN,
E. PLANTIVE-POCHON,
A. COHEN, C. ROGEZ,
C. DELCOUR,
S. GASPARD, E. FIOT,
L. MARTINERIE**

Équipe pédiatrique pluridisciplinaire d'accompagnement des transidentités (EPPAT), Service d'Endocrinologie et Diabétologie pédiatrique, CHU Robert Debré, PARIS.

Transidentités : reconnaissance précoce et accompagnements proposés

Les transidentités, ou variances de genre, se définissent par une incongruence entre le genre ressenti (spectre large : féminin, non binaire, masculin, genre fluide, agender, autre) et le genre assigné à la naissance (binaire, masculin ou féminin, déterminé sur l'aspect anatomique des organes génitaux), selon la 11^e édition de la classification internationale des maladies et problèmes relatifs à la santé (CIM-11). Un accompagnement personnalisé peut être proposé, en particulier lorsqu'une détresse est associée avec un retentissement dans les différentes sphères de la vie : sociale, familiale et scolaire.

Le terme dysphorie de genre, encore d'usage il y a quelques années, se réfère aujourd'hui spécifiquement à la souffrance éventuellement engendrée par l'incongruence de genre.

Le terme de fille trans (ou fille transgenre) fait référence à une enfant/adolescente assignée dans le genre masculin à la naissance et se ressentant du genre féminin ; et inversement pour un garçon trans (ou garçon transgenre).

Les critères permettant de définir une transidentité reposent sur des arguments cliniques et psychologiques, qui diffèrent entre l'enfant prépubère et l'adolescent.e/adulte, qui s'inscrit dans la durée (6 mois selon le DSM 5 – 5^e édition du Manuel de l'association américaine de psychiatrie –, 2 ans selon la CIM-11 pour les enfants, sans durée définie pour les adolescent.e.s/adultes) et qui peut, ou non, s'associer à une souffrance et une

altération dans la vie sociale/scolaire/familiale. Il est important de souligner que la majorité des personnes trans a un développement anatomique, pubertaire, hormonal et reproductif physiologique. L'inadéquation entre le genre vécu et le genre assigné pourra s'exprimer très tôt, par des comportements non conformes aux stéréotypes de genre, encore très ancrés dans nos sociétés, et/ou une verbalisation, parfois dès l'âge de 2-3 ans. La persistance de ces signes pourra conduire le pédiatre ou le médecin à orienter ces enfants/adolescent.e.s vers une consultation spécialisée, ce d'autant qu'il existe une détresse psychologique associée.

En termes d'épidémiologie, la littérature internationale rapporte des fréquences de 1/11 000 à 1/37 000 femmes trans, et de 1/30 400 à 1/150 000 hommes trans, avec une grande variabilité d'un pays à l'autre en fonction de la reconnaissance des transidentités et de l'accès au soin. La fréquence chez l'enfant atteint quelques pourcents, en lien avec l'évolution connue de l'incongruence de genre chez l'enfant dont témoigne la littérature, à savoir qu'un certain nombre de ces enfants construiront finalement leur identité de genre dans celui qui leur a été assigné à la naissance (on parle alors de "désistants" ou de "persistants"). À l'inverse, si la transidentité persiste à l'adolescence, après le démarrage pubertaire, elle est peu susceptible de disparaître. Des études scientifiques récentes en population générale avancent le chiffre de 1,2 à 1,3 % d'adolescent.e.s concerné.e.s.

Plusieurs équipes françaises proposent aujourd'hui un accompagnement individualisé, fondé sur les difficultés rencontrées par le/la jeune et ses demandes, et qui s'appuie sur des recommandations internationales (*Endocrine Society* 2017, *World Professional Association for Transgender Health* [WPATH] 2022), en intégrant plusieurs dimensions permettant une prise en charge coordonnée et personnalisée.

