



Section Avenirs de Femmes

Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs

Protection de l'enfance et santé publique

Recommandations

Rapport

Mai 2023

Rapporteur : Paule Nathan, Présidente de la Section Avenirs de Femmes

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

Membres de la section Avenirs de Femmes de l'ANA S-J ayant participé à la réflexion, aux rencontres, et à la rédaction du rapport

Claudie BOUGON-GUIBERT : *Vice- Présidente du Conseil National des Femmes Françaises (CNFF). Elue au Conseil International des Femmes (CIF), et Advisor de la commission Nutritional*

Claudie CORVOL : *Présidente de la commission Femmes et Sports du Conseil National des Femmes Françaises (CNFF)*

Jocelyne GAUDIN : *Membre du Cercle Olympe de Bruxelles, économiste, ancien Conseiller à la Commission européenne, Bruxelles*

Françoise JONNARD : *Executive Coach*

Christelle Lime Le Naour : *Docteur en droit. Avocat à la Cour*

Pascale MESNIL : *Présidente de l'Union Européenne des Femmes section française, vice-présidente de la commission internationale au sein de EUW européen union of women (EUW)*

Suzanne NAKACHE : *Docteur en pharmacie. Vice-présidente de Langage de Femmes*

Paule NATHAN : *Médecin. Présidente de l'ANA-Section « Avenirs de femmes », membre du Conseil d'administration de l'ANA Sécurité-Justice*

Francine Valetoux : *Officier supérieur du Commissariat de la marine (er), ex-adjoint au Maire du Havre, chargé de l'Économie, membre de Futuribles International*

Karine VUILLEMIN : *Juriste. Vice-présidente d'honneur de l'Association Française des Docteurs en Droit*

Remerciements à

Catherine Vergely : *Secrétaire générale de l'Union des Associations des Parents d'Enfants atteints de Cancer ou de Leucémie (UNAPECLE)*

Remerciements pour la relecture à

Sophie GALY – DEJEAN : *Magistrat honoraire. Membre du conseil d'administration l'ANA Sécurité-Justice*

Table des matières

PROLÉGOMÈNES	8
1 LE GENRE : DE QUOI PARLE-T-ON?.....	10
1.1 Sexe, genre, identité : quelles différences ?	11
1.1.1 Le sexe	11
1.1.2 Le genre.....	12
1.1.3 L'identité.....	12
1.2 Le vocabulaire qui encadre la prise en charge des soignants.....	13
1.2.1 La dysphorie du genre et l'incongruence du genre.....	14
1.2.1.1 Définitions	14
1.2.1.1.1 La dysphorie du genre selon le DSM 5	14
1.2.1.1.2 L'incongruence du genre et les troubles en lien avec la santé sexuelle selon la CMI-11.....	16
1.2.1.2 Prévalence et évolution de la dysphorie du genre chez les enfants.....	19
1.2.1.2.1 Prévalence de la dysphorie du genre chez les enfants.....	19
1.2.1.2.2 Evolution de la dysphorie du genre chez les enfants.....	20
1.2.2 Les ambiguïtés sexuelles à la naissance ou Variation du Développement Génital (VDG)	21
1.2.3 Les anomalies génitales à la naissance.....	25
1.2.4 La question sémantique et le débat sociétal.....	26
1.3 Inexactitude de l'emploi des mots	27
1.3.1 On m'a assigné (e), je me réassigne	27
1.3.2 Le discours transsexuel sur le corps : castration ou réassignation.....	29
1.4 Peut-on définir un gendrisme « protéiforme »?	29
1.4.1 Les néologismes du genre issus de la société	29
1.4.2 Le glossaire du rapport du CNCDH (cf. : Annexe 11)	31
1.4.3 Le glossaire de la Toile repris par la société.....	31
1.4.4 Des identités difficiles à définir.....	31
1.5 La mise en difficulté de l'institutionnel par les tenants de la problématique sémantique du genre	32
1.5.1 Le rapport de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	33
1.5.2 L'avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)	33
1.5.3 Le constat de la Haute Autorité de la Santé (HAS)	34
1.5.4 Le rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans remis au ministre de la santé par deux acteurs de terrain en 2022	35
1.5.5 Les mises en garde de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH).....	37
1.6 Conclusion.....	38
1.7 Recommandations.....	39
2 PARTICULARITÉS DE LA POPULATION DES MINEURS.....	40
2.1 La prise en compte de la santé mentale des mineurs transgenres: trois constats.....	41
2.1.1 Constat 1 : Une forte prévalence de troubles psychiatriques chez les enfants en demande de changement de genre	42

2.1.2	Constat 2: un taux plus élevé d'autisme en cas de dysphorie du genre que dans la population générale	43
2.1.2.1	Eclairage de scientifiques et de professionnels de l'autisme	43
2.1.2.2	Eclairage européen et australien	45
2.1.3	Constat 3. Nécessité d'un suivi médical étroit pour les transgenres avec TSA	45
2.2	La dégradation de la santé mentale des mineurs	46
2.2.1	Les enquêtes avant la COVID	46
2.2.1.1	Enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	46
2.2.1.2	Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)	47
2.2.1.3	Etude de la Mutualité française	47
2.2.1.4	Données de Santé Publique France (SpFrance)	47
2.2.2	Une dégradation de la santé mentale aggravée depuis la pandémie du Covid	49
2.3	Les causes de la fragilité mentale des mineurs	50
2.3.1	Une vulnérabilité au cannabis et aux substances psychoactives	50
2.3.1.1	Les enfants et adolescents sont hypersensibles aux substances psychoactives	50
2.3.1.2	La France, le pays avec la prévalence de consommation de cannabis la plus élevée de l'Union européenne	50
2.3.2	Des enfants victimes fragilisés	52
2.3.2.1	Le drame de l'inceste	53
2.3.2.2	Les violences sur mineurs ont des répercussions sur leur santé mentale	55
2.3.3	Réflexions sur les filles, sur-représentées dans les candidats à la transition	55
2.3.3.1	Une dysphorie du genre qui se déclenche à la puberté	55
2.3.3.2	Une fragilité propre	56
2.3.3.3	Les filles sont plus souvent victimes de violence	56
2.4	Le dépistage des troubles mentaux et offres de soins saturées	59
2.4.1	Un nécessaire accompagnement spécialisé	59
2.4.2	Les recommandations de la WPATH en faveur d'un psychodiagnostic et une évaluation psychiatrique	60
2.4.3	Le problème de l'appauvrissement de l'offre de soins	61
2.5	Une dysphorie du genre qui ne perdure pas pour la majorité des enfants après la puberté	62
2.5.1	Dans plus des deux tiers des cas la dysphorie des enfants ne perdurera pas à l'âge adulte	62
2.5.2	Des influences de l'environnement	63
2.6	Une communication pas toujours adaptée et potentiellement à risque	66
2.7	Nécessité d'une surveillance de possibles emprises	68
2.8	Conclusion	71
2.9	Recommandations	72
3	PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET PARCOURS DE SOINS DE LA DYSPHORIE DU GENRE DES MINEURS	73
3.1	Les recommandations de prise en charge médicale	73
3.1.1	Une absence de recommandations françaises de prise en charge	73
3.1.2	Le communiqué de l'Académie nationale de médecine	76
3.1.3	Les recommandations internationales	77

3.1.3.1	Les directives de l'Endocrine Society	77
3.1.3.1.1	Une prise en charge par des professionnels qualifiés	77
3.1.3.1.2	Des précautions pour les enfants prépubères	78
3.1.3.1.3	Des traitements de transition hormonales et chirurgicales mis en place après réévaluation clinique du mineur	79
3.1.3.1.4	Une surveillance médicale étroite	79
3.1.3.1.5	Informé des possibles troubles de la fertilité	80
3.1.3.1.6	Pas de chirurgie castratrice avant 18 ans	80
3.1.3.2	Les directives de la WPATH	80
3.1.4	Le risque pour les médecins du non suivi des recommandations	81
3.2	Le parcours de soins.....	81
3.2.1	Prise en charge	82
3.2.1.1	L'accompagnement.....	82
3.2.1.2	Evaluation diagnostique.....	83
3.2.1.3	Les enjeux éthiques.....	83
3.2.1.4	Un devoir d'information de l'enfant et de sa famille	85
3.2.2	L'expérience en vie réelle et la transition sociale.....	85
3.2.3	Les traitements médicamenteux	86
3.2.3.1	Le difficile problème des prescriptions hors AMM	86
3.2.3.2	Les bloqueurs de puberté	90
3.2.3.3	La transition sexuelle proprement dite : les hormones de changement de sexe	91
3.2.4	Les chirurgies dites de changement de sexe	94
3.3	Les risques	95
3.3.1	Pour les bloqueurs de puberté	96
3.3.1.1	Les effets secondaires propres	96
3.3.1.2	Un impact sur la minéralisation osseuse.	96
3.3.1.3	Un impact sur les chirurgies futures	97
3.3.1.4	Des effets à long terme non évalués.....	97
3.3.2	De l'hormonothérapie	97
3.3.2.1	Les événements indésirables.....	98
3.3.2.2	Le risque de stérilité.....	99
3.3.2.3	Des effets irréversibles.....	103
3.3.3	Le risque de pénurie de médicaments.....	104
3.3.4	Le risque épidémique: le communiqué de l'académie de médecine qui alerte	105
3.4	Conclusion.....	106
3.5	Recommandations.....	106
4	ASPECTS JURIDIQUES SUR L'IDENTITÉ DES MINEURS	108
4.1	INTRODUCTION.....	109
4.2	Le régime des mentions des éléments de l'état civil d'une personne.....	111
4.2.1	Le prénom et le nom.....	112
4.2.1.1	Principes	112
4.2.1.2	Des tentatives de contourner le droit.....	112
4.2.1.3	Conditions d'un changement autorisé par la loi (article 60 à 61-4 C. Civ.	113
4.2.1.4	La transidentité déstabilise le droit protecteur des plus fragiles.....	115
4.2.2	Le sexe	117
4.2.2.1	Principe: le sexe repose sur un constat médical ou pas	117

4.2.2.2	Conditions du changement de sexe à l'état civil article 61-5 et suivant du code civil	118
4.3	La notion de consentement libre et éclairé.....	120
4.3.1	De la nécessité absolue du consentement à un acte médical	120
4.3.1.1	La capacité juridique à consentir à un acte juridique	121
4.3.1.1.1	Pas de consentement sans capacité juridique	121
4.3.1.1.2	Le principe de protection de l'incapacité du mineur et du majeur protégée.....	121
4.3.1.2	Le droit commun du consentement.....	122
4.3.1.2.1	Définition	122
4.3.1.2.2	Le consentement doit être exprès, souvent tacite et parfois écrit	123
4.3.1.2.3	Les vices du consentement.....	123
4.3.1.3	Notion d'emprise et de dérive sectaire.....	125
4.3.1.4	Le consentement en droit médical positif	127
4.3.1.4.1	Les obligations du médecin.....	127
4.3.1.4.2	Les droits du patient et leurs limites.....	128
4.3.2	Cadre légal d'une prise en charge médicale d'un mineur.....	131
4.3.2.1	Les droits du patient mineur de moins de 18 ans	131
4.3.2.2	La notion de décision médicale pour sauver ou soigner, voir réparer.....	132
4.3.2.3	Les risques des opérations chirurgicales chez les enfants.....	133
4.3.2.3.1	Le premier des risques : l'anesthésie.....	133
4.3.2.3.2	Le risque hémorragique	133
4.3.2.3.3	Le risque infectieux.....	134
4.3.2.3.4	Le risque cicatriciel.....	134
4.3.2.3.5	Les risques liés aux produits implantés.....	134
4.4	Respect du corps humain et autodétermination	134
4.4.1	Les principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain en droit positif.....	134
4.4.1.1	Portée des principes	134
4.4.1.1.1	Les lois dites de bioéthiques	134
4.4.1.1.2	Dispositif répressif contre les mutilations sexuelles	137
4.4.1.2	Limites des principes	138
4.4.1.2.1	Des atteintes licites à l'intégrité et à l'inviolabilité du corps humain.....	138
4.4.1.2.2	Le droit face au suicide	138
4.4.2	Autodétermination et responsabilité des mineurs.....	140
4.4.2.1	Le droit à l'autodétermination	140
4.4.2.1.1	Interprétation de ce principe.....	140
4.4.2.1.2	L'appréciation du discernement et de la maturité du mineur	142
4.4.2.2	L'appréciation du discernement en droit pénal pour un raisonnement a pari	145
4.5	Un enfant est un mineur sans capacité juridique.....	146
4.5.1	Un régime juridique de protection des mineurs.....	147
4.5.1.1	L'incapacité juridique n'est pas une sanction	147
4.5.1.2	L'incapacité juridique est une protection légale	148
4.5.2	Le discernement des mineurs et le droit de la responsabilité.....	148
4.5.2.1	L'exercice des droits du mineur par le ou les représentants légaux titulaires de l'autorité parentale	149
4.5.2.1.1	Dans la vie quotidienne.....	149
4.5.2.1.2	En matière de santé	150
4.5.2.2	Quel consentement pour quelle responsabilité ?.....	151
4.6	Les différentes options face à la souffrance/au mal être d'un mineur	153
4.6.1	Le nécessaire questionnement du jeune et du praticien.....	153
4.6.1.1	Définitions : genre et identité du genre	154

4.6.1.2	De la transition sociale du genre des mineurs au changement de sexe.	155
4.6.2	Le mal être des adolescents réel ou supposé et les options chirurgicales	156
4.7	Portée de la loi combattant les thérapies de conversion.....	158
4.7.1	Genèse de la loi n° 2022-92 du 31/01/2022 et ses principes	159
4.7.1.1	La problématique	159
4.7.1.1.1	Position de l'Union européenne	159
4.7.1.1.2	Rapport 2020 de l'ONU	160
4.7.1.1.3	Rapport en France sur la santé et aux parcours de soins des personnes trans	161
4.7.1.2	Les principes de la loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022.....	162
4.7.1.2.1	Une finalité claire : lutter contre les pratiques dites de thérapies de conversion.....	162
4.7.1.2.2	Rôle des associations	163
4.7.2	Les ambiguïtés rédactionnelles de la loi et des conséquences mal maîtrisées	163
4.7.2.1	Une interprétation objective difficile	164
4.7.2.1.1	Concernant les médecins.....	164
4.7.2.1.2	Concernant les parents des mineurs	165
4.7.2.1.3	La position mesurée de l'académie de médecine	165
4.7.3	Revenir aux intentions protectrices premières du législateur	166
4.7.3.1	Les enjeux : Ne pas substituer aux souffrances des mineurs d'autres souffrances	166
4.7.3.2	Des influenceurs passibles de sanctions pénales ?	167
4.7.3.2.1	Concernant le domaine de la santé.....	169
4.7.3.2.2	Concernant les mineurs.....	171
4.7.4	Champ d'application de la loi et ses conséquences face à d'autres principes concurrents	172
4.7.4.1	Responsabilité des parents au regard du droit positif.....	173
4.7.4.1.1	Le refus parental comme son acceptation peuvent être pénalement sanctionnés selon les cas 173	
4.7.4.1.2	L'acceptation des transitions hormonale et chirurgicale des parents pour leur enfant mineur 176	
4.7.4.2	Responsabilité des médecins au regard du droit positif	177
4.8	CONCLUSION	181
4.9	RECOMMANDATIONS	182
5	CONCLUSION DU RAPPORT.....	183
6	RECOMMANDATIONS	184
7	ANNEXES.....	188
8	BIBLIOGRAPHIE.....	212

Prolégomènes

Le transgenrisme, terme peu connu dans nos sociétés, a néanmoins envahi depuis ces dernières années les médias et réseaux sociaux en occident et la France n'y a pas échappé. Ce mouvement s'est accéléré et s'est répandu jusqu'à devenir une sorte de mode que la majorité des adultes pensait voir disparaître aussi vite que venue. Or, on s'aperçoit que le transgenrisme s'étend comme une épidémie affectant nos enfants et nos institutions à la manière d'une lame de fond.

De tout temps des variations du comportement ou de l'identité sexuelle ont existé mais la binarité des sexes demeurait le socle naturel des sociétés humaines, tout en reconnaissant le transsexualisme et l'homosexualité.

Mais on assiste depuis plus de dix ans, et surtout ces derniers mois, à une explosion des demandes de transition de genre qu'elles soient sociales, administratives ou médicales. Et plus inquiétantes sont celles qui proviennent d'enfants. Encore vulnérables, alors qu'ils n'ont pas atteint la maturité de l'âge adulte, ils s'engagent dans un domaine encore inconnu pour eux qui risque d'obérer leur avenir et donc leur vie d'adulte. Les transformations physiques et la stérilité sont souvent irréversibles sans retour en arrière, ce que témoignent les détransitionneurs qui regrettent et commencent à parler.

Ce phénomène encore marginal en pourcentage prend néanmoins une place considérable dans le débat public. Il interroge, bouscule le citoyen et surtout déconcerte beaucoup de jeunes à l'âge de l'adolescence où la quête d'identité est importante. A leurs questionnements, peuvent s'ajouter l'influence du groupe ou des réseaux sociaux qui viennent susciter un trouble supplémentaire ou créer artificiellement un désir de changement de genre non ressenti.

Cette question de la transition des mineurs a d'ailleurs interpellé une partie de la communauté LGBT+, à commencer par la World Professional Association for Transgender Health qui reconnaît que les expressions de genre diverses chez les enfants ne peuvent pas toujours être supposées refléter une identité transgenre ou une incongruité de genre. De fait, les trajectoires de genre chez les enfants prépubères ne peuvent pas être prédites et peuvent évoluer avec le temps, ce qui rend impératif aux adultes et institutions, de donner la priorité à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Cet organisme recommande dans la 8ème version de 2022 de ses « Standards de soins » de ne pas prodiguer aux jeunes des traitements comme les bloqueurs de puberté et a fortiori la chirurgie, dont nous savons que les effets sont irréversibles. « *Contrairement aux jeunes et aux adultes pubères, les enfants prépubères de diverses identités de genre ne sont pas éligibles pour accéder à une intervention médicale¹* » Selon cette nouvelle version, « *La seule forme de soins affirmant le genre pour les enfants avant la puberté est le soutien social, comme permettre à*

¹ WPATH. World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 8 Frequently Asked Questions (FAQs). Septembre 2022.

un enfant de choisir des vêtements, des coiffures ou l'utilisation d'un nom différent qui correspond plus étroitement à son identité de genre ».

Le chapitre sur les soins aux adolescents *« recommande que l'expérience d'identité de genre des adolescents TGD soit "marquée et maintenue dans le temps" avant de recevoir des soins d'affirmation de genre, y compris des médicaments qui retardent la puberté »*. Une attitude prudente, quand sait qu'une des principales différences entre les enfants et les adolescents est la proportion de sujets chez lesquels la dysphorie va persister à l'âge adulte, qu'on constate qu'environ 80 % des dysphories du genre de l'enfant ne perdureront pas après la puberté² et que si certains pays, comme la Finlande, la Suède, l'Angleterre, qui s'étaient engagés dans cette voie avec la création de structures innovatrices de prise en charge des enfants « transgenres », font avec un recul significatif, marche arrière.

Face à ce phénomène, aujourd'hui plus social qu'anthropologique, et, pour dépasser le débat haineux des pous et des contres, la section Avenirs de Femmes de l'Association Nationale des Auditeurs Sécurité-Justice a entrepris une étude qui se veut sans parti pris. Sa préoccupation majeure depuis sa création est la protection des mineurs, des plus jeunes jusqu'aux adolescents. Avec le présent rapport, elle a voulu expliquer les enjeux et les dangers d'une transition trop précoce-

Pour atteindre cet objectif, le collectif, auteur du présent rapport, a souhaité reprendre le sujet à sa base, en tentant de le cerner de la manière la plus impartiale possible : de quoi parle-t-on ? Qu'est que l'incongruence du genre, la dysphorie du genre, une transition de genre, par rapport au foisonnement du langage LGBT+ (I). Dans un second temps sont étudiés les problématiques particulières aux mineurs et sur le plan de leur santé et de leur développement mental, physique et physiologique (II). Enfin, s'il n'est pas question de remettre en cause la liberté individuelle de choisir son mode de vie, force est de constater que l'évolution accélérée de ce phénomène, auprès des jeunes notamment, poussent certains à vouloir remettre en question, à bas bruit, les bases de notre système juridique (III), ce qui n'est pas sans répercussions sur tous les autres citoyens et les fondements même de notre société.

² D'après différentes études concernant les enfants, le taux de persistance de la dysphorie de genre à l'âge adulte est évalué entre 12 et 27 %. Catherine Brémont Weill. La dysphorie du genre, place de l'endocrinologue. MCED n°92. Janvier 2018. Drumond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008; 44: 34-45. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosocial outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1413-23. J. Ristori, T.D. Steensma. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*, 28 (2016), pp. 13-20.

1 Le genre : de quoi parle-t-on?

Les recommandations concernant la prise en charge spécifique³ des personnes transsexuelles⁴ porteuses d'une dysphorie du genre⁵, étaient jusqu'à récemment chez les adultes, claires et admises par tous ; corps soignants, réseaux de patients, caisse d'assurance maladie, administration.

Depuis ces dernières années, la notion de transsexuel a évolué vers le terme de trans ou de transgenre et on assiste à un champ lexical varié avec une lente évolution du sexe au genre, du transsexuel au transgenre, de l'identité à la fluidité du genre avec une revendication de différenciation entre le sexe et le genre. Face à ce nouveau contexte, la société est déstabilisée, les jeunes décontenancés au même titre que leur environnement amical et familial. Cette cacophonie sémantique empêche un dialogue clair et serein pour une prise en charge optimale des enfants et adolescents en questionnement par les soignants et leur famille.

La recherche de sens des jeunes dans les sociétés actuelles est criante et couplée à une quête légitime d'identité qui par exemple peut déboucher pour certains sur une simple recherche généalogique tandis que d'autres s'interrogent sur leur propre personne, influencés par la Toile⁶.

Le ou la jeune concerné (e) se pose légitimement les questions : qui est-elle ? qui est-il ? que veut-il ? que ressent-il en un mot « qui suis-je ? ». Difficile de se définir pour des jeunes qui s'interrogent sur leur genre du fait d'un mal être et mal à être, courant à cet âge depuis toujours. Pour y répondre, de nos jours, ils sont tentés d'emprunter la voie de la transition sexuelle qu'ils se voient offrir avec le concept d'assignation du sexe à la naissance⁷. Ils s'orientent vers une autodétermination et une réassignation de leur sexe pour être soi-disant maître de leur propre vie et envies, d'autant que la transition sociale de changement de prénom est très facile à mettre en place⁸.

Jusqu'alors réservées aux très rares porteurs de dysphorie du genre⁹, les thérapies à visée de changement de sexe sont de plus en plus suivies par les mineurs avec une multiplication très

3 Tout traitement médical a besoin d'avoir un diagnostic précis puis une réévaluation quand celui-ci est renouvelé sur de longues périodes.

4 Transsexuels : personnes qui ont le sentiment profond de ne pas vivre dans le corps du sexe de leur naissance. Elles ne ressentent pas forcément, pour autant, le besoin de modifier leur anatomie. Les personnes transsexuelles ont été décrites puis reconnues depuis plusieurs décennies et bénéficient d'une prise en charge médicale spécifique. Le malaise lié à un corps, qui leur semble mal attribué, est ressenti très tôt dans l'enfance et peut perdurer pour un faible part à l'âge adulte.

5 Associé au genre, la dysphorie du genre fait référence à la souffrance d'une personne liée à son mal être car elle ne se reconnaît pas dans son sexe constaté à la naissance

6 Le Word Wide Web en abrégé Web soit littéralement la toile d'araignée mondiale qui permet de consulter des pages accessibles sur des sites comme TikTok, Instagram, Facebook, etc.

7 L'emploi de ce mot revient fréquemment dans tout ce qui touche au genre. Il sous-tend qu'une personne a pris la décision à sa place et que l'on doit s'autodéterminer par une réassignation de son choix.

8 La WPATH dans sa 8^{ème} version recommande « aux professionnels de la santé de discuter des avantages et des risques potentiels d'une transition sociale avec les familles qui l'envisagent ».

9 Le DSM-5 fait état d'un taux variant de 0,005 à 0,014 % pour les trans nés de sexe masculin et de 0,002 à 0,003 % pour les trans nés de sexe féminin. Mais ces chiffres pourraient être sous-estimés : les enfants, les adolescents et les adultes souffrant d'une incongruence de genre ne consultent pas tous un avis médical spécialisé et seul un certain nombre d'entre eux souhaiteront s'engager dans un parcours de transition hormonal et chirurgical.

rapide et exponentielle. Ces thérapies, ont des effets qui peuvent être définitifs et irrémédiables, c'est à dire sans possibilité de retour à l'état préexistant.

En 2022, le ministre de la Santé a accepté le principe d'une mission sur ce sujet confiée à un médecin et un représentant d'une association. Les résultats de ces travaux montrent que les « échanges établis par la mission enregistrent depuis 10 ans une très forte croissance du nombre de mineurs en questionnement de genre et en demande de transition. En revanche, on ne dispose pas de chiffre global sur le nombre de jeunes en cours de prise en charge.¹⁰ ». En outre, « Le nombre de séjours en établissements MCO¹¹ pour lesquels le code diagnostique utilisé F64 (transsexualisme) a été multiplié par trois entre 2011 et 2020 (536 versus 1 615)⁽¹²⁾. Sur la même période, la proportion des séjours dans des établissements du secteur privé est passée de 10% à 28 %(.). Pour les moins de 18 ans, ce nombre de séjours est passé de 5 en 2011 à 48 en 2020¹³. » On remarque le glissement des âges vers le plus jeune âge mineur qui a été multiplié par 9 pour les moins de 18 ans, dont le nombre global est bien supérieur au triplement des personnes majeures

Aussi une première question se pose-t-elle : de qui parle-t-on ? Le transsexuel d'hier est-il le même que le transgenre d'aujourd'hui ? Ce dernier devrait-il relever de la même prise en charge médicale codifiée et reconnue que celle qui concerne ceux qui depuis la petite enfance souffrent de ne pas se sentir dans le bon corps ?

Il nous semble urgent de revoir le vocabulaire employé qui brouille toute la communication institutionnelle et l'organisation de la société dans son ensemble.

1.1 Sexe, genre, identité : quelles différences ?

1.1.1 Le sexe

« Le « sexe » fait référence aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes des femmes (comme les gonades, les organes reproductifs, les chromosomes, les hormones). Le sexe est généralement attribué à la naissance (parfois plus tard, lorsque les caractéristiques sexuelles n'indiquent pas clairement le sexe du bébé, par exemple dans le cas des personnes intersexuées). Le sexe peut être changé : dans le cas des personnes transsexuelles, qui sont nées avec les caractéristiques sexuelles d'un sexe et l'identité de genre de l'autre, des chirurgies de changement de sexe sont effectuées¹⁴. »

¹⁰ Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.

¹¹ Les établissements MCO pratiquent des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique ainsi que des activités de cancérologie.

¹² Evaluation de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation est un établissement public français (ATIH).

¹³ HAS. Parcours de transition des personnes transgenres. Septembre 2022.

¹⁴ Portail du Conseil de l'Europe. Consulté le 20 février 2023.

1.1.2 Le genre

« Le genre est une construction sociale, psychologique et culturelle qui s'effectue dans le cadre du processus de socialisation. Différentes sociétés et cultures peuvent donc avoir des conceptions différentes de ce qui est « masculin » ou « féminin ». Les sociétés mettent en place des normes et des attentes liées au genre, que les individus assimilent au cours de leur vie – y compris dans la famille, à l'école et à travers les médias. La somme de ces influences impose certains rôles et modèles de comportement à l'ensemble des membres de la société. Les normes de genre – souvent limitées aux notions de masculinité et de féminité – évoluent au fil du temps, mais sont généralement basées sur un ordre hétéronormatif qui prévoit qu'il y a deux sexes (genres) et qu'ils sont attirés l'un par l'autre. Les personnes qui ne semblent pas relever de cette notion binaire de genre sont souvent victimes d'exclusion, de discrimination et de violence.(.)

Le genre est très personnel et propre à chaque individu : certaines personnes reconnaissent leur identité de genre dès l'enfance, d'autres seulement plus tard. Le genre recoupe d'autres catégories, comme la classe sociale, la couleur de la peau, l'origine ethnique ou le handicap. Le genre est quelque chose que nous exprimons (expression du genre), parfois intentionnellement, parfois sans réfléchir. Nous communiquons notre genre de plusieurs façons, par exemple par notre façon de nous habiller, de bouger, de nous coiffer et d'interagir avec les autres¹⁵. »

1.1.3 L'identité

L'identité désigne « les valeurs et les normes dans lesquelles chaque personne se reconnaît en tant que sujet. Elle désigne également ce qui permet aux autres de le reconnaître¹⁶ ». « L'ambivalence de la notion d'identité est manifeste, elle est à la fois individuelle et collective, auto-perçue et socialement reconnue. Finalement, la notion d'identité s'intègre dans une dichotomie fondée sur la perception de l'individu et du groupe. Le groupe, la communauté humaine, établit ses normes et des valeurs et en précise les caractères de rattachement. La notion d'identité pose à ce titre la question de sa pérennité, de son immuabilité s'agissant de caractéristiques définitivement acquises¹⁷. »

« L'identité de genre est le sentiment subjectif d'appartenir à un sexe; c'est-à-dire, le fait de se considérer comme un homme, une femme, un transgenre ou tout autre terme identifiant (p. ex., genderqueer, non binaire, agender [identité de genre non normative et non binaire]). (...) Les comportements de rôle de genre sont un continuum entre la masculinité ou la féminité traditionnelles, avec la reconnaissance culturelle croissante que certains sujets ne rentrent, ni ne souhaitent nécessairement s'adapter, à la traditionnelle dichotomie homme-femme. Ces

¹⁵ Ibid.

¹⁶ M. Quilliou-Rioual, Identité de genre et intervention sociale, DUNOD, 2014, p. 27.

¹⁷ Violla François, Professeur de Droit privé et de Droit de la Santé – Centre Européen d'Études et de Recherches Droit & Santé (CEERDS – UMR 5815). De l'assignation à la réassignation du sexe à l'état civil. Etude de l'opportunité d'une réforme. Note de synthèse. Septembre 2017. Réalisée avec le soutien de la Mission de recherche Droit et Justice.

« sujets peuvent se qualifier de genderqueer, non binaire, ou l'un des nombreux autres termes qui sont plus couramment utilisés depuis les 10 dernières années. En outre, les définitions et les catégorisations du rôle de genre peuvent différer d'une société à l'autre. Le terme cisgenre est parfois utilisé pour désigner des personnes dont l'identité de genre correspond à leur sexe attribué à la naissance¹⁸. » Ce néologisme a été imposé à la société par des personnes qui ne se reconnaissent pas dans l'état civil de leur naissance.

***L'identité sexuelle** correspond au sexe par lequel une personne est sexuellement attirée¹⁹. »*

*« Les cultures occidentales tolèrent mieux les **comportements de garçon manqué** chez la petite fille (généralement non considérés comme un trouble de l'identité de genre) que les comportements efféminés ou de "fille manquée" du petit garçon. Nombre de garçons jouent comme des filles ou des mamans, essayant les habits de leurs sœurs ou de la mère. Habituellement, ce comportement fait partie du développement normal. Les non-conformités de genre (comportement qui diffère des normes culturelles du sexe de naissance d'une personne) chez les enfants ne sont pas considérées comme un trouble et habituellement ne persistent pas à l'âge adulte ou conduisent rarement à une dysphorie de genre, bien que les garçons non conformes de manière persistante puissent être plus susceptibles de s'identifier comme homosexuels ou bisexuels à l'âge adulte²⁰. »*

Des cultures, notamment africaines, vivent depuis toujours une binarité sexuelle. Cette tradition a toujours perduré et perdure encore au même titre que l'homosexualité, elle ne porte atteinte ni à la dignité humaine²¹ ni à l'intégrité physique. Cette binarité sexuelle n'est pas propre à l'homme et se retrouve chez d'autres espèces dans la nature.

1.2 Le vocabulaire qui encadre la prise en charge des soignants

Pour les soignants, le vocabulaire employé concernant le trouble ou la pathologie d'une personne considérée, découle d'un diagnostic, point de départ pour engager celle-ci vers un processus de prise en charge codifiée par des recommandations. Cette dernière, lorsqu'elle dure dans le temps, devra bien entendu être réévaluée du fait de l'évolution possible de la personne et de sa pathologie. C'est toute la notion du soin en médecine.

L'incongruence du genre est l'état d'une personne qui ressent une inadéquation entre son sexe biologique et son identité de genre. Mais cette personne ne souffre pas nécessairement de ce décalage²² et ne nécessite d'aucun soin particulier si ce n'est un accompagnement en cas de

¹⁸ George R. Brown. Dysphorie du genre (incongruence de genre). MD, East Tennessee State University Examen médical avr. 2021 | Modifié avr. 2022. Le manuel MSD.

¹⁹ Ibid

²⁰ Idem 8.

²¹ Infra chapitre 5.

²² L'incongruïté de genre ou non-conformité de genre, n'est pas considérée comme un trouble. Certains membres de la communauté transgenre considèrent même que les formes extrêmes de non-conformité du genre sont simplement une variante de la normale de l'identité et de l'expression de genre humaine.

rejet par l'environnement. En revanche tel n'est pas le cas pour ceux qui sont dans une véritable détresse face à une incongruité marquée et si prégnante qu'elle nécessite une prise en charge médicale. On parle alors de dysphorie du genre.

1.2.1 La dysphorie du genre et l'incongruence du genre

1.2.1.1 Définitions

L'incongruence du genre et la dysphorie du genre sont répertoriées dans le DSM et dans la CIM.

Le DSM, ou Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux et des troubles psychiatriques, est un guide pour le diagnostic des troubles qui relèvent d'une prise en charge psychiatrique. Il est élaboré par des centaines d'experts internationaux dans tous les domaines de la santé mentale et réactualisé régulièrement.

La CIM, appelée aussi l'ICD dans sa version anglaise²³, est une classification médicale permettant l'enregistrement et la déclaration, au niveau national et international des causes des maladies (toutes les pathologies non nécessairement psychiatriques) à la différence du DSM, de décès etc. Publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle permet de répertorier les maladies mais également les signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. Depuis, les pays peuvent recenser les problèmes de santé et d'établir des statistiques au moyen d'un système de classification actualisé et cliniquement pertinent, devenue une référence pour le remboursement de l'assurance-maladie et la gestion des programmes de santé nationaux.

1.2.1.1.1 La dysphorie du genre selon le DSM 5²⁴

Il existe une différence entre l'incongruence du genre et la dysphorie du genre.

L'incongruence du genre encore appelée transidentité, est le ressenti d'une personne vivant une inadéquation entre son genre constaté à la naissance, son sexe biologique, et son genre vécu soit son identité de genre. Elle ne se reconnaît pas dans son sexe constaté à la naissance. La personne qui en souffre estime ne pas être née dans le bon corps : un homme dans le corps d'une femme et une femme dans le corps d'un homme.

Le terme dysphorie du genre, antinomique de l'état d'euphorie, fait référence à la souffrance d'une personne liée à son mal être car c'est cette souffrance appelée dysphorie du genre, qui est prise en compte pour une prise en charge médicale qui va affirmer ou infirmer le diagnostic et orienter la personne vers le traitement approprié.

²³ ICD : International Classification of Diseases est la traduction anglaise de la CIM : classification internationale des maladies.

²⁴ La dernière version est le DSM 5 sorti en février 2015.

Chez l'enfant, l'incongruence du genre peut se manifester de manière plus ou moins consciente par l'envie de s'habiller avec les vêtements du sexe opposé, robe pour les garçons, et à contrario refus des robes pour les filles et n'entraîner aucun mal être. Constatée souvent avant l'âge de 2 à 3 ans, ces enfants préfèrent se travestir et insistent sur leur désir d'apparaître comme faisant partie de l'autre sexe.

Le diagnostic d'incongruence entre le genre vécu et le genre lié au sexe de naissance se fait sur la présence d'au moins 6 des 8 critères suivants, le premier étant obligatoire :

- La présence d'un désir marqué ou conviction d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)
- Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre
- Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux
- Une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre
- Une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre
- Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation
- Un rejet de son anatomie sexuelle
- Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe

Le DSM 5 définit chez l'enfant, la **dysphorie** du genre comme une souffrance liée à l'incongruence telle que définie ci-dessus, c'est à dire le décalage entre le sexe de naissance et l'identification de l'enfant dans l'autre sexe présente pendant plus de six mois. **Une forte majorité de ces enfants ne perdureront pas dans cette incongruence de genre génératrice d'une souffrance**, comme définie par dysphorie de genre (voir plus loin).

Chez l'adolescent et l'adulte, son diagnostic est centré sur la mise en évidence d'une souffrance cliniquement importante ou de troubles évidents dans différents domaines depuis la petite enfance, que ce soit dans la vie familiale, sociale, professionnelle.

Cette souffrance psychique extrême s'exprime par une dépression, une anxiété ou une irritabilité qui peuvent provoquer une invalidité importante et/ou l'amener au suicide.

Les critères diagnostiques du DSM 5 de la dysphorie du genre chez l'adolescent et l'adulte sont : (cf. : Annexe 1)

A Une incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et le genre de naissance de durée d'au moins 6 mois, se manifestant par au moins 2 des 6 critères suivants :

Une incongruence marquée entre son genre vécu/exprimé et les caractères sexuels primaires et /ou secondaires (ou dans le cas de jeunes adolescents, un désir d'empêcher le développement des caractères sexuels secondaires)

Un fort désir de se débarrasser des caractères sexuels primaires et/ou secondaires en raison d'une incongruence marquée avec le genre vécu/exprimé (ou dans le cas de jeunes adolescents : un désir d'empêcher le développement des caractères sexuels secondaires)

Un fort désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires de l'autre genre

Un fort désir d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent de son genre désigné)

Un fort désir d'être traité comme un autre genre (ou d'un genre alternatif différent de son genre désigné)

Une forte conviction que l'on a les sentiments et les réactions typiques de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent de son genre désigné)

B La condition est associée à une détresse cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

1.2.1.1.2 L'incongruence du genre et les troubles en lien avec la santé sexuelle selon la CMI-11²⁵

Les notions relatives à la terminologie des troubles de l'identité de genre ont évolué du fait de la nouvelle version de la classification internationale des maladies,

La CIM-10, version 2008, dans son chapitre sur les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte classifiait en F64 les troubles de l'identité sexuelle (le transsexualisme, le travestisme bivalent, les troubles de l'identité sexuelle de l'enfance), en F65 les troubles de préférence sexuelle (le fétichisme, le travestisme, l'exhibitionnisme et le voyeurisme) et en F66 les problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation (troubles de la maturation sexuelle²⁶, l'orientation sexuelle égodystonique, les problèmes sexuels relationnels et autres troubles du comportement psychosexuel). (cf. : Annexe 2)

Elle définissait les troubles de l'identité sexuelle de l'enfance (F64-2) comme : « *Trouble se manifestant habituellement pour la première fois dans la première enfance (et toujours bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie). Les vêtements et les activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour porter ce diagnostic ; il ne suffit pas qu'une fille soit « garçon manqué », ou qu'un garçon soit une « fille manquée ».* Cette définition paraphrasée de la dysphorie du genre était très proche de la définition donnée par le DSM 5.

Les troubles de l'identité de genre chez les individus pubères n'étaient pas classés dans les troubles de l'identité sexuelle, mais dans le chapitre F66 qui traitait des troubles psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation dans le paragraphe

²⁵ La dernière version de la CIM, soit la 11e révision de la CIM a été adoptée par les États membres, à l'Assemblée mondiale de la santé, le 25 mai 2019. Elle est entrée en vigueur le 1er janvier 2022.

²⁶ Le sujet est incertain quant à son identité sexuelle ou son orientation sexuelle et sa souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression. La plupart du temps, cela survient chez des adolescents qui ne sont pas certains de leur orientation, homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, ou chez des sujets qui, après une période d'orientation sexuelle apparemment stable (souvent dans une relation de longue durée) éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.

sur la maturation sexuelle : « *Le sujet est incertain quant à son identité sexuelle ou son orientation sexuelle et sa souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression. La plupart du temps, cela survient chez des adolescents qui ne sont pas certains de leur orientation, homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, ou chez des sujets qui, après une période d'orientation sexuelle apparemment stable (souvent dans une relation de longue durée) éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.* » (cf. : Annexe 2)

La CIM-11, a modifié sa terminologie passant du transsexualisme de l'adulte et des troubles de l'identité sexuelle de l'enfant à l'incongruence du genre de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte et précise : « *L'incongruence de genre se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné. Les comportements²⁷ et les préférences²⁸ qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe.* » (cf. : Annexe 3).

Ainsi, le codage, de l'incongruence du genre a été sortie du chapitre 06 (troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux²⁹) pour le transférer en chapitre 17 dans celui consacré aux affections liées la santé sexuelle^{30 31} (cf. : Annexe 3).

« *L'inclusion de l'incongruité de genre dans la CIM 11 devrait garantir l'accès des personnes transgenres à des soins de santé affirmant leur genre, ainsi qu'une couverture d'assurance maladie adéquate pour ces services. La reconnaissance dans la CIM reconnaît également les liens entre l'identité de genre, le comportement sexuel, l'exposition à la violence et les infections sexuellement transmissibles³².* »

« *Les personnes transgenres sont exposées à un risque accru de problèmes de santé dont les plus étudiés sont l'infection au VIH et autres infections sexuellement transmissibles, les troubles de santé mentale, la consommation de substances psychoactives³³.* »

²⁷ Le comportement sexuel est l'ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel et à sa satisfaction, liés ou non à la reproduction.

²⁸ Les préférences sexuelles comme les pratiques sexuelles sont développées au cours d'expériences sexuelles de la vie.

²⁹ Néanmoins la CIM-11 a maintenu dans la rubrique 6 « troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux » (cf. : Annexe 4) la description des signes cliniques qui peuvent être rapportés à la détresse de la dysphorie du genre du DSM 5.

³⁰ OMS : santé sexuelle. « La santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays. La santé sexuelle, lorsqu'elle est considérée de manière positive, s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. La capacité des hommes et des femmes à être en bonne santé sexuelle et à éprouver un sentiment de bien-être à cet égard dépend : de leur accès à des informations complètes et de bonne qualité sur le sexe et la sexualité ; des connaissances dont ils disposent concernant les risques auxquels ils peuvent être confrontés et de leur vulnérabilité face aux conséquences néfastes d'une activité sexuelle non protégée ; de leur capacité à accéder aux soins de santé sexuelle ; du milieu dans lequel ils vivent, à savoir un environnement qui affirme et promeut la santé sexuelle. Les questions liées à la santé sexuelle sont très variées et englobent l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'expression sexuelle, les relations et le plaisir. Elles ont également trait à des éléments néfastes ou à des pathologiques telles que : les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les infections sexuellement transmissibles (IST) et les infections de l'appareil reproducteur et leurs effets indésirables (comme le cancer et l'infertilité) ; les grossesses non désirées et l'avortement ; les dysfonctionnements sexuels ; la violence sexuelle ; les pratiques néfastes (telles que les mutilations génitales féminines). »

³¹ Les différentes rubriques de la catégorie « affections liées à la santé sexuelle » sont les dysfonctions sexuelles, les troubles douloureux sexuels..(cf. : Annexe 3).

³² Cf.: Annexe 4. World Health Organisation. Gender incongruence and transgender health in the ICD.

³³ HAS. Parcours de transition des personnes transgenres. Septembre 2022.

Ce transfert a pour finalité de **ne plus stigmatiser par la codification des actes médicaux les personnes transsexuelles/transgenres comme des sujets relevant obligatoirement de soins psychiatriques** (cf. : Annexe 5) même si une consultation s'avère nécessaire pour dépister les troubles associés à l'incongruence dans sa version dysphorique c'est à dire de souffrance psychique³⁴.