Accompagnement psychologique

L'accompagnement psychologique intervient en premier lieu afin de recueillir les demandes du jeune et de sa famille et l'aider à explorer son identité de genre. Ces consultations permettent aussi d'identifier d'éventuels troubles affectifs et émotionnels associés (épisodes dépressifs, troubles anxieux, comportements suicidaires), et des traits de troubles du neurodéveloppement, dont les prévalences apparaissent plus importantes dans cette population. Elles permettent ainsi de proposer, si nécessaire, une prise en charge adaptée. L'accompagnement permet également un soutien dans la transition sociale au sein du milieu familial et du milieu scolaire.

Accompagnement juridique et social

La transition sociale consiste à vivre à temps partiel ou à plein temps en étant reconnu. e par son entourage dans le

rôle de genre ressenti, en cohérence avec l'identité de genre. Elle représente la seule mesure de transition possible chez l'enfant prépubère. Des travaux récents suggèrent un impact psychologique bénéfique pour les jeunes transgenres à effectuer cette transition sociale et démontrent que cette reconnaissance sociale serait l'élément principal dans l'amélioration du fonctionnement global. La transition sociale peut être effectuée facilement, du fait des parents et de l'établissement scolaire, et a été facilitée par la publication en septembre 2021 de la circulaire Blanquer *“Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire”*.

Elle peut être également effective sur le plan juridique depuis la “loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle” de 2017 permettant à une personne, y compris mineure, quel que soit son âge, de modifier son prénom à l'état civil par simple demande sur formulaire (et accord parental pour les mineurs). Cette loi permet aussi de modifier la mention du genre à l'état civil, à partir de l'âge de 18 ans, sans nécessité de traitement médical ou chirurgical au préalable. Enfin, les frais médicaux ou en lien avec le suivi peuvent être pris en charge, en France, dans le cadre d'une ALD (affection de longue durée) hors liste, à la demande du jeune et de sa famille.

Accompagnement par l'endocrinologue pédiatre

Un traitement médical à visée de blocage de la puberté physiologique peut être envisagé chez les adolescent.e.s trans lorsque la transidentité persiste ou s'intensifie avec la puberté (à partir du stade Tanner 2) et entraîne une souffrance. Pour ces jeunes, les changements physiques pubertaires peuvent apparaître insupportables et rendent nécessaire cet accompagnement. Les bénéfices en termes de santé résident principalement dans l'amélioration de l'anxiété et de la souffrance en lien avec l'apparition des

caractères sexuels secondaires et permettent une amélioration du fonctionnement global avec une réduction des risques de co-occurrences, notamment dépression, déscolarisation, risque suicidaire, plus élevés dans cette population. Cet impact psychologique positif a été largement souligné par de nombreuses études, dont une étude prospective sur une cohorte de 315 adolescent.e.s, publiée en janvier 2023 dans le *New England Journal of Medicine*.

La prescription des analogues de la GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*), aGnRH ou “bloqueurs de puberté”, suit les recommandations de l'*Endocrine Society* et repose sur la “*Dutch approach*” mise en place aux Pays-Bas vers la fin des années 1990. Le consentement du jeune et de ses parents est recueilli au préalable, et le médecin s'assure que les effets attendus et les effets secondaires potentiels du traitement ont été compris :

- impact transitoire sur la densité minérale osseuse rendant nécessaire la prescription systématique de vitamine D et de renforcer les apports calciques ;
- impact transitoire sur la vitesse de croissance ;
- peu de données de la littérature concernant la taille adulte finale, le pic de masse osseuse et la morphologie du squelette ;
- impact sur les chirurgies futures (notamment la reconstruction vaginale chez les filles trans par la technique d'inversion de la peau du pénis, technique actuellement la plus couramment utilisée pour la muqueuse vaginale, qui est rendue plus complexe par l'arrêt de croissance du pénis) ;
- impact sur la fertilité et les possibilités de préservation de celle-ci.

Ces informations seront reprises par la suite régulièrement en consultation afin de laisser le ou la jeune libre de réévaluer les avantages et inconvénients de son traitement et de le rediscuter.