Bien que la CIM-11, ayant dépsychiatrisé les troubles de l'identité de genre en l'excluant de la classification des maladies comme relevant d'une maladie mentale, à partir du moment où le préadolescent ou adolescent ressent un mal être qui relève de symptômes et non d'une pathologie clinique, il y a la nécessité d'un diagnostic et d'un suivi médical qui devrait être enclenché le plus rapidement possible. La frontière est étroite : « Certains chercheurs soutiennent que le diagnostic de dysphorie de genre est avant tout une pathologie médicale accompagnée de symptômes psychiatriques, apparentée à des troubles du développement sexuel, et non pas principalement un trouble mental. Inversement, certains sujets présentant une dysphorie de genre dans la communauté transgenre considèrent même des formes extrêmes d'incongruité de genre comme des variantes normales rares dans le spectre de l'identité et de l'expression de genre humain avec des symptômes psychiatriques associés³⁵. »

Concernant l'enfant, la CIM-11 précise que: *«L'incongruence de genre de l'enfance se caractérise par une incongruité marquée entre le genre vécu/exprimé de celui-ci et le sexe assigné chez les enfants prépubères. Cela inclut un fort désir d'être d'un genre différent du sexe assigné; une forte aversion de la part de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou ses caractéristiques sexuelles secondaires anticipées et/ou un fort désir pour les caractéristiques sexuelles secondaires primaires et/ou anticipées qui correspondent au sexe vécu ; et des jouets, des jeux ou des activités et des camarades de jeux imaginaires qui sont typiques du sexe expérimenté plutôt que du sexe assigné. **L'incongruence doit avoir persistée pendant environ 2 ans. Le comportement et les préférences de genre variant ne sont pas à eux seuls une justification pour attribuer le diagnostic.** »* (cf. : Annexe 6).

En classifiant les pathologies, la CIM-11 oblige à poser un diagnostic sur les enfants atteints d'incongruence du genre et poser un cadre sérieux pour ne pas faire des surdiagnostics. On peut donc être rassuré qu'un diagnostic sérieux sera posé pour ces enfants afin de leur faire bénéficier, pour ceux qui en ont besoin, d'un suivi médical approprié notamment pour ceux qui viendraient à souffrir de leur état. Ces enfants pourront être accompagnés dans leur intérêt supérieur et espérons-le, soustraient à l'influence de camarades ou de réseaux sociaux sans obérer leur état de santé future. Faut-il rappeler que pour la plupart d'entre eux les symptômes d'incongruence et à fortiori de dysphorie du genre ne persisteront pas à la fin de l'adolescence.

³⁴ En France, cette tendance avait déjà été amorcée en février 2010 en transférant la prise en charge à 100 % pour les soins de l'ALD 23 au titre d'affection psychiatrique de longue durée à l'ALD 31 hors liste. Les demandes d'ALD sont traitées sur la base d'un diagnostic de transsexualisme, transidentité ou dysphorie du genre.

³⁵ George R. Brown. Dysphorie du genre (incongruence de genre). MD, East Tennessee State University Examen médical avr. 2021 | Modifié avr. 2022. Le manuel MSD.

Concernant l'adolescent et l'âge adulte, la CIM-11 précise que: « *L'incongruence de genre de l'adolescence et de l'âge adulte se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre vécu d'un individu et le sexe assigné, ce qui conduit souvent à un désir de « transition », afin de vivre et d'être accepté en tant que personne du genre vécu, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services de soins de santé pour aligner le corps de l'individu, autant que souhaité et dans la mesure du possible avec le genre ressenti avec le sexe expérimenté ou vécu. **Le diagnostic ne peut être posé avant le début de la puberté. Le comportement et les préférences de genre variant ne sont pas à eux seuls une base pour attribuer le diagnostic.*** ». (Cf. : Annexe 7).

1.2.1.2 Prévalence et évolution de la dysphorie du genre chez les enfants

1.2.1.2.1 Prévalence de la dysphorie du genre chez les enfants

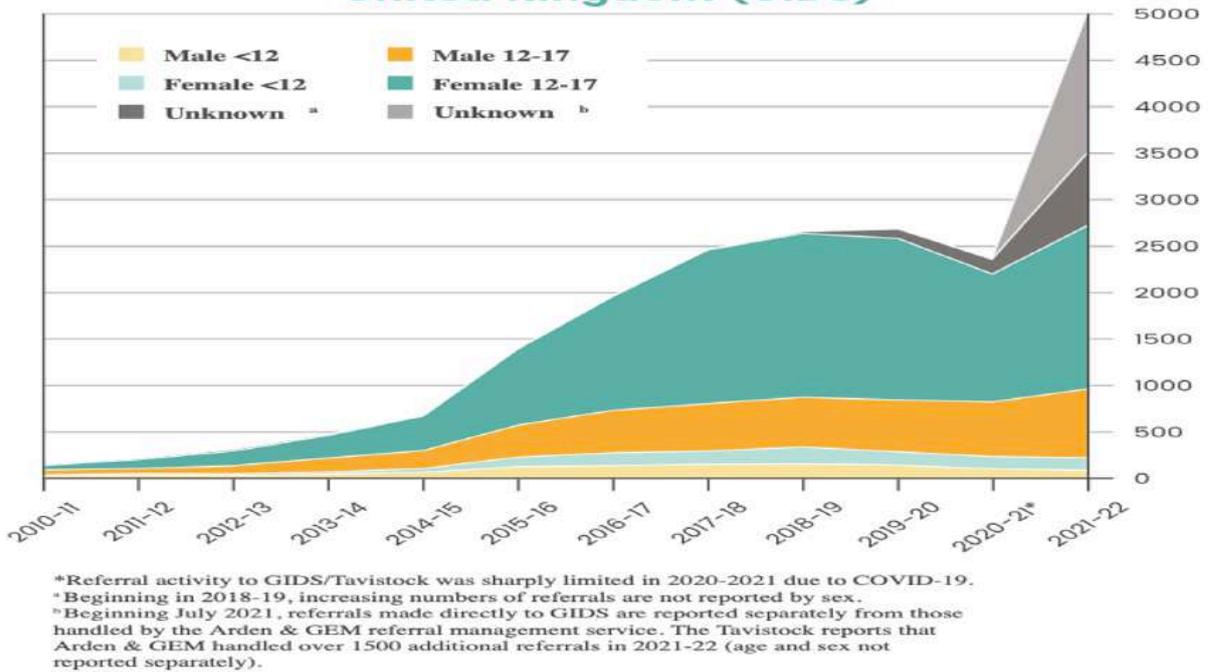
Il n'y a pas d'études actuellement pour évaluer la prévalence de la dysphorie du genre chez les enfants de moins de 15 ans. « **Les estimations de la prévalence de la dysphorie de genre chez les plus de 15 ans sont très variables.** Elles sont le plus souvent calculées à partir du nombre de personnes traitées en centres spécialisés ou d'enquêtes auprès de psychiatres (nombre de personnes trans pris en charge dans un pays ou une région). Le groupe de travail du DSM-5 fait état d'un taux variant de **0,005 à 0,014 %** pour les trans assignés dans le sexe masculin à la naissance et de 0,002 à 0,003 % pour les trans assignés de sexe féminin. **Toutefois, ces chiffres sont probablement sous-estimés** : les enfants, les adolescents et les adultes souffrant d'une incongruence de genre ne sollicitent pas tous un avis médical spécialisé ou non, de même que seul un certain nombre d'entre eux souhaiteront s'engager dans un parcours de transition hormonal et chirurgical³⁶. »

« Pour la prise en charge en ALD pour « transidentité », les chiffres de la CNAM font ressortir 294 bénéficiaires âgés de 17 ans et moins en 2020 (8 en 2013), « ce qui ne rend compte probablement que très partiellement le nombre réel de mineurs suivis³⁷. » **Malgré un recensement très « partiel » on comptabilise 37 fois plus de prise en charge en ALD pour transidentité entre 2013 et 2020. Certains parlent d'une véritable épidémie.**

³⁶ « De l'incongruence à la dysphorie de genre : déstigmatiser le plus possible ! » La revue du praticien. Juin 2021.

³⁷ Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.

Child and Adolescent Referrals for Gender Dysphoria United Kingdom (GIDS)



Site. SGEM. Society for Evidence Based Gender Medicine.

1.2.1.2.2 Evolution de la dysphorie du genre chez les enfants

Parmi les enfants qui souffrent d'une dysphorie du genre, seule une minorité le restera à l'âge adulte.

Des études récentes concernant les enfants, filles et garçons, ont montré que **73 à 88 % des jeunes enfants en questionnement de genre et en s'identifiant transgenre dans l'enfance ne perdurent pas dans leur choix au début de l'adolescence et reviennent à leur sexe de naissance déterminé par leur statut génétique et hormonal.**

Parmi les enfants qui ont présenté une dysphorie du genre, seuls 12 à 27 % en souffriront encore à l'âge adulte³⁸. Chez les adolescents, la persistance à l'âge adulte semble être plus élevée. Il n'y a cependant pas d'étude prospective officielle menée.

« Certains enfants ont des « comportements de genre non conformes », souvent dès leur plus jeune âge. Il s'agit de ces petits garçons qui répugnent aux jeux de leurs congénères pour ne fréquenter que les fillettes de leur classe, se saisissent volontiers de morceaux de tissu pour se confectionner des habits féminins, jouent assidûment à la poupée ou à d'autres activités

³⁸ Catherine Bremont-Weill. La dysphorie du genre. La place de l'endocrinologue. Médecine Clinique Endocrinologie et Diabète. N°92. Janvier 2018.

investies habituellement par les filles selon certains stéréotypes sociaux de genre³⁹. Il leur arrive de déclarer aux adultes de leur entourage qu'ils appartiennent au sexe féminin. De la même manière, certaines petites filles préfèrent les activités des garçons de leur âge, refusent de porter des robes ou les cheveux longs et se glissent dans une identité sociale masculine jusqu'aux déconvenues des premiers signes pubertaires.

Chez ces enfants, le taux de persistance d'une incongruence de genre génératrice d'une souffrance (« dysphorie de genre ») à l'adolescence ou à l'âge adulte varie selon les études : de 2,2 à 30 % chez les sujets assignés dans le sexe masculin à la naissance et de 12 à 50 % chez les sujets assignés de sexe féminin. Parmi les sujets assignés dans le sexe masculin à la naissance dont l'incongruence ne persiste pas et/ou ne se complique pas d'une dysphorie, la majorité est sexuellement attirée vers les hommes cis et s'identifient comme « gays ». Un plus grand nombre de sujets assignés dans le sexe féminin à la naissance persisterait dans leur demande de transition (« persisters ») ; chez celles qui abandonnent ce projet (« desisters »), le nombre d'adultes homosexuelles serait plus faible⁴⁰. »

Une telle constatation impose de respecter l'enfant et de faire un diagnostic de départ avec des réévaluations régulières en le protégeant pour sa sécurité et sa santé future, d'influences qui pourraient l'amener vers une orientation de vie contraire à ce qu'il est et qu'il pourra regretter par la suite : en attestent les témoignages de plus en plus fréquents de détransitionneurs.

1.2.2 Les ambiguïtés sexuelles à la naissance ou Variation du Développement Génital (VDG)⁴¹

La CIM-11 répertorie au chapitre 20 (l'incongruence du genre est traitée au chapitre 17) les anomalies du développement qui comprend les troubles malformatifs du développement sexuel que sont les cas rarissimes des troubles ovo-testiculaires du développement sexuel⁴², la dysgénésie gonadique⁴³ ou les troubles du développement sexuel 46 XY dû à la résistance aux androgènes. (cf. : Annexe 8).

³⁹ « Les stéréotypes de genre sont la croyance que certaines aptitudes ou certains traits de personnalité spécifiques aux garçons d'une part, aux filles d'autre part, seraient présents dès la naissance. Avec, comme corollaire, l'idée que le matériel génétique conditionne les uns et les autres à assurer certains rôles dans la société, selon qu'on est né mâle ou femelle. « Parmi ces idées reçues, toujours fermement ancrées dans les inconscients collectifs : les femmes seraient naturellement multitâches, sensibles, empathiques mais incapables de lire une carte routière, tandis que les hommes seraient bons en maths, un peu bagarreurs et attirés par la compétition », énumère Catherine Vidal, neurobiologiste et directrice de recherches honoraire à l'Institut Pasteur, membre du comité d'éthique de l'Inserm et co-responsable du groupe Genre et Recherche en santé*. » Site : Les pros de la petite enfance consulté le 20 février 2023. « Les stéréotypes de genre constituent un sérieux obstacle à la réalisation d'une véritable égalité entre les femmes et les hommes et favorisent la discrimination fondée sur le genre. Ce sont des idées préconçues qui assignent arbitrairement aux femmes et aux hommes des rôles déterminés et bornés par leur sexe. Les stéréotypes sexistes peuvent limiter le développement des talents et capacités naturels des filles et des garçons comme des femmes et des hommes, ainsi que leurs expériences vécues en milieu scolaire ou professionnel et leurs chances dans la vie en général. Les stéréotypes féminins sont à la fois le résultat et la cause d'attitudes, valeurs, normes et préjugés profondément enracinés à l'égard des femmes. Ils sont utilisés pour justifier et maintenir la domination historique des hommes sur les femmes ainsi que les comportements sexistes qui empêchent les femmes de progresser. » Site Conseil de l'Europe consulté le 20 février 2023.

⁴⁰ « De l'incongruence à la dysphorie de genre : déstigmatiser le plus possible ! » La revue du praticien. Juin 2021.

⁴¹ Les VDS (cf page suivante) recouvrent de multiples situations en rapport avec des variations anatomiques, chromosomiques ou hormonales ne relevant pas strictement du sexe masculin ou féminin.

⁴² Anciennement appelés hermaphrodisme vrai, ce sont des causes rares d'ambiguïté génitale caractérisés par la présence de tissus ovariens et testiculaires chez un individu, entraînant le développement de structures à la fois masculines et féminines.

⁴³ « Le tableau clinique est très variable, allant de la masculinisation partielle avec ambiguïté génitale à la naissance au phénotype complètement masculin ou complètement féminin. Le signe le plus fréquent de la dysgénésie gonadique mixte 45,X/46,XY (DGM 45,X/46,XY)

Les ambiguïtés sexuelles ou Variations du Développement Génital (VDG) existent, très rarement, cela concernerait 10 à 20 cas sur les 800.000 naissances annuelles en France. (cf. : infra le Comité consultatif national d'éthique et Annexe 9)

Elles se présentent chez des nouveaux nés dont l'apparence de leurs organes génitaux externes (OGE) ne permet pas de leur attribuer le sexe féminin ou masculin du fait du seul examen clinique. On parle de personnes intersexes ou intersexuées. Très rare, l'ambiguïté sexuelle revêt de nombreuses variétés.

On doit différencier ces cas d'ambiguïté sexuelle à la naissance où la détermination des organes génitaux externe est ambiguë, des enfants nés avec des organes génitaux externes non ambiguës mais avec des anomalies génétiques dont les diagnostics sont plus tardifs souvent lors de la recherche d'une stérilité par exemple⁴⁴.

Dans les cas d'intersexuation, une opération pour déterminer arbitrairement un sexe le plus proche possible des résultats de l'examen clinique ne doit pas être effectuée dès la petite enfance pour ne pas risquer une véritable incongruence mal vécue si le sexe choisi était une erreur.

C'est pourquoi, en novembre 2019, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rendu un avis et s'est prononcé sur la situation des personnes intersexuées et parle désormais de « *variations du développement sexuel* » (VDS). *Il recommande ainsi de reporter, lorsqu'il n'y a pas d'urgence médicale, les traitements et interventions chirurgicales irréversibles sur les enfants dont le sexe est difficile à déterminer à la naissance afin d'attendre qu'ils soient en capacité d'exprimer un consentement. Cela concernerait 10 à 20 cas sur les 800.000 naissances annuelles en France. Cet avis a été donné car durant cette période vulnérable, les parents optent fréquemment pour des opérations de réassignation sexuelle, sans forcément avoir conscience des conséquences physiques, psychologiques et sociales que cela peut avoir à long terme sur leur enfant⁴⁵.* »

L'environnement et la bonne qualité de la relation parent/enfant sont essentiels pour le bien-être de l'enfant. « *Lorsque l'assignation à une identité sexuée (un genre masculin ou féminin) et l'éducation sont en désaccord (p. ex., en cas d'organes génitaux ambigus ou de syndrome génétique altérant l'apparence des organes génitaux, tel que l'insensibilité aux androgènes), l'enfant peut ressentir une incertitude quant à son identité ou son rôle de genre bien que le*

est le développement asymétrique des testicules, avec souvent d'un côté une dysgénésie testiculaire, et de l'autre côté une gonade réduite à une bandelette fibreuse. L'asymétrie peut aussi toucher les organes génitaux externes et internes. Les nourrissons peuvent présenter une franche ambiguïté génitale et la question de l'assignation sexuelle peut être remise à plus tard ou rester ouverte. Certains nourrissons peuvent présenter une cryptorchidie, une dysgénésie testiculaire partielle et un hypospadias. Les enfants atteints peuvent présenter d'autres signes cliniques du syndrome de Turner (par exemple, une petite taille, des malformations rénales, etc.) Selon le degré de dysgénésie, on peut observer une persistance des structures müllériennes. L'utérus est de taille variable et les organes génitaux internes sont plus ou moins différenciés. Dans les deux sexes, une petite taille est possible et les patients présentent un risque élevé de développer des gonadoblastomes et des dysgerminomes. Le développement global est normal. » Portail des maladies rares et des médicaments orphelins.

⁴⁴ Phénotype de type masculin pour le syndrome de Klinefelter (XXY) et féminin pour le syndrome de Turner (XO).

⁴⁵ Comité consultatif national d'éthique. Avis 132. Questions éthiques soulevées par la situation des personnes ayant des variations du développement sexuel. Paris: CCNE; 2019. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_132.pdf.

degré d'importance des facteurs environnementaux reste controversé. Cependant, lorsque l'assignation à un genre donné et les modalités d'éducation sont sans ambiguïté, même les ambiguïtés des organes génitaux peuvent ne pas affecter le développement de l'identité sexuelle d'un enfant⁴⁶. » Dans ces cas, la formation d'une identité sexuelle stable, apaisée, non conflictuelle, va dépendre de la qualité des relations parents/enfants.

« Il importe de bien faire la différence entre personnes intersexes et personnes transgenres
On qualifie d'intersexes les personnes qui, compte tenu de leur sexe chromosomique, gonadique ou anatomique, n'entrent pas dans la classification établie par les normes médicales des corps dits masculins et féminins. Ces spécificités se manifestent, par exemple, au niveau des caractéristiques sexuelles secondaires comme la masse musculaire, la pilosité et la stature, ou des caractéristiques sexuelles primaires telles que les organes génitaux internes et externes, et/ou la structure chromosomique et hormonale. Ces différences peuvent notamment porter sur le nombre de chromosomes sexuels et leur structure (par exemple XXY ou XO), sur les réponses tissulaires aux hormones sexuelles (par exemple le fait d'avoir un ovaire et un testicule, ou des gonades qui contiennent à la fois des tissus ovariens et des tissus testiculaires), ou encore sur l'équilibre hormonal. Certaines personnes possèdent des organes génitaux qui ne sont pas clairement identifiables comme typiquement masculin ou féminin ; on peut donc facilement, dès la naissance, les identifier comme des personnes intersexes. Pour d'autres, en revanche, la détection a lieu plus tard, pendant la puberté, voire à l'âge adulte (absence de menstruations ou développement de caractères physiques qui ne correspondent pas au sexe assigné par exemple).

Même si, **en règle générale, elles n'ont pas de réels problèmes de santé liés à leur spécificité**, les personnes intersexes subissent couramment des traitements médicaux et chirurgicaux – généralement à un très jeune âge – en vue de faire correspondre leur apparence physique à l'un ou l'autre des deux sexes selon la classification binaire, et ce sans leur consentement préalable et pleinement éclairé.

À l'inverse, les personnes transgenres extériorisent une identité de genre innée qui, compte tenu du sexe qui leur a été assigné, ne correspond pas aux attentes de la société en matière de genre. Elles se heurtent souvent à diverses formes de discrimination, en particulier après avoir décidé d'entreprendre un processus de changement de sexe pour mettre leur corps, leur apparence et leur manière de se comporter en adéquation avec leur identité de genre⁴⁷. »

L'incongruence du genre n'a pas à être mise sur le même plan que l'intersexualité

A l'origine, d'aucuns reconnaissaient que « l'intersexualité » concernait uniquement les caractéristiques biologiques et non l'identité de genre ou l'orientation sexuelle. Loin de la

⁴⁶ George R. Brown. Dysphorie du genre (incongruence de genre). MD, East Tennessee State University Examen médical avr. 2021 | Modifié avr. 2022. Le manuel MSD.

⁴⁷ Conseil de l'Europe. Droits de l'homme et personnes intersexes. Document thématique publié par le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe. Juin 2017.

sémantique des sciences médicales et juridiques le terme « *intersexualité* » dans le langage commun a perdu toute sa clarté pour désigner aujourd’hui une liste à la Prévert de situations qui ne sont pas comparables. Dès lors que la CIM-11 a accepté de codifier l’incongruence du genre dans une autre rubrique que celle se rapportant aux troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux, il est également nécessaire que l’intersexualité ne fasse pas partie de la rubrique des affections liées à la santé sexuelle au même titre que les modifications de l’anatomie génitale féminine et masculine, les anomalies génitosurréaliennes, étant codées ailleurs. (cf.: Annexe 10)

il convient d’être extrêmement précis sur les termes et se référer uniquement à ceux employés dans les rubriques de la dite CIM-11. La CIM-11 rubrique 20, classe ces rarissimes intersexuations dans les anomalies du développement : troubles malformatifs du développement sexuel ⁴⁸ comme les troubles ovo-testiculaires (anciennement hermaphrodisme), les hyperplasies des surrénales et autres pathologies. Ces cas ne sont donc pas classés en chapitre 17, dans le nouveau chapitre consacré aux affections liées la santé sexuelle qui contient l’incongruence du genre.

En conséquence le thème générique d’intersexualité ne devrait pas être employé. En effet, l’intersexualité est englobée dans le thème générique LGBTI qui couvre maintenant « *un vaste groupe de personnes dont les caractéristiques sexuelles ne correspondent pas aux "normes" typiques et binaires masculines ou féminines. Ces caractéristiques peuvent concerner des caractéristiques sexuelles primaires telles que les organes génitaux internes ou externes, les systèmes reproductifs, les niveaux d'hormones et les chromosomes sexuels; ou des caractéristiques sexuelles secondaires qui apparaissent à la puberté*⁴⁹.