L'efficacité et la tolérance à court terme des aGnRH chez les adolescent.e.s trans-

genres sont désormais bien établies. En fonction du stade pubertaire, les caractères sexuels secondaires peuvent soit régresser (lorsque le traitement est débuté au stade Tanner 2), soit s'arrêter dans leur développement. Du fait de l'arrêt des changements corporels pubertaires non désirés qu'ils entraînent, les aGnRH permettent également à ces adolescent.e.s d'avoir plus de temps pour explorer leur identité de genre avant de prendre la décision de débiter ou non un traitement hormonal et/ou de réaliser une chirurgie.

Enfin, en empêchant l'apparition de certains caractères sexuels secondaires (mue de la voix, développement de la pomme d'Adam, développement de la glande mammaire...), ils permettent d'éviter certaines chirurgies ou permettent des chirurgies moins invasives. Du fait de son caractère réversible, l'adolescent.e peut, s'il/elle/iel le souhaite, arrêter le traitement, et la puberté physiologique reprendra.

Par la suite, si l'adolescent.e souhaite une transition hormonale, des hormones dites d'affirmation du genre (estrogènes pour les filles trans, androgènes pour les garçons trans) pourront être proposées, généralement vers l'âge de 15-16 ans. Il convient de noter que les récentes recommandations de l'*Endocrine Society* ne font plus référence à un âge minimal, mais suggèrent plutôt un âge auquel l'adolescent.e a une capacité suffisante pour donner son consentement éclairé et évaluer de manière adéquate les avantages et les risques des traitements. L'adolescent.e et ses parents doivent être informés des effets attendus du traitement et des effets secondaires potentiels, notamment sur la fertilité. Ainsi, les options pour préserver la fertilité doivent être discutées.

Des fiches d'informations sur les différents traitements hormonaux (aGnRH, estrogènes, testostérone) ont été créés par le groupe de travail de la Société française d'endocrinologie et diabéto-

Mises au point interactives – Endocrinologie pédiatrique

logie pédiatrique. Cette fiche est remise lors d'une consultation en amont de la prescription, en fonction du traitement envisagé, accompagnée des explications, afin de pouvoir revenir sur ces informations et d'avoir un temps de réflexion.

Toutes ces décisions sont appuyées et validées en France au cours de réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP). L'équipe pluridisciplinaire confirme la persistance de la transidentité, que l'enfant/adolescent.e peut pleinement comprendre les enjeux thérapeutiques et donner un consentement éclairé pour la transition hormonale, que les parents ont donné leurs consentements aux traitements pour leur enfant, et qu'il n'existe pas de contre-indication médicale à l'initiation du traitement. Les jeunes et leurs familles sont informés de la nécessité d'une surveillance médicale et d'un suivi au long cours.

Ces traitements font actuellement l'objet de nombreuses polémiques, non scientifiques, axées sur la peur des retransitions de jeunes qui pourraient, au cours de leur vie, revenir à leur genre de naissance et exprimer des regrets. Les chiffres avancés par les études scientifiques montrent que le pourcentage d'enfants/adolescent.e.s/jeunes adultes ayant retransitionné reste faible, de l'ordre de 1 à 6 %, avec une proportion plus importante de personnes sous aGnRH seuls (soit à un âge plus jeune, sous traitement réversible) qu'après introduction des hormones d'affirmation du genre (moins de 1 %). De ce fait, tout au long de l'accompagnement, il est expliqué aux parents et à l'entourage de rester à l'écoute de leur enfant/adolescent.e en le laissant libre d'évoluer dans l'exploration de son identité de genre, notamment lorsqu'une transition sociale est envisagée à l'âge prépubère.

Par ailleurs, certains jeunes feront le choix d'arrêter leur traitement hormonal sans pour autant remettre en question leur identité de genre, simplement

parce que les effets attendus leur sont suffisants et qu'ils souhaitent être libres de tout traitement.