Les publications et le discours sur le genre qui se réfèrent de la CIM-11 pour l’incongruence du genre comme des troubles de la santé sexuelle, devraient exclure les ambiguïtés sexuelles constatées à la naissance et autres anomalies hormonales. En effet, les cas qui relèvent d’anomalies hormonales ou génétiques ne peuvent pas à ce titre être répertoriés dans les troubles liés à l’incongruence du genre.

En conséquence, leur prévalence ne doit pas être comptabilisée avec l’incongruence du genre du fait de mécanismes étiologiques différents au risque de gonfler artificiellement les chiffres qui font penser à une fréquence beaucoup plus élevée de l’incongruence du genre. Cette surévaluation de la situation peut en effet conduire à influencer le jeune en questionnement et son entourage avec une terminologie liée à l’idéologie de l’assignation à la naissance et de la réassignation de par la seule volonté du jeune du dit sexe vers le sexe de son propre choix.

⁴⁸ « Le trouble ovo-testiculaire du développement sexuel, anciennement appelé hermaphrodisme vrai, est une cause rare d’ambiguïté génitale caractérisée par la présence de tissus ovariens et testiculaires chez un individu, entraînant le développement de structures à la fois masculines et féminines. »

⁴⁹ Site Amnesty International.org. Azmina Dhrodia. Comprendre le « i » de LGBTI. 25 Octobre 2016. Consulté le 8 mars 2023.

Dans le chapitre du rapport de la CNCDH, au sujet des soins apportés aux personnes intersexes on note « *En 2018, dans son avis sur les maltraitances médicales, la CNCDH avait alerté les pouvoirs publics sur le sujet et rappelait que certains traitements infligés aux personnes intersexes relèvent de traitements inhumains et dégradants. Elle a également rappelé cette préoccupation dans son avis sur les trente ans de la convention internationale des droits de l'enfant. On peut rappeler que le protocole de la HAS qui date de 2018 reste ambigu sur la pratique d'opération de mutilation sexuelle sur les nouveaux nés intersexes. Ces opérations, réalisées afin de rendre l'apparence de leurs organes génitaux conforme au sexe dans lequel sera élevé l'enfant, et ce sans nécessité médicale, entraînent de lourdes conséquences à vie pour les patients et de nombreuses complications. De telles opérations se font au mépris du consentement de la personne, les parents étant souvent contraints de décider très vite.* »

C'est la raison pour laquelle la HAS dans sa grande sagesse est venue préciser que « *tant que l'enfant ne peut pas participer à la décision thérapeutique, aucune action médicale ou chirurgicale potentiellement irréversible ne doit être pratiquée*⁵⁰ », en référence aux cas d'ambiguïté à la naissance et aussi à la dysphorie du genre). Une seule exception toutefois, les interventions chirurgicales sur des bébés dans l'intérêt supérieur de l'enfant pour éviter par exemple une stérilité ou une incontinence urinaire irréversible (ce qui se réfère aux ectopies testiculaires ou hypospadias par exemple).

Dans les cas d'ambiguïté « *L'évaluation clinique et les possibilités chirurgicales seront évaluées. Tant que l'enfant ne peut pas participer à la décision thérapeutique, aucune action médicale ou chirurgicale potentiellement irréversible ne doit être pratiquée. La croissance staturopondérale, l'examen clinique des organes génitaux et l'évaluation identitaire de l'enfant seront organisés dans un cadre souple et non anxiogène. Cette stratégie thérapeutique sera proposée dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire avec la possibilité d'un accompagnement psychologique de l'enfant et des parents. Dans tous les cas, un suivi jusqu'à la puberté puis à l'âge adulte doit être envisagé*⁵¹. »

1.2.3 Les anomalies génitales à la naissance

L'ectopie testiculaire ou l'hypospadias ne sont ni l'un ni l'autre des ambiguïtés sexuelles. Ils sont répertoriés dans le chapitre 20 de la CIM-11 qui comprend les anomalies du développement « *Ce chapitre comprend les affections dues à l'incapacité d'un site ou d'un système corporel particulier à se développer correctement pendant la période périnatale* ».

⁵⁰ « On peut rappeler que le protocole de la HAS qui date de 2018 80 reste ambigu sur la pratique d'opération de mutilation sexuelle sur les nouveaux nés intersexes ». Note de bas de page 81 « La HAS précise d'un côté que « tant que l'enfant ne peut pas participer à la décision thérapeutique, aucune action médicale ou chirurgicale potentiellement irréversible ne doit être pratiquée » mais affirme quelques pages plus loin que « la chirurgie des patients IPA élevés dans le sexe masculin (correction de l'hypospadias, abaissement testiculaire) est réalisée le plus souvent dans la 2e année de vie » sans critiquer cette pratique. »

⁵¹ CRMR développement génital. Protocole national de diagnostic et de soins : insensibilité aux androgènes. Centre de référence des maladies rares. Les centres de référence regroupent des équipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, diététiciennes ..) hautement spécialisés dont l'expertise clinique et scientifique pour une maladie ou un groupe de maladies rares est reconnue par le ministère de la santé.

L'ectopie testiculaire (ou cryptorchidie, ou testicule non descendu) désigne le défaut de migration du testicule⁵² dans la bourse chez le nouveau-né de sexe masculin. A la palpation la bourse est vide car le testicule est resté en position haute. L'hypospadias est une anomalie génitale fréquente du garçon à travers le monde. En France, cela représente environ 1/300 naissances masculines. C'est une anomalie congénitale des organes génitaux externes masculin, dans laquelle l'abouchement des voies urinaires s'ouvre en dessous du pénis. Les conséquences sont fonctionnelles avec un jet urinaire dirigé vers le bas pouvant empêcher le petit garçon d'uriner debout, la verge pouvant être coudée.

Ces anomalies génitales à la naissance sont corrigées chirurgicalement. Les ectopies testiculaires doivent être impérativement corrigées chirurgicalement avant les 3 ans de l'enfant pour garder sa pleine capacité de procréation, y compris en cas de perte du seul testicule fonctionnel à la suite d'un cancer ou d'un accident qui pourrait le rendre stérile. La chirurgie des hypospadias est proposée dans un but fonctionnel et esthétique. L'intervention est réalisée entre 9 et 12 mois.

1.2.4 La question sémantique et le débat sociétal

La question sémantique reflète le débat sociétal : le corps médical préfère parler d'« anomalies du développement génital » pour refléter au mieux la malformation génitale congénitale sous-jacente. Selon les médecins, la notion de « variation » correspond aux différences non pathologiques relevant de la variabilité interindividuelle en population générale. Dès lors qu'il y a une anomalie par rapport à l'embryologie et/ou la physiologie du développement génital, et qu'elle est source de troubles fonctionnels et, potentiellement, de handicap et de troubles psychoaffectifs, il est justifié de se placer dans le registre médical étant donné la vocation de la pratique médicale à *« s'inscrire dans une démarche de réduction de la souffrance et d'augmentation de l'épanouissement personnel »*.

Une partie du monde associatif estime que parler de « variations » est moins stigmatisant. Cela correspond au souhait d'une prise en charge « dépathologisée » excluant toute intervention médicale chez l'enfant en l'absence de risque vital et d'une meilleure acceptation du corps par une meilleure inclusion dans la société. Néanmoins, l'autre partie du monde associatif préfère le registre pathologique pour parler de ces différences et souhaite la normalisation de l'apparence des organes génitaux externes (OGE).

Une petite partie du corps médical s'inscrit dans une démarche volontariste d'apaisement et d'écoute du milieu associatif, et privilégie le terme « variation », recommandé par le Défenseur des droits⁵³.

La différence est difficile à faire pour les non-professionnels entre une ambiguïté sexuelle et une malformation à la naissance sur un enfant de sexe déterminé en fille ou garçon.

⁵² « Le testicule est une glande qui possède deux fonctions: d'une part la fabrication des spermatozoïdes, indispensables à la fertilité, et d'autre part la sécrétion du testostérone, hormone responsable du développement des caractères sexuels de l'homme. Lorsque le testicule se trouve en position haute en dehors de la bourse, il est à la température du corps (37°), ce qui peut altérer la formation des spermatozoïdes. L'intervention chirurgicale vise à le replacer dans le scrotum, où la température est plus basse. » Section Française d'Urologie Pédiatrique (SFUP).

⁵³ Jean-François Eliaou. Variations du développement génital : quelle prise en charge ? Que dit la recherche biomédicale ? Assemblée Nationale. Note N°22. Juin 2020.

1.3 Inexactitude de l'emploi des mots

En ce domaine la sémantique est importante et le mauvais emploi des mots porte à confusion, dont voici quelques exemples.

1.3.1 On m'a assigné (e), je me réassigne

Concernant la problématique du genre, les termes d'assignation et de réassignation sont très employés. On entend dire actuellement de certains jeunes « *on m'a assigné fille à la naissance, j'ai le droit de vouloir devenir garçon* » ou « *on m'a assigné garçon à la naissance, j'ai le droit de vouloir devenir fille* ». Avec ce terme assigné, on induit le doute dans les esprits des jeunes en recherche d'identité et on leur fait croire en la possibilité d'un libre choix du genre/sexe et donc d'une autodétermination.

Que signifie « assigné »⁵⁴ ? Le verbe « assigner » signifie « attribuer ou prescrire plus ou moins impérativement à quelqu'un, à un groupe... ».

A la naissance on constate au vu des organes génitaux externes le sexe de l'enfant, la vulve chez la petite fille, la verge chez le petit garçon, qui sera déclaré à l'officier d'état civil et retranscrit sur l'acte de naissance⁵⁵.

Néanmoins par exception, le terme assigné est seulement employé pour les enfants qui naissent avec une ambiguïté sexuelle, phénomène rarissime⁵⁶.

Le sexe ne pouvant être déterminé formellement dans ces cas-là on assigne un sexe⁵⁷. Les enfants présentant une telle variation du développement génital doivent être orientés vers des centres de référence des maladies rares où ils seront pris en charge par une équipe pluridisciplinaire.

On peut se poser la question d'un tel regroupement non justifié.

Le Comité consultatif national d'éthique le note « *les effectifs correspondants varient fortement selon les points de vue : très importants pour les associations de personnes intersexes (1,7 % à 2 %, voire plus, pour certaines d'entre elles), mais considérés par les médecins comme relevant des catégories des « maladies rares », soit 0,02% des naissances. Par ailleurs, la majorité des cas de variations du développement sexuel ne pose pas de problème d'assignation à un sexe et ne met pas en jeu le pronostic vital*⁵⁸. » Leur mentions

⁵⁴ Dictionnaire Larousse.

⁵⁵ L'état civil d'une personne se compose d'un ensemble d'éléments qui l'identifient tels que le sexe, la date et lieu de naissance, ou encore le prénom et le nom.

⁵⁶ 10 à 20 cas sur les 800.000 naissances annuelles en France.

⁵⁷ En novembre 2019, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a rendu un avis et s'est prononcé sur la situation des personnes intersexuées et parle désormais de « variations du développement sexuel » (VDS). Il recommande ainsi de reporter, lorsqu'il n'y a pas d'urgence médicale, les traitements et interventions chirurgicales irréversibles sur les enfants dont le sexe est difficile à déterminer la naissance afin d'attendre qu'ils soient en capacité d'exprimer un consentement. Cet avis a été donné car durant cette période vulnérable, les parents optent fréquemment pour des opérations de réassignation sexuelle, sans forcément avoir conscience des conséquences physiques, psychologiques et sociales que cela peut avoir à long terme sur leur enfant. »

⁵⁸ Comité Consultatif National d'éthique. Avis 132. Questions éthiques soulevées par la situation des personnes ayant des variations du développement sexuel. Avis adopté le 19 septembre 2019, à l'unanimité des membres présents.

plus fréquentes ces derniers temps dans les médias associées au genre peut procéder d'un voyeurisme et d'un phénomène de foire pour une maladie rare.

En effet la désignation « *variation du développement sexuel* » (VDS) regroupe un grand nombre de pathologies différentes qui ont en commun un développement anormal des organes génitaux externes et/ou internes. Les causes peuvent être génétiques, hormonales ou du fait de perturbateurs externes (médicaments⁵⁹ ou toxiques⁶⁰).

Il est urgent de mettre de l'ordre dans la désignation des termes employés car le fourretout actuel du genre n'est fait que pour nous faire croire que toute la société a un problème avec le genre. **Cette croyance aboutit à une société scindée entre les cys et les trans, des mineurs de plus en plus malmenés par des injonctions d'affirmation de genre, une inflation de prescriptions médicamenteuses non justifiées et qui aggraveront d'autant le difficile problème de l'accès aux soins et de la pénurie de médicaments.**

Ce terme assignation, associé au genre qui revient très fréquemment dans les médias et employé à tout va, est perçu par les mineurs comme un interventionnisme à la naissance : on n'a pas constaté leur sexe, on leur a assigné puis conforté leur genre par l'éducation. Or, leur ressenti peut-être différent. A la question « *qui suis-je ?* » certains s'assignent eux-mêmes dans un autre genre.

On a l'impression que les termes assignation/ réassignation sont la nouvelle « porte des étoiles » qui ferait passer directement⁶¹ les jeunes via la transition vers une vie plus épanouissante sans mal être, vers une communauté plus accueillante que nos vieilles sociétés. Alors que le transsexualisme, tel qu'il était envisagé et traité jusqu'alors, bénéficiait d'une longue maturation de la personne accompagnée tout au long du parcours par un balisage et des recommandations encadrées par un protocole.

Il est à noter que si le mot transsexualisme⁶² est rejeté actuellement au profit de ceux de transgenre et de transidentité, le parcours de soin est identique vers un changement de sexe !!!

A ce jour, l'étape de changement de sexe par une réassignation chirurgicale n'étant plus obligatoire depuis 2016 pour changer de sexe à l'état civil, on aurait pu s'attendre à moins de traitements hormonaux ou d'opérations chirurgicales. Ce n'est hélas pas le cas, ce qui est particulièrement alarmant.

⁵⁹ Comme le Distilbène, médicament donné il y a une cinquantaine d'années chez les femmes enceintes, qui a entraîné chez les garçons une baisse de la fertilité voire même une augmentation de l'incidence de l'hypospadias et de la cryptorchidie.

⁶⁰ Par exemple les perturbateurs endocriniens.

⁶¹ L'utilisation des sites et internet est démonstratif. Un jeune en questionnement est dirigé directement vers des sites qui lui expliquent le parcours de transition.

⁶² « Le terme transsexualisme, utilisé essentiellement par les médecins, est de moins en moins employé, car il entraîne une confusion entre sexe et genre et contient une connotation pathologisante. On lui préfère les termes «transgenre» et «transidentitaire», plus neutres. »

1.3.2 Le discours transsexuel sur le corps : castration ou réassignation

Les chirurgies de changement de sexe sont des castrations. « *Dans les parcours MtF, la chirurgie de réassignation recouvre des interventions de chirurgie pelvienne (castration avec pénectomie, création d'un néo-vagin par vaginoplastie), et des interventions de chirurgie mammaire (plasties d'augmentation mammaire)⁶³. » Dans les textes des associations LGBTI+ le mot castration est aussi employé. Le mot réassignation n'évoque en aucun cas un des problèmes majeurs des transitions médicales et chirurgicales : la remise en cause la procréation future⁶⁴. « *La plupart des CECOS commencent à s'organiser pour délivrer l'information nécessaire et faciliter les démarches de préservation. Ces dernières restent encore rares faute d'information, du fait du caractère invasif de certains actes de préservation (notamment le prélèvement d'ovocytes) ou d'un refus de décaler ou suspendre le traitement hormonal le temps d'effectuer la préservation. Le sujet est encore plus complexe à aborder avec les plus jeunes et leurs parents, en cas de blocage de la puberté ou d'engagement d'un traitement hormonal⁶⁵. »**

« Il y a des sujets qui consultent en demande de castration : à rebours du constat freudien de l'angoisse de castration, il existerait donc des sujets qui la revendiquent, qui protestent contre le corps reçu en partage. Certes, castration chirurgicale et castration symbolique n'appartiennent pas au même répertoire sémantique, ni peut-être aux mêmes catégories diagnostiques. Les associer serait abus de langage. Encore que, selon des militants transsexuels, c'est sous l'effet de l'horreur de la castration, voire de la répulsion, chez les psychanalystes névrosés, qu'ils désignent comme « mutilation » ce que les candidats au bistouri définissent comme « réparation ». La demande de réassignation sexuelle est à la fois ce procès fait au corps hérité et détesté, et l'expression d'une confiance sans bornes dans le corps de l'autre sexe, doublé d'une confiance non moins démesurée dans les capacités de la médecine et de la chirurgie de le faire réel⁶⁶. »

1.4 Peut-on définir un gendrisme « protéiforme »?

1.4.1 Les néologismes du genre issus de la société

Si dans les conversations usuelles on utilise les expressions d'attirance sexuelle ou de travesti(e) bien connues depuis toujours et définies par les dictionnaires usuels, pléthore de néologismes autour de la notion de genres sont apparus ces dernières années.

⁶³ HAS. Parcours de transition des personnes transgenres. Septembre 2022. Volume 70, issue 8. December 2022, Pages 408-426.

⁶⁴ AU CECOS de l'hôpital Jean Verdier « 80 personnes ont été vues au CECOS pour une consultation d'information dont 40 mineurs ; très peu ont poursuivi les démarches jusqu'à une conservation de gamètes (et en particulier peu de personnes FtM) ».

⁶⁵ Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.

⁶⁶ Jean-Pierre Jacques. Le discours transsexuel sur le corps. Cahiers de psychologie clinique ; 2008/1. N°30. Pages 147-158.

A la différence de l'androgynie, du transsexualisme, de l'homosexuel, du gay, de la lesbienne, de la dysphorie du genre, du travesti, tout ce qui suit sont des constructions intellectuelles pour faire décliner toute la palette possible entre un « mâle » et une « femelle »:

Bigenre : personne bigenre qui se voit avec deux identités de genre. Les genres peuvent être masculin, féminin ou mélangés et ressentis en même temps ou de manière distincte à différentes périodes de la vie.

Cisgenre : personnes en accord avec leur sexe et leur genre constaté à la naissance. Ce néologisme est construit, en opposition à celui de trans, cisgenre/transgenre, cissexuel/transsexuel. Dans des publications LGBT⁶⁷ on note qu'elles créent une opposition entre trans contre cis.

Drag queen : soit drag pour *Dressed like A Girl* (habillé comme une fille) et queen c'est à dire « reine », mot utilisé outre-manche pour désigner à l'origine les homosexuels de manière péjorative. Ce sont des personnes artistes qui se construisent un rôle exagéré avec des archétypes du sexe opposé.

Expression de « genre » : la manière dont une personne exprime ouvertement son genre dans son comportement, sa coiffure, ses choix vestimentaires, son maquillage, sa voix...

FtM : soit Female to Male, de femme à homme (synonyme : homme trans). Soit une personne née féminin mais qui change ou a changé d'identité pour devenir un homme.

Genre : représentation sociale du sexe : tantôt l'expérience du genre, c'est à dire le genre avec lequel la personne veut se voir perçue par la société.

Identité de genre : catégorie de genre à laquelle une personne estime appartenir, c'est l'expérience intérieure que chaque personne a de son genre. Soit le sentiment d'être une femme, un homme, ou d'être ni l'un ni l'autre ou à un autre point dans le continuum du genre garçon fille dit autre(s) genre (s).

MtF Male to Female, d'homme à femme (synonyme : femme trans) soit une femme née biologiquement homme et qui fait ou a fait un processus de transition.

Trans : personnes concernées par des démarches de transition soit purement sociale soit ou engagées dans un processus médical ou chirurgical selon la majorité des articles et ouvrages. L'individu qui se considère « trans socialement » se réfère au seul désir de changer de prénom, d'apparence, d'état civil et refute le lien avec la sexualité.

Iel : personne sans distinction de genre, par exemple « iel » à la place de « il » ou « elle ».

Transidentité : terme qui tend à remplacer celui de transsexualité pour montrer que la sexualité s'intègre dans la question plus vaste de la reconnaissance identitaire car sortie du modèle binaire du sexe. Il n'y aurait pas une transidentité mais des transidentités.

Transition de genre : processus qu'une personne né dans un sexe qui va entreprendre un changement de genre. Il peut s'agir d'un changement de prénom, de vêtements, d'état civil, voire pour certains de recourir à un traitement hormonal et/ou des opérations chirurgicales.

Transphobie : c'est le rejet, le mépris des personnes ou comportements associés aux transsexuels et transgenres. Mais il est important de rappeler que toute personne qui

⁶⁷ « Le sigle « LGBT » (pour lesbienne, gay, bisexuel, transgenre) est né du regroupement de plusieurs réalités sous une même désignation. Il a cependant évolué au cours du temps, avec l'ajout de différentes lettres désignant d'autres identités ne se reconnaissant pas dans les lettres LGBT mais ne considérant pas non plus appartenir à la « norme » hétérosexuelle et/ou cisgenre. Le sigle « LGBT » est donc aujourd'hui utilisé sous différentes formes : LGBTQ (Q, pour *queer*), LGBTI (I, pour intersexe), LGBTQIA (A, pour asexuel) ou encore, avec l'emploi du « + » à la fin du sigle afin de l'ouvrir à toute personne ne se reconnaissant ni dans les autres lettres, ni dans les normes hétérosexuelles. CNCDH. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité de droits. Rapport. 2022.

s'interroge sur ce sujet n'est pas transphobe, pas plus que celles qui n'adhèrent pas au dogmatisme de certaines associations LGBTI+.

Stéréotype de genre : norme sociale définissant les comportements supposés caractéristiques d'un genre dans une culture, une religion, une société.

Sexo-différenciation : éléments de différence qui concernent le sexe mais aussi le genre.

1.4.2 Le glossaire du rapport du CNCDH⁶⁸ (cf. : Annexe 11)

Allié(e), Asexuel(le) / ace, Binarité / bicatégorisation, Biphobie, Bisexuel(le), Cisgenre / cisidentité, Cispassing /passing, Coming-out, Deadname, Dyadique, Dysphorie de genre, En questionnement, Expression de genre, Femme transgenre (H to F / MtF), Gay , Genderfluid / fluide, Hermaphrodisme vrai, Hétéronormativité, Hétérosexisme, Hétérosexuel(le), HSH, FSF, Homme transgenre (F to H / FtM), Homophobie, Homosexuel(le), Identité de genre, Intersexe / intersexuation, Intersexophobie, Lesbienne, Lesbophobie, LGBTI+ / LGBTQI, LGBTIphobie, Mégenrage, Monosexuel(le), Non-binaire /genderqueer, aporagenres, bigenre, trigenre, polygenre, genderfluid, Orientation sexuelle, Outing, Pansexuel(le), Pronoms, Queer, Safe space, Sérophobie, Sexe assigné à la naissance / sexe biologique, Sexisme, Transidentité / transgenre / transsexuel, Transphobie, Travestissement / travesti(e).

1.4.3 Le glossaire de la Toile repris par la société

Allosexuel, Aphobie, Apoggenre, Aporagenre, Aroace, Aromantique, Asexuel, Assigné-e à la naissance, Autodétermination (droit à l'), Auto-indentifié, Bear, Bicurieux, Biphobie, Cétérosexualité, Cissexisme, Coming-out, Deadname, Demifille, Demigarçon, Demigenre, Demi-non-binaire, Demiromantique, Demisexuel, Dicklit, Dysphorasexuel, Genderfluid, Genderqueer, Gender neutre, Genre variant, Grausexuel, Heterosexisme, Homoflexible, Identité de genre, Iel, LGBT, Maverique, Mégenrer, MTEV, Non-Binaire, Omniasexuel, Outing / outer, Pangenre, Passing / Cispassing. Quadrisien, Quoigenre, Saphisme, THS, Torique, Transexuel·le, Transsexualisme, Trans / Transgenre, Transidentité, Transition, Transphobie. Trixique.

1.4.4 Des identités difficiles à définir

Le sigle LGBTQIA + montre toute la difficulté pour appréhender le « phénomène du genre » qui prend de plus en plus d'ampleur.

⁶⁸ Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité de droits. Rapport. 2022. « Les définitions contenues dans ce glossaire sont des définitions de travail, présentées ici de manière à permettre au lecteur de se familiariser avec certains mots et concepts en usage dans ces domaines. Elles ne prétendent ni à l'exhaustivité, ni à l'exclusivité, et sont susceptibles d'évoluer. »

« Ce sigle désigne l'ensemble des identités possibles rassemblées (au moins) par un point commun : elles ne correspondent pas à la sexualité majoritaire dans laquelle un homme (né homme) a un rapport avec une femme (née femme). **L comme lesbienne.** Une femme qui a des relations sexuelles avec une femme. **G comme gay.** Un homme qui a des relations sexuelles avec un homme. **B comme bi.** Une personne qui a des relations sexuelles avec un homme ou avec une femme. **T comme trans.** Une personne née homme ou née femme et qui ne se sent pas appartenir à ce genre. «Le terme transsexuel-le est parfois utilisé pour désigner plus spécifiquement les personnes trans opéré-e-s. Les personnes non-opéré-e-s peuvent être appelé-e-s transgenres. Pour éviter d'instaurer une hiérarchie, on préférera le terme personnes trans, qui permet d'inclure la multiplicité des parcours et des identités», détaille l'AJL⁶⁹, dans son «kit à l'usage des rédactions». **Q comme queer.** Sa définition est un peu plus floue, mais le terme est finalement très simple à comprendre : une personne se dit queer quand elle ne se reconnaît pas dans la sexualité hétérosexuelle, ou ne se sent pas appartenir à un genre défini. **I comme intersexe.** Les personnes intersexes ne sont nées ni homme ni femme. Il existe plusieurs situations qui peuvent mener à l'intersexuation. Gaëtan Schmitt par exemple, que Libération avait rencontré en 2017, est né avec un micropénis et un vagin rudimentaire. En France, environ 200 enfants seraient concernés sur les 800 000 naissances annuelles. **A comme asexuel :** «Les personnes asexuelles ne ressentent pas le besoin de s'engager dans des relations sexuelles», explique l'association pour la visibilité asexuelle. Elles peuvent avoir des relations amoureuses mais revendiquent le droit à ne pas ressentir d'attraction physique. **+ comme : et tous les autres.** Aux Etats-Unis, le sigle le plus long est **LGBTQQIAAP** : lesbian, gay, bisexual, transgender, transexual, queer, questioning (des personnes qui se questionnent sur leur sexualité), intersex, asexual, allies (les alliés hétérosexuels de la cause), pansexuels (qui revendiquent une attraction pour n'importe quel genre). On voit parfois aussi en anglais apparaître un **O**, pour «other» (les autres). Aujourd'hui, le terme **LGBT** est le plus couramment utilisé et, à ce titre, correspond le mieux pour décrire la situation de ces personnes et de leurs revendications. Nous y ajoutons un **+** pour englober toutes les autres réalités⁷⁰ ».

1.5 La mise en difficulté de l'institutionnel par les tenants de la problématique sémantique du genre

La confusion est grande entre l'incongruence, la dysphorie du genre, l'intersexualité, les anomalies du développement génital, les variations du développement génital... Le flou persiste, les rapports se suivent et deviennent aussi de plus en plus flous et peuvent devenir inexploitable pour une prise en charge sereine.

⁶⁹ Association des Journalistes Lesbiennes.

⁷⁰ Guillaume Lecaplain. Journal Libération 2018.

1.5.1 Le rapport de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

En 2011, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) note le problème de définition sémantique et informe qu'il n'a pas pu obtenir un consensus à cet égard.

« La difficulté réside dans la diversité des situations et des sémantiques utilisées : transgenre vs transsexuel (avant et après opération), dysphorie de genre, trouble de l'identité sexuelle, trouble de l'identité de genre, incongruence du genre, « genre non-conforme » (traduction approximative d'une notion figurant dans la dernière version des *Standard of care de la WPATH*⁷¹), etc. De fait, tous les termes utilisés sont connotés et donnent lieu à interprétation. Actuellement, il semble que de nombreux acteurs s'accordent à utiliser le terme plus neutre de « Trans » pour désigner les personnes engagées dans une démarche de transition, ayant subi ou non une chirurgie de réassignation. Toutefois, cette appellation ne fait pas l'unanimité, certains considérant que **l'entretien d'un flou sémantique** pourrait faire reculer les acquis, la médecine comme l'assurance maladie s'accommodant difficilement de notions trop imprécises.

En tout état de cause, que ce soient les hommes qui deviennent femmes (Male to Female : MtF) ou les femmes qui deviennent hommes (Female to Male : FtM) la population s'auto-identifie comme transsexuel, transgenre ou transidentitaire, indépendamment de son orientation sexuelle.

La mission, à l'issue des multiples entretiens qu'elle a conduits, face au constat de **l'absence de consensus sur les termes à employer** et au risque de rédaction de propos peu clairs, susceptibles d'interprétations critiques, de confusions ou de procès d'intention, a fait le choix d'utiliser le terme de **transsexualisme**⁷², évoqué par la lettre de mission. En revanche, elle a privilégié le terme de « personnes trans » pour désigner toutes les personnes concernées, comme le font actuellement la plupart des auteurs de travaux et d'ouvrages sur ce sujet⁷³.»

1.5.2 L'avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

La difficulté sémantique des variations du développement sexuel est notée par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

Le CCNE pose le problème des personnes ayant des variations du développement sexuel : **« Des manifestations de ces variations hétérogènes et complexes: les effectifs correspondants varient fortement selon les points de vue : très importants pour les associations de personnes intersexes (1,7 % à 2 %, voire plus, pour certaines d'entre elles), mais considérés par les médecins comme relevant des catégories des « maladies rares », soit 0,02% des naissances.**

⁷¹ WPATH. World Professional Association for Transgender Health.

⁷² Transsexualisme est différent de trans comme nous l'avons vu. L'un se définit par le désir permanent d'être débarrassé de ses caractères sexuels de naissance pour acquérir les caractères sexuels de l'autre sexe et de mener la vie d'un sujet de l'autre sexe qui peut amener au parcours médical de transition totale y compris chirurgicale notamment en cas de dysphorie du genre. Tandis que le qualificatif « trans » concerne tout un tas d'individus du transgenre, au binaire, au genderfluide...qui ne justifie pas tous d'une prise en charge médicale.

⁷³ Igas. RM2011-197P. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme établi par Hayet Zeggar et Muriel Dahan. Décembre 2011.

Par ailleurs, la majorité des cas de variations du développement sexuel ne pose pas de problème d'assignation à un sexe et ne met pas en jeu le pronostic vital. »

« Devant le constat en 2019 d'une absence de consensus sur la délimitation du champ des variations du développement sexuel et du vocabulaire employé, d'une absence de dialogue entre professionnels et associations de personnes intersexes, d'une absence d'accord sur les bonnes pratiques dans l'intérêt de l'enfant entre les équipes médicales et parfois entre les quatre sites du Centre de référence, sans parler des points de vue d'autres équipes ayant des compétences particulières, de l'engagement de procédures juridictionnelles par les associations militantes et par des personnes ayant été opérées

Le CCNE propose de : « créer avec le Centre de référence et ses vingt centres de compétence un Forum des pratiques et de leurs conséquences, qui permette aux personnes concernées, aux parents, aux professionnels de la santé, aux juristes et autres intervenants engagés dans ce champ spécifique, de trouver un dispositif leur permettant d'échanger, de dialoguer et d'entendre les différents points de vue ;

- d'organiser régulièrement à l'échelle nationale des assises interdisciplinaires, conférences périodiques de consensus éthique, incluant les différents professionnels impliqués dans le champ de la santé, mais aussi les associations de patients et de personnes intersexes, ainsi que des spécialistes de l'éthique, du droit, et des études sur le genre, afin que soient créées les conditions de réflexions communes sur les pratiques. Ces réunions pourraient permettre des avancées majeures et favoriser le changement du regard et des représentations de la société sur les enfants et/ou adultes présentant des variations du développement sexuel, ce qui est d'une importance capitale⁷⁴. »

1.5.3 Le constat de la Haute Autorité de la Santé (HAS)

« Un manque de données préjudiciable concernant les personnes intersexes et les personnes trans. La diversité des variations du développement sexuel d'une part, et des phénomènes de variation de genre d'autre part, a été bien décrite par le conseil de l'Europe. Pour autant, l'absence de consensus sur leur définition et la lente évolution des connaissances contribuent à méconnaître ces situations du point de vue médical, comme du point de vue social⁷⁵. »

On ne peut que constater et déplorer que les auteurs du rapport de la CNCDDH n'aient pas compris la décision de la HAS⁷⁶ dans sa dichotomie des opérations de chirurgie sur les organes génitaux à la naissance, à autoriser et à interdire sur de très jeunes patients. Il convient de ne pas confondre d'une part les chirurgies réparatrices précoces pour anomalies fonctionnelles

⁷⁴ Comité consultatif national d'éthique. Avis 132. Questions éthiques soulevées par la situation des personnes ayant des variations du développement sexuel. Paris: CCNE; 2019. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_132.pdf.

⁷⁵ HAS. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social.

⁷⁶ Rapport de la CNCDDH. Page 393. La HAS précise d'un côté que « tant que l'enfant ne peut pas participer à la décision thérapeutique, aucune action médicale ou chirurgicale potentiellement irréversible ne doit être pratiquée » mais affirme quelques pages plus loin que « la chirurgie des patients IPA élevés dans le sexe masculin (correction de l'hypospadias, abaissement testiculaire) est réalisée le plus souvent dans la 2e année de vie » sans critiquer cette pratique.

génitales qui ne sont pas des ambiguïtés sexuelles comme le ou les testicules non descendus et d'autre part, les interventions les opérations de « confort » qui autrefois systématiques, ont entraîné des dommages préjudiciables à l'enfant dans son développement. Dans le premier cas il s'agit d'une intervention non préjudiciable qui est réalisée dans l'intérêt supérieur de l'enfant pour lui éviter un handicap, la chirurgie précoce lui conservant la fonctionnalité de ses organes et/ ou sa fertilité. Dans le second cas, la participation de l'enfant à la décision d'opérer ou non est indispensable à partir de ses 13 ans, sachant qu'à cet âge les complications sont moindres et l'information sur l'intervention lui est due.

On peut se demander si c'est le fait de personnes mal intentionnées qui se servent de cette confusion pour détourner les statistiques du nombre important des enfants par exemple porteurs d'hypospadias (1 pour 300 naissances masculines) afin de les faire rentrer, grâce à un vocabulaire destiné à embrouiller les esprits, dans la catégorie des enfants porteurs d'une incongruence du genre, souvent qualifiée abusivement de dysphorique.

Pour le commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, **la variation du développement sexuel** correspond à une variation du « *sexe chromosomique, gonadique ou anatomique, n'entrant pas dans la classification établie par les normes médicales des corps dits masculins et féminins*⁷⁷. »

La proportion de personnes trans est estimée entre 0,5 et 2 %, toutefois ces chiffres évoluent avec les définitions, plus ou moins médicalisées [voire « pathologisantes » selon le terme employé par les personnes concernées et les acteurs associatifs (15-17)] de la transidentité (18, 19). Actuellement, on conçoit que la transidentité concerne des personnes jeunes, y compris des enfants. Le conseil de l'Europe a d'ailleurs souligné en 2013, que le nombre d'enfants trans est certainement plus élevé que les estimations publiées de 1/500 ».

1.5.4 Le rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans remis au ministre de la santé par deux acteurs de terrain en 2022

En juillet 2021, malgré ce flou sémantique persistant, le ministre des Affaires sociales et de la Santé a accepté de confier une mission à deux acteurs de terrain sur la prise en charge des personnes trans et leurs parcours de transition « qu'ils soient juridiques sociaux ou médicaux⁷⁸ ». Leur rapport a été remis au Ministre en 2022.

*« L'évolution du regard sur les questions de genre et l'émergence d'associations trans plus nombreuses, contribuent à rendre plus visibles et audibles **les attentes des personnes trans en matière de facilitation des parcours de transition, qu'ils soient juridiques, sociaux ou médicaux**⁷⁹. C'est dans ce contexte que le ministre en charge des solidarités et de la santé a*

⁷⁷ Conseil de l'Europe. Droits de l'homme et personnes intersexes. Document thématique. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2015. <https://rm.coe.int/droits-de-l-homme-et-personnes-intersexes-document-thematique-publie-p/16806da66e>.

⁷⁸ Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.

⁷⁹ CNCDH. Rapport. Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité des droits. « La transition sociale se traduit dans le changement de prénom d'usage, une vie sociale dans le genre choisi ; la transition médicale passe par un parcours de soins qui

fait une double saisine : d'une part celle de la HAS en vue de l'édition en 2022 de recommandations de bonnes pratiques concernant l'organisation des parcours de transition médicale et d'autre part celle en vue de l'élaboration du présent rapport, pour dresser un état des lieux de la santé des personnes trans et des parcours de transition médicale, repérer de bonnes pratiques et faire des recommandations, avec aussi pour perspective d'éclairer les travaux à venir de la HAS⁸⁰. »

Dans ce rapport est notifiée la récréation de **l'enfant « créatif dans le genre » bien loin de la souffrance de la dysphorie du genre et de l'incongruence du genre.** *« Pour les enfants « créatifs dans le genre », la priorité est d'abord de leur permettre d'explorer leur identité de genre dans un environnement de vie bienveillant (famille, école ...), avec un soutien psychosocial (de l'enfant et de la famille) qui permette de réduire les risques de souffrance, de décrochage⁸¹. »* Cette expression créatif dans le genre est d'autant plus regrettable qu'elle va à l'encontre des références exposées dans la CIM-11 et le DSM 5: *« Le comportement et les préférences de genre variant ne sont pas à eux seuls une justification pour attribuer le diagnostic. »* Elle est à rapprocher du terme variation de genre

«Dysphorie de genre: sentiment de détresse ou de souffrance, physique ou mentale, vécue par une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance. Ce terme étant d'origine médicale et associé à la notion de souffrance, il est de plus en plus souvent remplacé par le terme «variation de genre», plus neutre, car les personnes trans ne ressentent pas toutes de souffrance et donc de dysphorie⁸². »

Dans un souci de démedicalisation et de dépathologisation revendiqué par les associations, l'expression « dysphorie du genre » disparaît au profit de celle de « variation de genre » et les anomalies du développement sexuel sont remplacées par les variations du développement sexuel.

Cette déclaration efface les stéréotypes de genre et va à l'encontre des recommandations exposées dans la CIM-11 et le DSM 5 : *« « Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe »* et fige l'incongruence du genre chez l'enfant en l'incitant à commencer une transition sociale qui nie la reconnaissance d'un mal être qui pourrait être dû à tout autre problème.

Cela induit à encourager aussi les enfants à explorer non pas leur corps mais leur identité de genre et à les pousser à s'affirmer dans le genre opposé à l'instar de toute autre acquisition qui les conduit à refuser un mode non binaire. Ceci pourrait les conduire au mieux à la fluidité du genre au pire à la transition qu'ils n'auraient pas désiré au fond d'eux-mêmes. En outre, cette

visé à réduire les caractéristiques physiques du sexe de naissance et à développer celles du genre auquel s'identifie la personne (hormonothérapie et/ou interventions chirurgicales ...); la transition juridique consiste dans le changement de prénom et de sexe à l'état civil. »

⁸⁰ Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.

⁸¹ Ibid.

⁸² Glossaire du rapport de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité de droits. Rapport 2022.

démarche est dangereuse car elle tend à proscrire toute interrogation concernant le refus réel ou supposé de l'enfant par rapport à son genre et/son mal-être qui peut être dû à tout autre chose.

Pourquoi s'opposer à l'emploi des expressions « *dysphorie du genre* » ou « *incongruence du genre* » si ce n'est pour soustraire l'enfant à un encadrement médical et le rigidifier par l'autodétermination, tout en déresponsabilisant les adultes à commencer par les parents qui doivent exercer l'autorité parentale dans l'intérêt supérieur de leur enfant ?

On peut également s'interroger de tous ces termes « *incongruents* » par rapport à la difficile problématique du genre qui implique la santé de l'enfant, son avenir et son intégrité physique quand la CIM-11, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, précise que si « *L'incongruence de genre se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné* » elle ajoute « ***Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe*** ». Ce qui exclut toutes les autres « variations de l'identité ».

1.5.5 Les mises en garde de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH)

La WPATH⁸³, association mondiale de référence, rappelle que : « *les expressions de genre diverses chez les enfants ne peuvent pas toujours être supposées refléter une identité transgenre ou une incongruité de genre* » « ***Les comportements de genre non-conforme chez les enfants peuvent persister à l'âge adulte, mais de tels comportements ne sont pas nécessairement les indicateurs d'une dysphorie de genre et d'une nécessité de traitement. Comme décrit dans la section III la dysphorie de genre n'est pas synonyme de la diversité dans l'expression de genre.*** » et qu'elle utilise le terme « *diversité de genre* » étant donné que les trajectoires de genre chez les enfants prépubères ne peuvent pas être prédites et peuvent évoluer avec le temps ».

Aussi, il ne faudrait pas que des recommandations puissent concerner des mineurs qui n'en ont pas besoin et les poussent à un processus de changement de sexe avec des chirurgies qu'ils n'auraient pas voulues au départ. De même, on peut se demander pourquoi veut-on absolument orienter les mineurs dans un processus de transition médicale.

Le rapport de 2022 précité regroupe donc une population extrêmement hétéroclite et a été rédigé sous deux prismes le transsexualisme/dysphorie du genre dont la prise en charge médicale avait déjà été étudiée, sauf chez les mineurs⁸⁴, puisque ces derniers ne devraient pas recevoir de traitements irréversibles aux effets secondaires préjudiciables à leur développement.

La question est posée : doit-on englober dans l'intersexualité les anomalies congénitales du développement sexuel comme la cryptorchidie, les micropénis, les hypospades ou autres qui ne posent en aucune façon le problème de l'assignation du sexe à la naissance et d'incongruence

⁸³ WPATH. Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. 8^{ème} version. 2022.

⁸⁴ Voir chapitre 2.

de genre et risque d'entraîner de plus en plus de mineurs sur un questionnement de genre ? ou doit-on se référer à des définitions médicales nécessaires dans l'intérêt supérieur de l'enfant pour une prise en charge qui devra être, si elle est nécessaire de toute façon médicalisée et suivie.

En outre, la notion de « *personnes trans* » qui regroupe un tas d'individus avec des dénominations protéiformes risque de diviser la société entre les cis et les trans. C'est dans ce sens que la communauté LGBT s'élargie vers les LGBTQIA+. Il ne faudrait pas que ces mouvements qui, au départ, s'étaient mobilisés pour aider les minorités comme les lesbiennes, gay, etc. entraînent dans un tourbillon toute la société avec un impact un impact sur la fragilité des mineurs. qui peut être irréversible.

Le problème prend de l'ampleur quand la médiatisation d'un sondage de l'Ifop pour le magazine Marianne⁸⁵ paru en 2020 fait état de 22 % des 18-30 ans qui déclarent ne pas se reconnaître dans les deux catégories de genre fille ou garçon. (cf.: Annexe 12). Qu'en penser ? Il eut été judicieux de se demander si ce ne sont pas les stéréotypes de genre de l'homme ou de la femme prévalents dans nos sociétés qui sont rejetés au lieu de banaliser la fluidité du genre dans la société. Les stéréotypes de genre les plus répandus sont ceux qui véhiculent que les hommes doivent être virils, forts affirmés et les femmes douces, serviables, séductrices. « *Un stéréotype lié au genre est une opinion généralisée ou un préjugé quant aux attributs ou caractéristiques que les femmes et les hommes possèdent ou doivent posséder et aux rôles qu'ils jouent ou doivent jouer. Un stéréotype lié au genre devient néfaste dès lors qu'il limite la capacité des femmes et des hommes de développer leurs compétences personnelles, d'exercer un métier et de prendre des décisions concernant leur vie* ⁸⁶ .»

1.6 Conclusion

Une vision brouillée pour les jeunes, leur famille, la société et l'institutionnel

Appréhender le genre est très complexe. Cette complexité est surtout liée au changement de terminologies. En très peu de temps, nous sommes passés du transsexualisme bien codifié dans sa définition et sa prise en charge à un gendrisme qui peut être fluide.

Ce concept très flou d'une identité de genre garde le même enjeu concernant l'enfant à savoir : A-t-il vraiment des troubles ? Que signifient les troubles exprimés par celui-ci ? sont-ils rapportables à une autre pathologie ? Qu'elle est prise en charge la mieux appropriée pour celui-ci ? Comment le protéger ?