D'autres accompagnements sont possibles, en fonction des besoins :

- accompagnement par les associations de personnes concernées ;
- orthophonie : pour la rééducation de la voix ;
- dermatologie : pour une épilation au laser ou la prise en charge d'une acné importante ;
- chirurgie : l'équipe pluridisciplinaire accompagne également les demandes de chirurgie qui sont présentées en RCP au préalable. La mammectomie pour les jeunes hommes trans est la seule intervention chirurgicale possible avant 18 ans. Cette chirurgie est souvent très attendue et vécue comme une libération en réduisant significativement la dysphorie ;
- consultation d'informations sur les possibilités de préservation de la fertilité, systématiquement proposée ;
- suivi gynécologique.

Si les études actuelles retrouvent une réelle efficacité et une bonne tolérance des thérapeutiques mises en place à court et moyen terme, il est indispensable de réaliser des études prospectives de plus grande ampleur et à plus long terme qui permettront d'améliorer la prise en charge actuelle, afin de pouvoir proposer le meilleur à ces jeunes et leurs familles.

Conclusion

Des équipes pluridisciplinaires, dédiées à l'accompagnement des mineur.e.s transgenres se sont développées en France depuis 2014. Les enfants et adolescent.e.s trans y sont accompagnés.e.s de manière personnalisée, selon les recommandations internationales, reposant sur des études scientifiques ayant démontré l'impact bénéfique d'un tel accompagnement à court et moyen termes. Il persiste de

nombreuses interrogations, notamment sur le long terme, l'impact sur la sexualité ou la fertilité, en lien étroit avec des questions éthiques et juridiques. L'accumulation de données au long cours permettra d'apporter à ces jeunes et à leur famille les informations les plus éclairées possibles.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Série Genre *Médecine & Sciences* coordonnée par L. Martinerie et P. Czernichow.
- BUTLER G, ADU-GYAMFI K, CLARKSON K *et al.* Discharge outcome analysis of 1089 transgender young people referred to paediatric endocrine clinics in England 2008-2021. *Arch Dis Child*, 2022;archdischild-2022-324302.
- CHEN D, BERONA J, CHAN YM *et al.* Psychological Functioning in Transgender Youth after 2 years of Hormones. *N Engl J Med*, 2023;388:240-250.
- COHEN-KETTENIS PT, OWEN A, KAIJSER VG *et al.* Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 2003;31:41-53.
- HEMBREE WC, COHEN-KETTENIS PT, GOOREN L *et al.* Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 2017;102:3869-3903.
- KHATCHADOURIAN K, AMED S, METZGER DL. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr*, 2014;164:906-911.
- MAHFOUDA S, MOORE JK, SIAFARIKAS A *et al.* Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2019;7:484-498.
- MARTINERIE L, CONDAT A, BARGIACCHI A *et al.* Management of endocrine disease: Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *Eur J Endocrinol*, 2018;179:R219-R237.
- OLSON KR, DURWOOD L, HORTON R *et al.* Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics*, 2022;150:e2021056082.
- OLSON KR, DURWOOD L, DeMEULES M *et al.* Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, 2016;137:e20153223.
- OLSON-KENNEDY J, WARUS J, OKONTA V *et al.* Chest Reconstruction and Chest

Dysphoria in Transmasculine Minors and Young Adults: Comparisons of Nonsurgical and Postsurgical Cohorts. *JAMA Pediatr*, 2018;172:431-436.

- SPACK NP, EDWARDS-LEEPER L, FELDMAN HA *et al*. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 2012;129:418-425.
- THOMA BC, SALK RH, CHOUKAS-BRADLEY S *et al*. Suicidality Disparities Between Transgender and Cisgender Adolescents. *Pediatrics*, 2019;144:e20191183.
- TURBAN JL, BECKWITH N, REISNER SL *et al*. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts

and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*, 2020;77:68-76.

- VRIESALC DE, STEENSMA TD, DORELEIJERS TAH *et al*. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*, 2011;8:2276-2283.
- WARRIER V, GREENBERG DM, WEIR E *et al*. Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nat Commun*, 2020;11:3959.
- WIEPJES CM, NOTA NM, BLOK CJM DE *et al*. The Amsterdam Cohort of Gender

Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med*, 2018;15:582-590.

- World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care, 8th version (2022). www.wpath.org.
- ZUCKER KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*, 2017;14:404-411.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.