Vu la diversité des situations il serait bon de clarifier chaque cas au moins pour les plus jeunes. Comment distinguer pour un enfant, une ou un adolescent une situation « : transgenre vs

⁸⁵ IFOP pour Marianne : Fractures sociétales : enquête auprès des 18-30 ans. Novembre 2020.

⁸⁶ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH). Stéréotypes liés au genre. Le HCDH, les droits des femmes et l'égalité des genres.

transsexuel (avant et après opération), dysphorie de genre, trouble de l'identité sexuelle, trouble de l'identité de genre, incongruence du genre, « *genre non-conforme* ». D'autant qu'actuellement la transgenrité est associée à la santé sexuelle.

De quoi se perdre et se noyer à un âge où il faut être bien structuré. Il semble dans l'intérêt de jeunes enfants, adolescents ou jeunes adultes et de leur famille de faire consensus sur le vocabulaire employé pour ne pas créer de la confusion chez ces jeunes qui ont déjà une difficulté à se définir eux-mêmes, cette interrogation est habituelle dans ce moment de transformation.

Le flou du gendrisme contraste avec la voie unique proposée qu'est le parcours social de changement de prénom, porte ouverte vers le blocage de la puberté et la prise d'hormones du sexe opposé pour réassigner le sexe. Beaucoup se réfèrent à la classification CIM-11 qui a voulu déstigmatiser l'incongruence du genre en intégrant la codification des actes médicaux de l'incongruence du genre dans les troubles de la santé sexuelle plutôt que dans les actes de maladies psychiatriques.

Suivons les recommandations de cette même CIM-11 du point de vue de l'enfant *«L'incongruence doit avoir persistée pendant environ 2 ans. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe»*.

Des films et documentaires mettent en scènes ou font témoigner des parcours d'enfants dans leur transition mais sans aucune réflexion sur le caractère réversible/irréversible et les possibles effets secondaires, le diagnostic est posé immuable avec comme seule réponse de la part des adultes la transition comme unique chemin. Aucune interrogation ne porte sur le pourquoi du mal être de l'enfant.

Gardons-nous de répondre à la demande d'une société presse bouton pour une réponse la plus rapide possible évitant toute interrogation ou attention sur d'éventuelles conséquences irréversibles et graves, à différents degrés jusqu'à dangereuses, pour la santé d'un enfant. En bonne santé physique, il va devoir ingérer des traitements à vie pour que son corps accepte cette transformation. Rappelons-nous aussi que les jeunes aiment jouer avec les mots et ont souvent une conduite à risque et que dans 80 % des cas une dysphorie de genre dans l'enfance ne perdure pas au-delà de l'adolescence⁸⁷.

1.7 Recommandations

⁸⁷ Le taux de persistance de la dysphorie de genre à l'âge adulte est évalué entre 12 et 27%. Drumond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008; 44: 34-45. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosocial outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1413-23. Voir partie II.

Il nous semble urgent de revoir le vocabulaire employé qui brouille toute la communication institutionnelle et l'organisation de la société dans son ensemble. Il convient donc de faire consensus sur le vocabulaire employé pour ne pas ajouter de la confusion à ce sujet qui met en jeu la santé et l'avenir des enfants.

Chez le mineur, devant l'augmentation importante constatée dans cette population des questionnements sur leur genre et la pression qui leur est mise pour entamer un processus de transition **nous recommandons de définir de toute urgence et de clarifier la prise en charge des mineurs porteurs d'une incongruence de genre, hors de tous traitements irréversibles ou aux lourds effets secondaires. Il est important pour la prise en charge de différencier une non-conformité de genre isolée d'une dysphorie de genre.**

Suite aux alertes de médecins et surtout de celle de l'Académie de médecine (cf.: Annexe 13) sur cette véritable épidémie, nous souhaitons voir évaluer, puis réévaluer régulièrement, le nombre de mineurs suivis, prépubères et pubères, pour dysphorie du genre/transidentité/transgenre en ALD et hors ALD. A cet effet, nous préconisons de répertorier tous les mineurs, prépubères et pubères, ayant fait l'objet de tels traitements et d'en suivre les évolutions sur les dix années suivantes.

2 Particularités de la population des mineurs

La population des mineurs, âgée de moins de 18 ans en France, et tout particulièrement celle des adolescents, de 10 à 19 ans, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, se définit comme une population complexe très sensible à son environnement qui se caractérise par un rythme de croissance élevé et des changements physiques et psychologiques importants. Le psychanalyste Raymond Cahn⁸⁸ souligne bien cette complexité en définissant l'adolescence comme « *ce temps où la conjonction du biologique, du psychique et du social parachève l'évolution du petit homme.* » C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé.

Cette population est placée sous la responsabilité juridique et médicale des parents, tuteurs ou tout autre organisme agréé sur décision de la justice, jusqu'à sa majorité acquise à 18 ans.

⁸⁸ Notamment " L'Adolescent dans la psychanalyse " PUF. 2002.

Population par sexe et groupe d'âges en 2023 : effectifs			
Groupe d'âges	Femmes	Hommes	Ensemble
Moins de 15 ans	5 750 207	6 025 619	11 775 826
15-19 ans	2 062 755	2 181 207	4 243 96

Population par sexe et groupe d'âges en 2023: effectifs d'après l'INSEE

On ne peut l'appréhender que dans son ensemble tant l'enjeu est important pour le devenir de ces jeunes enfants.

La convention relative aux droits de l'enfant (CIDE) signée et ratifiée par la France, impose aux états de protéger l'enfant contre toutes formes de mauvais traitements, y compris sexuels⁸⁹. Ce n'est qu'avec une vue d'ensemble de cette population que l'on pourra aider l'enfant dans son parcours s'il ressent une incongruence de son genre qui ne s'associe pas forcément à la détresse de la dysphorie du genre. Reconnaître ses fragilités permet de l'aider et de le protéger sans pour autant l'orienter obligatoirement vers un parcours de transition qu'elle soit sociale, hormonale ou chirurgicale alors qu'il n'en a pas nécessairement besoin. Mais actuellement, tout se heurte à une indisponibilité de structures de prise en charge qu'il s'agisse des enfants en fragilité mentale ou des enfants en questionnement de genre. Selon la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) « *il n'y a pas assez de dispositifs en France pour accueillir convenablement les enfants et les parents concernés. La plupart des ressources en ligne sont mises à disposition par les associations. Les services publics ne se sont pas du tout emparés du sujet*⁹⁰. »

2.1 La prise en compte de la santé mentale des mineurs⁹¹ transgenres: trois constats

Si la fragilité psychologique et psychique de la population des mineurs a été révélée à la société avec la pandémie de la Covid 19, elle a toujours existé et donné lieu à plusieurs études par le passé. Cependant, malgré leurs préconisations, elles n'ont pas toujours abouti à la mise en œuvre d'un accompagnement de soutien adapté à leur développement. Une des leçons de cette pandémie a été de mettre en lumière les différents types et causes de souffrances des enfants, quelle que soit leur tranche d'âge. Pour les plus fragiles d'entre eux, il est impératif de mettre en place des prises en charge le plus rapidement possible eu égard aux évolutions de leur croissance et au besoin manifeste d'être accompagné dans leur développement. Il faut prendre garde à ne pas passer à côté de diagnostics susceptibles de mettre en danger leur santé physique,

⁸⁹ CIDE du 20 novembre 1989 entrée en vigueur le 2 septembre 1990.

⁹⁰ La Caf.fr, dans la rubrique : Le magazine-Vie de famille, un article a été mis en ligne: « Mon enfant est transgenre comment bien l'accompagner ? ».

⁹¹ Code Civil 388 aliéna 1 : « Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis. »

physiologique ou psychique, dont la dysphorie du genre phénomène aujourd’hui très présent dans leur environnement. Il ne faudrait pas non plus ajouter de la souffrance à l’actuelle souffrance aux causes multiples et réelles de ces jeunes en se focalisant sur un symptôme sans procéder à un véritable diagnostic qui devra être réévalué régulièrement. Actuellement trois constats se dégagent relativement au profil des mineurs trans.

2.1.1 Constat 1 : Une forte prévalence de troubles psychiatriques chez les enfants en demande de changement de genre

Beaucoup de publications relatent le fort taux de troubles psychiatriques dans la population des enfants et adolescents ayant une demande de transition. Elles évoquent ces troubles pour les engager vers un parcours de transition sociale dans un premier temps, puis vers les bloqueurs de puberté et traitements hormonaux et chirurgicaux de « réassignation ». Cependant, faire la part des différents troubles de la santé mentale est difficile surtout par rapport aux Troubles du Spectre de l’Autisme (TSA) mais pas seulement. *« Des troubles psychiques en lien avec l’identité de genre trans* et son vécu peuvent conduire à un état dépressif, et inversement un état dépressif peut conduire à des interrogations plus générales sur l’identité. De même, pour les TSA⁹², il est difficile de déterminer s’ils indiquent un diagnostic séparé ou si les troubles de la communication et du lien social sont en partie secondaires à la transidentité. Dans certains cas, la transidentité semble être un trait du TSA qui constitue alors une entité à part⁹³. »*

La Haute Autorité de la Santé (HAS) reconnaît qu’en France cette population n’est pas étudiée « La prévalence des troubles du spectre de l’autisme (TSA) et du trouble déficit de l’attention hyperactivité (TDAH) chez les personnes ayant un diagnostic de dysphorie de genre a fait l’objet d’une revue systématique qui a montré l’insuffisance des données⁹⁴. »

Pourtant, beaucoup de pays se sont attachés à recueillir des données de santé publique concernant la population transgenre. *« Une revue de la littérature, publiée dans The Lancet en 2016, a permis d’identifier 116 études concernant les personnes trans dans 30 pays (dont 16 études conduites en Europe, aucune en France). Les auteurs ont attribué des points aux différents sujets étudiés selon leur occurrence (282). Les sujets d’intérêt de ces études sont dans l’ordre d’importance : la santé mentale (30,9 % des points), la santé sexuelle et reproductive (22,3 %), la consommation de drogues et d’alcool (19,7 %), les violences et les expériences de victimisation (10,7 %), la stigmatisation et les discriminations (9,5 %). La santé générale (mortalité, diabète, utilisation d’hormone, maladies*

⁹² Les troubles du Spectre de l’Autisme font partie de l’ensemble des troubles neurodéveloppementaux décrits dans le DSM-V et sont habituellement présents dans la petite enfance, mais peuvent apparaître de façon plus évidente au moment de l’entrée à l’école. Les manifestations sont différentes selon les personnes.

⁹³ A Condat. La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques. Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence. Volume 70. Issue 8. Décembre 2022. Pages 408-426.

⁹⁴ HAS. Parcours de transition des personnes transgenres. Septembre 2022. Volume 70, issue 8. December 2022, Pages 408-426.

*métaboliques, cancer) ne représente que 6,9 % des points et les études, à ce propos, sont très disparates*⁹⁵. »

2.1.2 Constat 2: un taux plus élevé d'autisme en cas de dysphorie du genre que dans la population générale

Une tribune du magazine *Le Point* reprise par Handicap.fr intitulée « *Transidentité chez les mineurs autistes : pas si vite* », alerte sur la non prise en compte de la particularité des enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement.

Les différentes études ont montré que **chez les personnes qui ressentent une anxiété significative du fait d'une identité de genre différente de leur sexe de naissance, la fréquence de l'autisme est plus élevée que dans la population globale**. « *Nous sommes inquiets de la surreprésentation de jeunes autistes et TDAH se déclarant transgenres et souhaitant faire une transition* » alerte aussi Autisme Info Service sur son site⁹⁶.

2.1.2.1 Eclairage de scientifiques et de professionnels de l'autisme

« Depuis une dizaine d'années, nous constatons, d'abord dans les pays anglo-saxons et plus récemment en France, une très forte augmentation du nombre de personnes se déclarant transgenres : souvent des jeunes filles, de manière soudaine à l'adolescence sans signe apparent durant l'enfance, un phénomène qualifié « d'allure épidémique » par l'Académie de médecine.

Pourquoi ? Car les jeunes TND (troubles du neurodéveloppement) sont plus vulnérables ! Les problématiques sensorielles, l'anxiété sociale, le sentiment de décalage par rapport à la dimension sociale de la sexualité, la tendance à imiter autrui de manière formelle, la fréquente indifférence aux stéréotypes sociaux sexuels, tous phénomènes typiques de l'autisme, peuvent être interprétés comme des signes de transidentité (voir le rapport autisme et identité de genre de J. Galloway, personne autiste). Les jeunes autistes sont fréquemment isolés socialement alors que, comme tout un chacun, ils éprouvent un besoin d'appartenance à un groupe : cet isolement, souvent couplé à une non-conformité de genre – fréquente chez les personnes dites « autistes » – les rend très sensibles à la communauté trans, dans laquelle ils peuvent se sentir acceptés et valorisés dans leur différence, sans avoir toutes les clefs pour décoder que la démarche les conduit à des transformations physiques irréversibles. »

« Démarche précipitée :

Nous sommes alertés par le fait que des professionnels suivent une démarche trans affirmative en première intention : permettre à tous ceux qui en font la demande (y compris des mineurs) d'accéder aux traitements hormonaux et chirurgicaux le plus tôt possible, sans suivi psychothérapeutique, sans forcément prendre en compte les troubles fréquemment associés, comme bien souvent l'autisme ou un TDAH.

Nous remettons en question cette approche trans affirmative chez des mineurs, étant donné - que des présentations complexes amènent à de nombreux parcours possibles, comme le

⁹⁵ HAS. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective. 2020.

⁹⁶ Transidentité, autisme et autres TND chez les mineurs : d'abord ne pas nuire. Samedi 18/02/2023.

souligne le Dr Cass dans son examen indépendant sur les services d'identité de genre commandé par le National Health Service anglais. Il est risqué de soumettre des mineurs à une transition médicale en raison d'une détresse psychologique qui peut trouver son origine dans plusieurs autres types de problèmes sous-jacents ;

- que la formation de l'identité chez les jeunes est un processus évolutif. L'incongruence de genre apparaissant dans l'enfance se résout souvent naturellement à l'âge adulte ;
- que les troubles et conditions fréquemment associés à une incongruence de genre tels que l'autisme, le TDAH ou l'anorexie, ne sont pas assez pris en compte : comme le souligne le Pr Gillberg dans un courrier collectif adressé au ministère suédois de la Santé en novembre 2018, « il ne peut être exclu qu'une investigation, un traitement et une stabilisation appropriés de ceux-ci réduiraient ou élimineraient complètement la nécessité d'une transition médicale pour un nombre important de personnes » ;
- que les examens des données probantes commandés par la Suède, l'Angleterre, la Finlande, sur les bloqueurs de puberté et hormones d'affirmation de genre, concluent toutes que la base de preuves est de très faible qualité, appelant à la nécessité de peser soigneusement les avantages à faible certitude par rapport aux risques importants de ces interventions. Ce qui a amené ces pays et certains États américains⁹⁷ à revoir le parcours de soins pour aller dans le sens de la prudence ;
- que, comme le souligne l'Académie de médecine, de plus en plus de personnes regrettent leur transition, ou détransitionnent : des études concluent que pour une partie d'entre elles, leurs problèmes ne proviennent pas d'une transidentité, ces personnes estimant également n'avoir pas été suffisamment informées des implications des traitements et de la chirurgie sur leur santé.

Accepter l'enfant

Pour toutes ces raisons, nous demandons qu'un soutien psychosocial qui aide le jeune à vivre avec le développement pubertaire de son corps sans médicaments soit la première option dans son parcours de soins, tout comme le préconisent la Suède, l'Angleterre ou la Finlande. Comme le mentionne le Pr Gillberg, qui a alerté en 2019 sur les traitements expérimentaux d'affirmation de genre, il est fréquent que ces jeunes autistes « aient encore plus de problèmes d'identité à la puberté – qui suis-je ? Comment dois-je me comporter ? Que vais-je devenir ? Suis-je hétéro ? » – que la moyenne des jeunes.

Souvent, le diagnostic d'autisme et/ou de TDAH arrive des mois après que le jeune ait commencé à se questionner sur son genre : toutes ses pensées tournent généralement en boucle sur comment transitionner le plus vite possible, encouragé par la communauté, ne vivant plus que pour cela. Alors qu'un diagnostic précoce lui aurait donné des clés pour mieux comprendre son fonctionnement, et peut-être pour accepter son corps tel qu'il est. Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il est important d'accepter l'enfant tel qu'il est, et de voir ce qu'il se passera quand il grandira, en l'accompagnant, avec une approche globale et développementale.

Grande vigilance

Nous considérons que les soins d'affirmation de genre doivent être réservés à des adultes présentant une dysphorie de genre résistante, qui les empêche de vivre. Et qu'ils doivent être proposés de manière exceptionnelle chez les enfants, dont l'identification claire du sexe

⁹⁷ Des Etats fédérés comme l'Arkansas, l'Alabama et désormais la Floride ont adopté des lois interdisant aux médecins de pratiquer ces traitements sur des adolescents, mais ces mesures ont été bloquées par des actions en justice.« En Floride les médecins ne pourront plus aider les adolescents à changer de genre » - Le Figaro avec AFP publié sur son site le 05/11/2022 à 04:19.

opposé apparaît dans l'enfance et cause des souffrances évidentes à l'adolescence (...) Nous appelons le gouvernement à la plus grande vigilance sur le fait que ces recommandations prennent en compte les examens des données probantes des pays précurseurs, sur la base des données scientifiques disponibles, absentes de toute idéologie, fondées sur les preuves, et respectant l'éthique de la médecine⁹⁸. »

2.1.2.2 Eclairage européen et australien

Lors de la Conférence Autisme-Europe⁹⁹ à Edinburgh, ont été présentés des travaux de recherche au sujet de la dysphorie de genre et ses rapports avec l'autisme de haut niveau. Le Dr. Mark Stokes, de l'université de La Trobe à Melbourne en Australie, a présenté son étude internationale qui conclut : « un pourcentage plus élevé de personnes TSA se sentent en détresse vis-à-vis de leur genre, ambivalent et/ou neutre ».

« Comparées aux populations de contrôles, on trouve chez les personnes avec TSA une plus grande diversité sexuelle ; elles ont exprimé des identités de genre incongruentes avec leur sexe biologique et avec une symptomatologie dysphorique plus importante. Chez le groupe TSA (Troubles du Spectre de l'Autisme), on reporte des taux supérieurs d'asexualité ; une diminution de l'attraction et de contacts hétérosexuels ; plus d'attraction homosexuelle ; chez les femmes TSA on signale plus de contacts homosexuels ; et aucun intérêt pour le genre de leur partenaire romantique¹⁰⁰. »

2.1.3 Constat 3. Nécessité d'un suivi médical étroit pour les transgenres avec TSA

*« Une chose est certaine malgré tout : **les individus transgenre avec TSA ont besoin d'un suivi plus important.** Des recherches ont découvert que les individus transgenres diagnostiqués avec des handicaps développementaux ont un risque plus élevé de se mettre en danger dans leur vie sexuelle. Les auteurs de cette étude suggèrent que les efforts des personnes qui prennent soin d'elles pour les préserver, peuvent en outre incidemment limiter leur autonomie et les pousser à des comportements sexuels encore plus dangereux. De ce fait, il est important que ceux qui*

⁹⁸ Tribune publiée par l'hebdomadaire le Point et sur son site le 17/02/2023 à 17h30. Les signataires : André Masin (président de l'association AFG Autisme) ; Danielle Artuso (directrice d'EDI formation) ; Christine Getin (présidente de Tdah France) ; le conseil collégial et membres fondateurs de Personnes Autistes pour une Autodétermination Responsable et Innovante ; Jean-Marc Monguillet (président d'Autisme en Ile de France) ; Isabelle Rolland (coprésidente d'Autistes Sans Frontières) ; Hélène Hardiman Taveau (présidente d'Asperger Aide France) ; Florent Chapel (président de l'Association Autisme Info Service) ; Catherine Pivolos (L'étoile d'Asperger) ; Café autisme, l'association de parents et de personnes TSA ; Yenny Gorce (président de Vivre Et Travailler Autrement) ; Cécile Coudert (Psychologue Neuropsychologue spécialisée en Trouble du spectre de l'Autisme (TSA) & troubles neurodéveloppementaux (TND)) ; Éric Turon Lagot (Psychologue, Psychothérapeute) ; Karina Alt (Anthropologue, Analyste du comportement certifiée) ; Bernadette Rogé (Professeur Émérite Université Toulouse) ; Lilia Sahnoun (Psychiatre) ; Lydie Gibey (Psychologue) ; Esteve Freixa i Baqué (Professeur des Universités en Sciences du comportement) ; Boris Guimpel (Psychologue, psychothérapeute TCC et sexologue) ; Eric Lemonnier (Pédopsychiatre en charge du centre de ressources autisme du limousin) ; Jean-Christophe Seznez (Médecin psychiatre, thérapeute ACT) ; Valérie Toutin (Responsable qualité et développement au sein d'un organisme de formation et ancienne cheffe de projet du troisième plan autisme au sein du Secrétariat général du Comité Interministériel du Handicap) ; Nouchine Hadjikhani (Professeur au Gillberg Neuropsychiatric Center, Université de Gothenburg, Suède) ; Laëtitia Coilliot (Personne autiste, formatrice PRAG à l'INSHEA, membre de Parents et professionnels pour l'autisme en Île-de-France) et Elisabeth Baudoing (attachée administration Éducation. Nale. Retraîtée).

⁹⁹ Autisme-Europe est une association internationale dont l'objectif principal est de défendre les droits des personnes autistes et d'améliorer leur qualité de vie.

¹⁰⁰ Maureen Bennie. Autisme and(trans) gender: dysphoria, ambivalence, and gender fluidity in ASD. Autism Awareness Centre Inc. Janvier 2017.

prennent soin de ces personnes uniques fassent attention aux besoins et aux limitations chaque fois spécifiques auxquelles elles sont confrontées¹⁰¹. »

En conséquence, Avenirs de Femmes, auteur de la présente étude, préconise dans l'intérêt supérieur de l'enfant **que** le ministère de la solidarité, de l'autonomie et des personnes handicapées **intègre rapidement une étude sur les troubles neurodéveloppementaux et la dysphorie du genre** avec des prises en charge spécifiques adaptées, c'est à dire sans traitement ou chirurgie lourds et/ou irréversibles.

2.2 La dégradation de la santé mentale des mineurs

2.2.1 Les enquêtes avant la COVID

Jusqu'à la pandémie de la Covid 19 (SARS CoV-2), la santé mentale des jeunes n'était pas mise en exergue dans une approche de santé globale dans les différentes enquêtes du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)¹⁰² et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)¹⁰³ du ministère de la Santé.

Ces enquêtes montrent que parallèlement aux troubles observés dans la population des enfants en demande de transition, on se doit de souligner la fréquence des troubles du comportement et des maladies psychiatriques dans la population des jeunes « tout-venant ». Le constat du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) est clair « *La France manque d'études sur les troubles de santé mentale et les troubles psychiques (dépression, anxiété, stress post-traumatique, etc.), ou encore les troubles du sommeil, les difficultés d'adaptation ou les difficultés sexuelles, telles que les problématiques de genre, de fréquence croissante. Ces aspects de la santé mentale, qui peuvent annoncer des troubles psychiques majeurs sont aujourd'hui méconnus¹⁰⁴* » sur une population que l'on sait encore plus fragilisée suite à la pandémie de Covid.

2.2.1.1 *Enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*

L'étude de la DREES, réalisée avant la pandémie de la Covid, faisait un focus sur la santé mentale des élèves de troisième : 56 % n'étaient pas en bonne santé mentale. Parmi ceux-ci 43 % connaissaient un mal être modéré, 13% avaient une santé mentale plutôt mauvaise, très mauvaise pour 5 %, seuls 44 % des élèves étaient notés en très bonne santé mentale. Dans les catégories plutôt mauvaise et très mauvaise, il faut relever la surreprésentation des filles,

¹⁰¹ Site : Association Francophone des Femmes Autistes. Y a-t-il un lien entre l'autisme et la dysphorie du genre ?

¹⁰² Etude longitudinale française depuis l'enfance.

¹⁰³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques L'expertise statistique publique en santé et social est une direction de l'administration publique centrale française produisant des travaux de statistiques et d'études socio-économiques. Elle dépend des ministères dits « sanitaires et sociaux » et du ministère de l'Économie et des Finances.

¹⁰⁴ HCSP. Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant. Avis et Rapports. Octobre 2019.

l'appartenance à moins de familles dont les parents sont en couple, une moins bonne hygiène de vie, davantage de consommations de substances psychotropes, des atteintes sexuelles subies plus fréquemment et plus d'absentéisme scolaire. On observe aussi des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide (réussie ou ratée), des troubles du sommeil, des troubles du comportement alimentaire, des vomissements volontaires et des actes auto agressifs répétés¹⁰⁵.

2.2.1.2 Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)

Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de 2019 a dénombré :
- 500 à 600 décès annuels par suicide chez les jeunes français, deuxième cause de mortalité dans cette population.
- plus de 180 000 (1,7%) des enfants et adolescents de moins de 15 ans ont été reconnus comme atteints d'une affection de longue durée (ALD) par l'Assurance Maladie (Régime général) en 2004. « *Les plus fréquentes sont les affections psychiatriques (51 000 soit 0,5% des enfants et 28% de l'ensemble des ALD des moins de 15 ans, dont 15 000 diagnostics de retard mental). Les maladies neurologiques graves concernent 30 500 enfants (0,2% des enfants et 17% de l'ensemble des ALD de la tranche d'âge)*¹⁰⁶. »

2.2.1.3 Etude de la Mutualité française

La Mutualité française classe le suicide comme la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans : « *En France, environ 8 500 décès par suicide sont dénombrés chaque année, soit 23 par jour. Le taux de suicide de 13,2 pour 100 000 habitants, est l'un des plus élevés des pays européens de développement comparable. En France, si le taux de suicide des adolescents est relativement faible par rapport aux autres classes d'âge, le suicide est en revanche la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans après les accidents de la route, avec 15,2 % des décès de cette classe d'âge en 2016. Les jeunes filles sont particulièrement concernées*¹⁰⁷. »

2.2.1.4 Données de Santé Publique France (SpFrance)

Santé Publique France s'alarme quant à elle, du mauvais état de santé mentale des jeunes filles:

« *Il en ressort qu'en 2017, près de 3% des adolescents déclaraient avoir fait au cours de leur vie une TS¹⁰⁸ ayant nécessité une hospitalisation. La situation des filles est particulièrement préoccupante avec une augmentation des TS et pensées suicidaires depuis 2011. Là aussi la dépression est la variable la plus fortement associée. D'autres variables sont également associées aux conduites suicidaires, telles que le décrochage scolaire et les consommations de*

¹⁰⁵ La santé mentale des adolescents de 3e en 2017 - Apport d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire. Les dossiers de la DREES. N° 65. Paru le 04/09/2020. Màj le 15/01/2021.

¹⁰⁶ HCSP. Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant. Avis et Rapports. Octobre 2019.

¹⁰⁷ Mutualité Française. L'Observatoire- La santé mentale en France. Juin 2021.

¹⁰⁸ Tentative de suicide.

substances psychoactives (alcool, tabac et drogues illicites). L'analyse des hospitalisations pour TS par SpFrance confirme la situation préoccupante des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. C'est dans cette population que le taux le plus élevé est systématiquement observé quelle que soit l'année. Par ailleurs, sur l'ensemble de la population, le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué entre 2008 et 2017, passant de plus de 100 000 par an à environ 89 000 en 2017, cette baisse étant plus marquée chez les femmes. Par contre, le taux annuel de récidives de TS hospitalisées est resté constant. Certaines régions (Bretagne, Normandie et Hauts-de-France) sont plus touchées que d'autres et cette différence présente en 2008 perdure en 2017 (voir encadré). La majorité de cas de TS présente une pathologie psychiatrique sous-jacente, en particulier une dépression¹⁰⁹. »

II.2.a.5. Rapport du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA)

Dans son tout dernier rapport « *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?* », publié le 7 mars 2023, le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age, le HCFEA, alerte sur la montée de la consommation de médicaments psychotropes par des enfants et adolescents. « *L'étude HCFEA des bases de données de santé entre 2014 et 2021 montre que la consommation de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent a augmenté de +48,54% pour les antipsychotiques ; +62,58% pour les antidépresseurs ; +78,07% pour les psychostimulants ; +27,7% pour les anticholinergiques ; +9,48% pour les dopaminergiques ; +155,48% pour les hypnotiques et sédatifs.*

*La prévalence de consommation en population pédiatrique entre 2010 et 2021 a, elle, augmenté de +35% pour les hypnotiques et les anxiolytiques ; de +179% pour les antidépresseurs, +114% pour les antipsychotiques ; et +148% pour les psychostimulants. Pour la seule année 2021, l'augmentation est de +16% pour les anxiolytiques ; de +224% pour les hypnotiques ; de +23% pour les antidépresseurs, et de +7,5% pour les antipsychotiques. **Ce phénomène de sur-médication ne concerne pas des cas isolés mais bien des dizaines de milliers d'enfants.** Ces niveaux d'augmentation sont sans commune mesure (2 à 20 fois plus élevés) avec ceux observés au niveau de la population générale. Les enfants sont donc nettement plus exposés que les adultes à la souffrance psychique et aux difficultés psychologiques, mais aussi à la médication. **Alors qu'à l'étranger, on observe des effets de pallier voire une diminution de la médication chez les plus jeunes, on constate en France entre 2010 et 2019 que les prescriptions de méthylphénidate (ritaline) ont augmenté de +116%, alors que les consultations en CMPP¹¹⁰ ont été divisées par 4.***

Pour contrer l'effet ciseau entre l'augmentation de la demande d'aide et le déficit chronique de l'offre de soin, l'augmentation des pratiques médicamenteuse, antérieure à la crise sanitaire, met à mal les réglementations des autorités de santé. Elle fait craindre un risque de substitution des aides psychothérapeutiques, éducatives et sociales recommandées en première

¹⁰⁹ Santé publique France. Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales. Février 2019.

¹¹⁰ CMPP : centre médico-psycho-pédagogique.

intention, par des pratiques médicamenteuses. Le Haut Conseil alerte avec force sur l'urgence de moyens suffisants dédiés aux approches pédopsychiatriques de proximité et pluridisciplinaires, et aux offres psychothérapeutiques, éducatives et sociales destinées à l'enfant et à la famille qu'elles soutiennent. (...) L'ensemble des expertises et des rapports publics dédiés à la santé mentale de l'enfant ou à la pédopsychiatrie d'une part, les constats des professionnels de terrain, des représentants institutionnels, des associations et des parents d'autre part témoignent d'un écart considérable entre l'augmentation de la demande de soin et les capacités d'accueil et de traitement de l'enfant en France.

Cet écart entre la demande et l'offre de soin crée un effet ciseau : l'offre pédiatrique, pédopsychiatrique et médicosociale est en recul et ne permet plus d'accueillir dans des délais raisonnables les enfants et les familles (délais d'attente de 6 à 18 mois sur le territoire). Faute de spécialistes, la majorité des consultations de l'enfant est réalisée par le médecin généraliste. La situation de la médecine scolaire, de la PMI¹¹¹ et de l'ensemble des acteurs du champ médicosocial est très altérée et ne permet plus d'assurer les missions de service public d'accueil et de suivi de l'ensemble des enfants et des familles. Parallèlement, le nombre d'enfants en difficulté psychique augmente. Cette augmentation, creusée par le déficit structurel des modalités de soin, d'éducation et d'accompagnement, se double de facteurs sociaux et environnementaux susceptibles d'en accentuer les effets : crise sanitaire, guerre en Ukraine, éco-anxiété, crises économiques et inégalités sociales.(...) La santé mentale est considérée comme la première problématique de santé publique chez l'enfant en France et au niveau international. Les questions de souffrance psychique résonnent de manière particulière dans la mesure où elles engendrent des répercussions sur le développement de l'enfant, ce qu'il ressent, ses émotions, son rapport à lui-même, au langage et au corps, ses liens familiaux et sociaux, son parcours scolaire et son devenir professionnel – impliquant la mise en œuvre de politiques et de pratiques de soin, d'éducation, de prévention et d'intervention sociale adaptées¹¹². »

2.2.2 Une dégradation de la santé mentale aggravée depuis la pandémie du Covid

Depuis les études du HSCP et de la DREES les chiffres les plus récents montrent que la santé mentale des jeunes s'est dégradée du fait de la pandémie de la Covid ¹¹³ avec une hausse des passages aux urgences en raison :

- d'« idées suicidaires » chez les jeunes de 15 à 17 ans
- de « troubles anxieux » pour les 11-14 ans.

¹¹¹ PMI : service de protection maternelle et infantile.

¹¹² Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age, Conseil de l'enfance et de l'adolescence « *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?* ». Rapport publié le 7 mars 2023.

¹¹³ « Selon l'enquête de Santé publique France, dans le contexte de la crise sanitaire, près de 40 % des jeunes de 18 à 24 ans déclarent être concernés par des troubles anxieux (38,6 %) en février 2021, soit un chiffre élevé par rapport à l'ensemble des Français (23 %) »

Par ailleurs, une hausse des actes médicaux pour « état dépressif », a amené le gouvernement à mettre en place le dispositif « **Santé Psy Étudiant** », qui propose des consultations gratuites pour les jeunes de 18 à 24 ans.

2.3 Les causes de la fragilité mentale des mineurs

Face à ces constats, il conviendrait de mettre en place des campagnes de prévention et de dépistage pour détecter chez les jeunes mineurs les éventuels troubles du comportement dont les causes sont à identifier.

2.3.1 Une vulnérabilité au cannabis et aux substances psychoactives

2.3.1.1 *Les enfants et adolescents sont hypersensibles aux substances psychoactives*

Parmi les causes de cette mauvaise santé mentale, il y a la responsabilité de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes dans l'apparition et/ou la pérennisation de troubles psychiques. Les enfants et les adolescents sont particulièrement réceptifs aux effets nocifs des substances psychoactives pendant toute la période de maturation de leur cerveau. « *La consommation de cannabis est un facteur de risque élevé de survenue d'épisodes psychotiques et de schizophrénie*¹¹⁴. » « *La prévalence en France de l'usage précoce de substances psychoactives légales et illégales est l'une des plus élevées d'Europe*¹¹⁵. »

2.3.1.2 *La France, le pays avec la prévalence de consommation de cannabis la plus élevée de l'Union européenne*

« Lors de son audition le mercredi 22 janvier 2020, **M. Julien Morel d'Arleux, directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)** rappelait que « selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), la France est, depuis le début des années 2000 le pays avec la prévalence de consommation de cannabis la plus élevée de l'Union européenne ». (...) La France devance les autres membres de l'Union **européenne avec une prévalence d'usage dans l'année de 11%, nettement supérieure à celles observées en moyenne dans les autres pays européens (7 %)** (voir graphique). L'Italie, la République tchèque et l'Espagne sont, après la France, les pays où les usagers sont les plus nombreux. (...) **Le cannabis est aujourd'hui de loin la substance illicite la plus consommée en France. Selon les chiffres présentés par M. Julien Morel d'Arleux, 18 millions de Français ont déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie, 5 millions l'ont fait dans l'année, 1,5 million**

¹¹⁴ Drogues-info-service.fr site visité le 14/10/2020.

¹¹⁵ Selon les estimations, 21,8 % des 15-34 ans ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, alors que la moyenne est de 14,4 % dans l'Union européenne (M. Khlal et al., 2020, « Use of tobacco, alcohol and cannabis in late adolescence: roles of family living arrangement and socioeconomic group », BMC Public Health 20: 1-9). » En 2018, 4 % des jeunes ont déjà consommés des drogues dures et 340 000 jeunes de 14 à 17 ans en ont déjà pris. Selon les jeunes interrogés se procurer de la drogue serait presque un jeu d'enfant : 46% d'entre eux considèrent qu'il est facile d'obtenir de la cocaïne, de l'ecstasy, de la MDMA ou du GHB (34% des 14-18 ans) (Enquête réalisée par Ipsos entre le 30 mars et le 5 avril 2018 sur les jeunes et les addictions, pour la Fondation Gabriel Péri, la Fondation pour l'innovation politique et les Fonds Actions Addictions.

sont des consommateurs réguliers et 900 000 des consommateurs quotidiens. (...) L'usage quotidien est également en hausse entre 2014 et 2017, passant de 1,7 % à 2,2 % avec des progressions plus nettes parmi les générations plus âgées (1,4 % à 2 % chez les 35-44 ans et 0,6 % à 1,2 % chez les 45-54 ans).

La majorité des consommations régulières de cannabis concerne les jeunes : environ 5 % des 15-25 ans contre 1 % des plus de 25 ans. Ainsi, à 17 ans, 5 % de l'ensemble des adolescents présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis, voire de dépendance selon les critères du CAST¹¹⁶. Parmi les adolescents qui ont consommé du cannabis dans l'année, un sur cinq présente un risque élevé d'usage problématique au sens du CAST (soit 22,8 % des garçons et 12,8 % des filles). Les usages problématiques sont plus souvent masculins (23 % des usagers de l'année, vs 13 % chez les filles (...)) »

II.3.a.3. Les jeunes dont la santé mentale est la plus dégradée sont aussi ceux ayant les plus fortes consommations de substances psychoactives

*Dans ce même rapport, le directeur de l'OFDT précise « Une publication récente de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé sur la santé mentale des élèves de troisième, a ainsi démontré **que ceux dont la santé mentale est la plus dégradée** – classes 5 et 6 du tableau ci-dessous – **sont aussi ceux ayant les plus fortes consommations de substances psychoactives** (alcool, cannabis et tabac):*

*« Les consommations de substances psychoactives (alcool, cannabis et tabac) sont toutes associées à une moins bonne santé mentale. La différence entre les six classes se retrouve aussi bien concernant les comportements rares en troisième, comme l'expérimentation du cannabis et le tabagisme régulier, que ceux un peu plus fréquents de consommation d'alcool et d'usage de la cigarette électronique. Cette étude, réalisée sur la base d'un auto-questionnaire proposé aux collégiens auquel ont répondu près de 7 000 élèves, montre également que **le mal-être se manifeste plus particulièrement au niveau du risque suicidaire**. Selon le tableau ci-dessous, si dans l'ensemble, 7,4 % des adolescents ont eu des **pensées suicidaires** au cours des douze derniers mois, ceux de la classe 5 sont nettement surreprésentés, **plus des trois-quarts – 78,5 % – étant dans ce cas**. De même, les **tentatives de suicide** touchent 60 % des adolescents de la classe 6, et ont, dans un quart des cas, entraîné une hospitalisation. La détresse psychique et les actes auto-agressifs, ainsi que l'envie de se faire vomir, sont également nettement plus présents dans ces populations des classes 5 et 6, qui représentent 13 % des collégiens de troisième)¹¹⁷. »*

¹¹⁶ Centre Accueil Soins Toxicomanes.

¹¹⁷ Assemblée Nationale. Rapport d'étape sur le cannabis récréatif. Établi par la mission d'information commune sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis Présidée PAR M. Robin Reda Président. Rapporteur général : Jean-Baptiste Moreau.

« L'accès aux produits illicites se révèle très simple et les réponses apportées sont tout aussi impressionnantes : – 69% des jeunes de 14-24 ans estiment qu'il est facile de se procurer du cannabis ; plus grave encore, chez les mineurs, ce pourcentage est de 64 % ; – près de la moitié des jeunes interrogés dans notre enquête (46 %) jugent aisé d'obtenir de la cocaïne, de l'ecstasy, de la MDMA ou du GHB. Parmi les mineurs, ils sont plus d'un tiers (34%) à considérer qu'il est facile de se procurer de tels produits¹¹⁸. »

Il est grand temps pour les pouvoirs publics d'engager une politique de santé publique portant sur:

- **la prévention**
- **le traitement de la consommation des drogues en général et du cannabis en particulier**
- **l'information sur l'abus et du détournement de médicaments** tels que les opiacés et autre benzodiazépines du fait de la prévalence de la consommation de ces substances toxiques chez les mineurs¹¹⁹ et leurs répercussions sur leur santé mentale, sachant que certains peuvent les conduire à la mort par overdose.

2.3.2 Des enfants victimes fragilisés

La prise en compte de la souffrance des enfants et adolescents victimes d'inceste ou de violences sexuelles ainsi que ceux qui deviennent victimes en étant témoins des violences conjugales dans leur foyer, est très récente.

Selon la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (Ciivise), **160 000** enfants sont chaque années victimes de violences sexuelles et « le plus souvent dans le cercle familial », 81 % de l'ensemble des violences sexuelles débutent avant 18 ans. Il y a déjà 12 ans, le Conseil de l'Europe estimait que près d'un enfant sur cinq était victime de violences sexuelles¹²⁰ dont 90 % sont des filles. De même 400 000 enfants vivent dans des foyers où ils assistent à des violences conjugales permanentes. C'est à ce titre qu'ils sont considérés dorénavant comme victimes et non plus comme simple témoin.

¹¹⁸ Fondation pour l'innovation politique. Les addictions chez les jeunes (14-24 ans). Juin 2010.

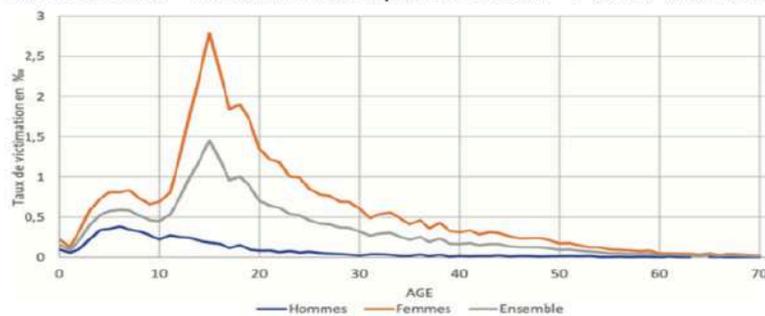
¹¹⁹ E Peyret, R Delorme. Cannabis chez les enfants et les adolescents : impacts et conséquences. Bulletin. Académie. Nationale de Médecine., 2014,198, n°3, 579-588, séance du 25 mars 2014.

¹²⁰ Campagne de lutte contre les violences sexuelles sur les enfants baptisée "Un sur Cinq" lancée en novembre 2010 par le Conseil de l'Europe.

2.3.2.1 Le drame de l'inceste

Selon la base de données du Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI), entre 2016 et 2018¹²¹, 4 341 personnes, victimes de violences sexuelles à caractère incestueux (atteintes, agressions, et viols), ont été enregistrées par les forces de sécurité, services de police et unités de gendarmerie. L'enquête Baromètre santé 2010 de l'INPES (Institut National de prévention et d'éducation pour la santé) conduite sur 27653 individus¹²², a montré que le risque de tentative de suicide serait 7 fois plus élevé chez les victimes de violences sexuelles. Des données de la SSMIS montrent que les jeunes enfants, filles ou garçons, sont confrontés à un pic de viols autour des 4-7 ans, au-delà ce sont les filles qui sont les plus exposées surtout entre 12 et 20 ans avec un pic de 13 ans.

Tableau 3. Part des victimes de viols pour 1000 personnes de même sexe et âge en 2018.
Source : Interstats - Insécurité et délinquance en 2018 - Premier bilan statistique.



Champ : France métropolitaine.

Note de lecture : sur 1 000 femmes âgées de 15 ans, 2,8 ont été enregistrées par les forces de sécurité comme victimes de viols en 2018.

Sources : SSMSI, Base des victimes de crimes et délits 2018, données provisoires - Insee, estimations de population (résultats provisoires à fin 2017).

¹²¹ ONDRP. Les victimes de violences à caractère incestueux. La note. N°27. Décembre 2020.

¹²² Enquête Baromètre santé 2010 conduite par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) entre octobre 2009 et juillet 2010 au moyen de questionnaires par téléphone auprès d'un échantillon de 27 653 individus de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine.

Tableau 3. Lien entre l'âge des violences et la fréquence des tentatives de suicide.

Tranche d'âge	Non	Oui	Total général
1 [De 0 à 5 ans]	51 %	49 %	21 %
2 [De 6 à 10 ans]	54 %	46 %	30 %
3 [De 11 à 14 ans]	53 %	47 %	17 %
4 [De 15 à 17 ans]	64 %	36 %	14 %
5 [De 18 à 26 ans]	72 %	28 %	14 %
6 [Plus de 26 ans]	79 %	21 %	4 %
Total général	58 %	42 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1076 répondant-e-s).

En pourcentages.

Tableau 2. Tentative de suicide selon le type de violences subies¹⁶.

Type de violence	Non	Oui	Total général
Agression sexuelle	72 %	28 %	100 %
Inceste sans viol	56 %	44 %	100 %
Autres violences	74 %	26 %	100 %
Viol et inceste	48 %	52 %	100 %
Viol sans inceste	58 %	42 %	100 %
Total général	58 %	42 %	100 %

Les violences sexuelles subies représentent un facteur de risque important de suicide d'autant plus quand il est commis dans un cadre incestueux. Plus de la moitié des victimes de viol en situation d'inceste ont déclaré avoir fait une tentative de suicide, 44 % en cas d'inceste sans viol (voir tableau ci-dessous). Il existe donc une corrélation entre les tentatives de suicide et le type de violence subie¹²³. Il existe aussi un lien entre l'âge des premières violences et la fréquence des tentatives de suicide. Plus l'enfant est jeune, plus elles seront fréquentes. Elles se répéteront d'avantage si les violences sexuelles sont le fait d'un membre de la famille ou une

¹²³ Beck, François, Guignard, Romain, Du Roscoât, Enguerrand, Saïas, Thomas, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 » in Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France, InVS, 13 décembre 2011, n°47-48, p. 488-492, p. 489.

personne ayant autorité en dehors du cercle familial (tuteur, éducateur, religieux, entraîneur sportif, professeur etc.).

2.3.2.2 *Les violences sur mineurs ont des répercussions sur leur santé mentale*

Les conséquences sur la santé mentale sont majeures telles qu'une amnésie post traumatique qui peut durer 20 ans ou 30 ans ou même d'avantage, des troubles du sommeil, un état d'anxiété et de dépression, des phobies, des flash-backs, des idées suicidaires, sinon un passage à l'acte, un manque d'estime et de confiance en soi qui perdure toute la vie. Pour plus d'informations sur le sujet de la pédocriminalité avant et après la loi d'avril 2021, le lecteur pourra utilement se reporter aux documents suivants réalisés par la section Avenirs de Femmes de l'Association Nationale des Auditeurs Sécurité-Justice : Pédocriminalité- 1^{ère} partie : l'inceste ou la fabrique d'un terrible silence. Février 2021. Pédocriminalité 2^{ème} partie Les violences sur mineurs enfin reconnues. Avril 2021.

2.3.3 *Réflexions sur les filles, sur-représentées dans les candidats à la transition*

Durant la fin du XX^e siècle, les incongruences de genre qui menaient à des changements de sexe touchaient essentiellement une population MtoF c'est à dire des garçons qui se sentaient filles et se faisaient opérer à l'âge adulte voire mûr après 50 ans. On les appelait alors des transsexuels.

Aujourd'hui, on constate un retournement de situation avec une **déferlante de demandes féminines** ; même si elles restent peu nombreuses en pourcentage, les chiffres connaissent une progression quasi exponentielle. Pourquoi ?

Dans le service spécialisé de la Pitié Salpêtrière, on compte 64 % de FtM parmi les nouveaux patients¹²⁴. « *Si les services de pédopsychiatrie peuvent être amenés à recevoir des enfants pré-pubères, relevant ou non d'un diagnostic de dysphorie précoce du genre, la grande majorité des mineurs concernés sont des adolescents, avec une part croissante, voire majoritaire d'adolescents FtM*¹²⁵. »

2.3.3.1 *Une dysphorie du genre qui se déclenche à la puberté*

En effet, on note ces dernières années que le déclenchement d'une incongruence entraînant une forte dysphorie de genre se fait souvent pour les filles à l'adolescence, sans signe avant-coureur, c'est à dire sans perception d'une identité inversée dans leur enfance. Cette brusque pathologie est provoquée par la survenue de la métamorphose pubertaire qui transforme leur corps et le sexualise sans que ces jeunes n'aient aucune maîtrise sur ces modifications. Cette pathologie, car c'en est une en dépit des discours sentencieux et non scientifiques contraires, est

¹²⁴ N. Mendes, C. Lagrande, A. Condat, La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (2016) 64, 240-254.

¹²⁵ Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.

aujourd'hui extrêmement mal vécue par nombre d'adolescents, et donc particulièrement par les filles. Pour les mineurs qui présentent une psychopathologie de l'adolescence, aujourd'hui très fréquente, associée ou induite par l'étape obligée de la puberté, elle peut engendrer une véritable dysphorie pubertaire. Ce rejet de la sexualisation du corps peut alors s'exprimer sous différentes formes dont la dysphorie de genre réelle ou supposée du fait des influenceurs et plus encore d'influenceuses FtoM sur réseaux sociaux. Ces derniers viennent redoubler leur trouble de l'identité de genre avec des discours du type : « *si tu ne te sens pas bien comme fille, c'est que tu es un garçon*¹²⁶ ».

2.3.3.2 *Une fragilité propre*

La pandémie de la Covid 19 a révélé et amplifié le mal être des jeunes notamment psychique. Les pathologies qui y sont liées ont explosé dans le cadre d'une aggravation notable de leur santé mentale, notamment chez les filles. Elles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à présenter une pathologie de l'adolescence, l'anorexie mentale étant la plus connue chez elles, avec aujourd'hui la dysphorie du genre.

On constate également une plus grande fréquence des psychopathologies chez les adolescentes, quels que soient leur âge et leur origine, sociale, ou culturelle. Cette fréquence est particulièrement élevée aujourd'hui et ne cesse de croître. L'insatisfaction de leur image est deux fois plus fréquente que celle observée chez les garçons et concerne près de 40% d'entre elles. De même les taux d'humeur dépressive observés dans des enquêtes américaines et canadiennes s'élevaient de 25 à 40 % chez les filles contre 13 % chez les garçons (années 2000 à 2015). Quant au taux de dépression révélé fin 2021 par la DREES en France, ils sont de 22,0 % chez les lesbiennes de 15 à 24 ans, soit deux fois plus élevé que chez les garçons.

Les filles semblent plus fragiles et vulnérables que les garçons à leur environnement. Elles le disent à travers le sondage Ifop pour Marianne¹²⁷, **82 % des filles de 18 à 20 ans, 74 % des 21 à 24 ans et 67 % des 25 à 30 ans, considèrent qu'il est plus facile et plus sécurisant d'être un homme qu'une femme dans la société française actuelle.** (cf. : Annexe 14)

2.3.3.3 *Les filles sont plus souvent victimes de violence*

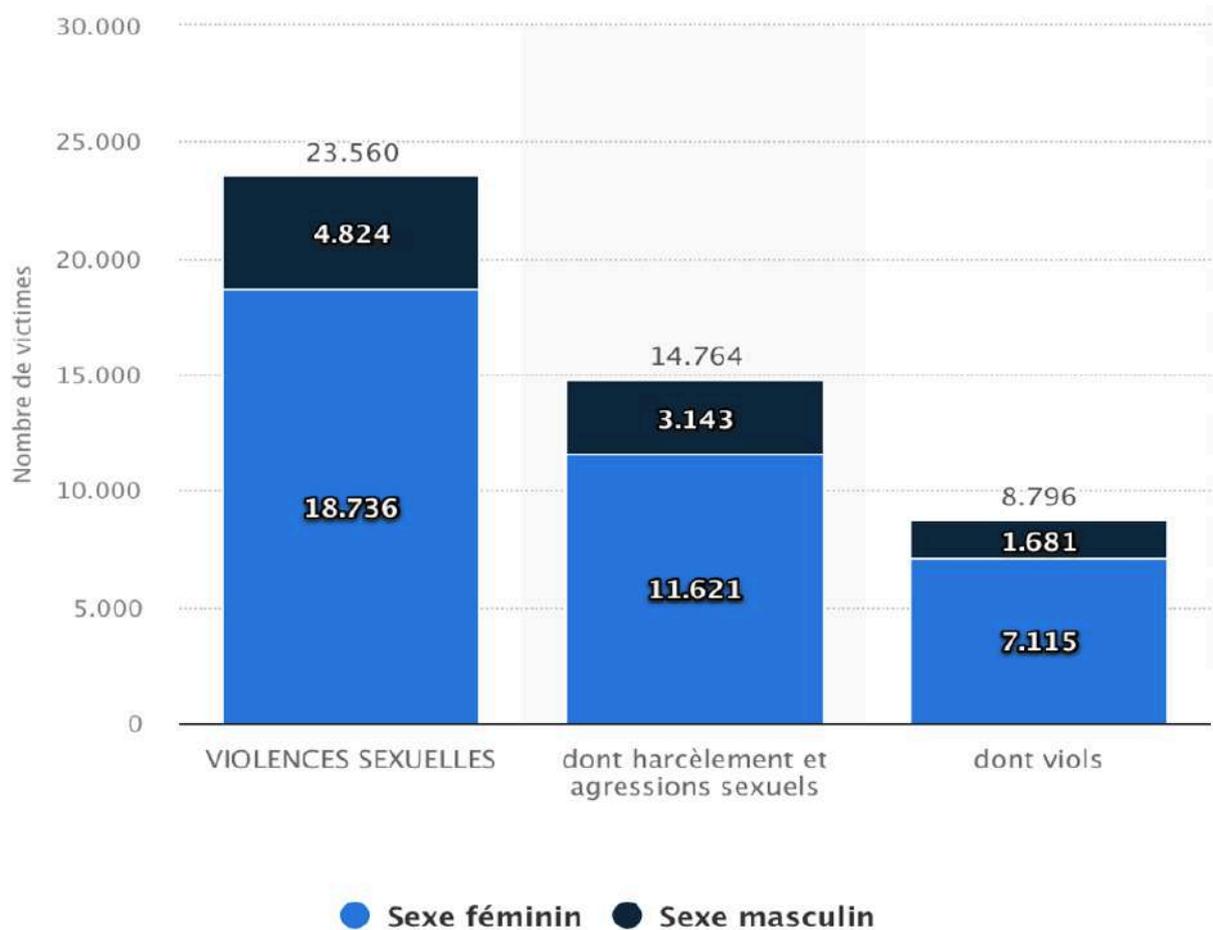
Les filles sont très majoritairement victimes de viols et autre agressions sexuelles comme le montre le tableau ci-dessous qui représente le nombre de mineurs victimes de violences sexuelles enregistré par les forces de sécurité en France en 2018, selon le type de violences et le sexe¹²⁸.

¹²⁶ Voir infra Partie IV - chapitre 6.

¹²⁷ Fractures sociétales : enquête auprès des 18-30 ans. Novembre 2020.

¹²⁸ Statista 2023.

Parmi les victimes d'inceste connues et reconnues par le SSMSI, les femmes représentent 77 % des cas (3337) contre 22 % pour les hommes (soit 942), les enfants de moins de 4 ans représentent 50 % des victimes de violences sexuelles incestueuses, soit 2272 cas.



La lecture de ce tableau doit être utilement complétée par celles des informations fournies, deux ans plus tard, par le rapport de l'ONPE¹²⁹ au gouvernement et au parlement, basé sur les données du SSMSI portant sur les enfants victimes de violences.

Ce document confirme que les filles sont plus sujettes aux violences sexuelles, viols, agressions sexuelles et harcèlements que les garçons qui, eux, subissent d'avantage des violences physiques, le plus souvent sans la moindre connotation sexuelle.

« Les violences sexuelles sont beaucoup plus fréquentes chez les filles. En effet, elles sont deux fois plus fréquentes que chez les garçons entre 0 et 5 ans que ce soit en intrafamilial ou à l'extérieur de la famille, la petite fille étant plus volontiers agressée à l'intérieur du cercle familial. C'est donc sur le milieu familial que devront porter des actions

¹²⁹ ONPE. Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : de leur production à leur appropriation. Quatorzième rapport au gouvernement et au parlement. Mai 2020. (ONPE pour Observatoire National de la Protection de l'Enfance).

de prévention pour éviter les violences sexuelles, au sein de la famille, à l'encontre des petites filles âgées entre 0 et 11 ans. Pour les enfants plus âgés, le taux de victimation est sept fois plus important chez la fille de 12 à 17 ans que chez le garçon du même âge. Les violences sexuelles ont tendance à augmenter à l'adolescence surtout dans la sphère extra-familiale, c'est l'éducation des parents envers la jeune fille qui lui permettra d'éviter les situations à risques d'agressions sexuelles dans le cadre extra-familial¹³⁰. »

Plus sujettes aux agressions, notamment sexuelles et victimes de syndrome post traumatique, avec amnésie traumatique, dépression, troubles du comportement (anorexie, scarification, addictions etc.), **les filles font de plus nombreuses tentatives de suicides que les garçons**. En 2017, le taux de tentatives de suicides, était extrêmement élevé, atteignant 30% à l'âge de 15 ans (bulletin épidémiologique hebdomadaire) et ne cesse de croître, avec une hausse de 22% en 2021.

La solution de la transition est prônée à bas ou fort bruit par la Toile sur de nombreuses plateformes et site dédiés par des influenceurs (FtoM) bien plus que les/ influenceuses (MtoF).

Comment, dans ces conditions ne pas être tenté pour une fille de changer de genre si cela peut l'aider à s'épanouir et progresser jusqu'au sommet dans sa vie professionnelle et surtout, sans être agressée dans sa vie quotidienne ?

Face à de tels constats, il n'est pas étonnant si, sur le plan quantitatif, les filles représentent un nombre très important de personnes trans, d'autant qu'elles sont majoritaires¹³¹. **Mais, les filles représentent la population majeure des détransitionneurs : soit 92 % dans l'étude de Vandebusch et plus de 60 % dans celle du Docteur Lisa Littman¹³².**

Pour résumer, les filles d'aujourd'hui sont confrontées à une dégradation de l'image de la femme, plus faible physiquement, qui doit répondre à certains canons de beauté ou de féminité sous peine de se faire moquer. De plus, elles semblent moins aptes à se défendre et sont plus victimes d'agressions en tout genre. Elle se font embêter dans la rue, à l'école, dans les transports, y compris, pour les plus grandes à l'occasion de stage sur leur lieu professionnel. Si pour les jeunes générations Y et Z, il va de soi qu'une fille doit avoir un salaire égal à celui d'un garçon à compétence égale dans un même type de poste et/ou exercer les mêmes

¹³⁰ Avenirs de Femmes. Les violences sexuelles des mineurs enfin reconnues. Pédocriminalité 2^{ème} partie. Section Avenirs de Femmes. ANA Sécurité-Justice. Avril 2021.

¹³¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3705321>: À la naissance, 105 garçons voient le jour pour 100 filles. Compte tenu d'une mortalité plus précoce des hommes, le rapport commence à s'inverser vers 25 ans. Les femmes se trouvent ainsi majoritaires dans l'ensemble de la population à hauteur de 95 hommes pour 100 femmes, dans la région comme en France.

¹³² Reinformation.tv : « Les adolescents transgenres sont influencés par internet, sujets aux troubles mentaux, établit une étude de Lisa Littman », censurée par la Brown University 5 septembre 2018 13 h 30 min

responsabilités dans les premiers échelons, les comportements machistes d'une société patriarcale n'ont pas disparu pour autant. Ils reviennent au galop dans les plus hautes sphères au point que beaucoup de femmes adoptent des postures masculines. Le modèle de la femme, qui s'affirme comme telle, et casse le plafond de verre l'est trop souvent encore au prix d'un engagement identitaire à la pensée masculine.

2.4 Le dépistage des troubles mentaux et offres de soins saturées

Le rapport de la DREES montre que 56% des élèves de classe de troisième ne sont pas en bonne santé mentale, et qu'en l'absence de prise en compte, ces problèmes se répercutent sur la santé physique et psychique à l'adolescence, mais aussi plus tard, dans leur vie de jeune adulte, puis aussi d'adulte. En l'absence de détection et de prise en charge médicale, les troubles peuvent avoir des effets délétères jusqu'à induire un risque de suicide.

2.4.1 Un nécessaire accompagnement spécialisé

L'accompagnement, par un psychiatre ou un psychologue durant le parcours, sera nécessaire pour prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps du mineur ainsi que sur sa vie personnelle et son environnement. Mais ce soutien psychologique se heurte actuellement à la saturation de l'offre de soins entraînant un risque de raccourcir le parcours de soins pour la prise en charge des mineurs¹³³.

Certaines associations réclament de démedicaliser la prise en charge des enfants porteurs de « *troubles du genre* » avec refus de passage devant des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) et en ne prenant en compte que l'autodétermination de l'enfant. Renforcées par d'autres dans ce processus, elles mettent en avant les troubles psychiques des mineurs pour les faire accéder plus rapidement et facilement aux processus de transition. Dans l'intérêt supérieur de l'enfant, il conviendrait pourtant que ces associations permettent sa prise en charge pour évaluer l'origine de ses troubles afin de mettre en place un suivi approprié. Le questionnement médical est le seul moyen de différencier le discours déclaratif d'un enfant/adolescent qui revendique d'accéder au parcours de transition d'un autre mineur qui souffrira de dysphorie/incongruence du genre avérée. L'autodiagnostic des patients est fréquent en médecine depuis l'accès aux informations médicales sur internet. Combien se déclarent atteints de troubles qu'ils n'ont pas en réalité.

Si des progrès considérables ont été faits en peu de temps sur la prévention de la stigmatisation et rejet des personnes transgenres, il ne faudrait pas que ces avancées soient occultées par la

¹³³ « Au 1er janvier 2020, 597 pédopsychiatres sont recensés, avec un âge moyen de 65 ans. La densité moyenne est de 5 médecins pour 100 000 habitants de 0-14 ans avec des disparités territoriales suivant un gradient Nord-Sud et une meilleure couverture à Paris, dans les Bouches-du-Rhône et dans le Sud-Ouest de la France. 17 départements (Allier, Ariège, Cantal...) sont dépourvus de praticiens. » (cf.: Annexe 12).

non prise en charge médicale des enfants qui ont soit une maladie psychiatrique sous-jacente, soit des troubles comportementaux en rapport avec leurs questionnements. En l'absence de recommandations et de prise en charge, le risque est d'initier un traitement qui conduise aux hormonothérapies de changement de sexe. Or on sait depuis des études dédiées à ce sujet que plus de la majorité des jeunes abandonneront toute idée de transition. Dans cette dernière hypothèse, les jeunes souffrant de troubles du comportement préexistants à leur éventuelle dysphorie du genre finalement temporaire risquent de se retrouver sans véritable prise en charge mais avec une mise en danger critique.

2.4.2 Les recommandations de la WPATH en faveur d'un psychodiagnostic et une évaluation psychiatrique

Il conviendrait à ce propos de suivre les recommandations de la WPATH¹³⁴ selon lesquelles *« L'évaluation d'une dysphorie de genre et de la santé mentale devrait explorer la nature et les caractéristiques de l'identité de genre de l'enfant ou l'adolescent. Un psychodiagnostic et une évaluation psychiatrique devraient être réalisés, couvrant les domaines du fonctionnement émotionnel, des relations sociales, aux pairs, du fonctionnement intellectuel, réussite scolaire etc. L'évaluation devrait également inclure une évaluation des ressources et vulnérabilités du fonctionnement familial. Les problèmes émotionnels et comportementaux sont relativement courants, et des problèmes non résolus peuvent être présents dans l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent¹³⁵. »*

Les nouvelles recommandations de la WPATH¹³⁶ incitent à :

- Une formation, une compétence et une formation continue appropriées pour les professionnels fournissant des soins d'affirmation de genre ;
- Une évaluation minutieuse avant les interventions médicales ou chirurgicales tout en reconnaissant l'importance de l'applicabilité globale et de la disponibilité des ressources ;

Elle consacre également un **chapitre considérablement élargi sur les besoins des adolescents comprenant de nouvelles recommandations d'interventions médicales, basées sur une évaluation multidisciplinaire et un plan de traitement complet qui traite de la santé mentale et comprend la participation et le soutien des parents et des soignants (dans la mesure du possible).**

Enfin, concernant les mineurs, la WPATH recommande dans la 8ème version de 2022 de ses « Standards de soins », de ne pas prodiguer aux enfants prépubères des traitements comme les

134 WPATH. World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 8 Frequently Asked Questions (FAQs). Septembre 2022.

135 WPATH. Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 7. 2012.

136 WPATH. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Frequently Asked Questions (FAQs). SOC-8. 2022.

bloqueurs de puberté et a fortiori la chirurgie, dont on connaît aujourd'hui les effets irrémédiables. « *La seule forme de soins affirmant le genre pour les enfants avant la puberté est le soutien social, comme permettre à un enfant de choisir des vêtements, des coiffures ou l'utilisation d'un nom différent qui correspond plus étroitement à son identité de genre* ».

2.4.3 Le problème de l'appauvrissement de l'offre de soins

Malgré ces constats et recommandations, on assiste à l'appauvrissement de l'offre de soins en pédopsychiatrie ainsi qu'à la continuité des fermetures de lits. Le 2 juin 2022, la Défenseure des droits exhortait déjà la Première Ministre, à mettre en place un plan d'urgence pour la santé mentale des jeunes. « *Dans un contexte de « défaut de prise en charge des troubles de la santé mentale », aggravé de « manière très préoccupante » par « deux années de vagues épidémiques », l'autorité administrative dénonçait les fermetures de lits en pédopsychiatrie pour certaines structures « par manque de personnels et de moyens ». En amont de l'arrivée des enfants au sein des établissements pédopsychiatriques, après une tentative de suicide, la Défenseure des droits pointait les « défaillances des systèmes d'écoute et de recueil de la parole de l'enfant et de l'ensemble des actions de prévention qui auraient dû être mises en place ».*

Et pourtant, les 27 et 28 septembre 2021, le Président de la République, Emmanuel Macron, avait annoncé, lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, une série de mesures sur le sujet.

Des espoirs demeurants « sans effet » pour la Défenseure des droits et le Défenseur des enfants. Dans un récent entretien accordé à la Voix du Nord, le 3 novembre 2022, Claire Hédon, s'insurgeait du manque de ressources disponibles pour répondre aux problématiques de santé mentale chez les jeunes et appelle à « donner des moyens humains et financiers aux professionnels de l'enfance, à la médecine scolaire, aux Maisons de l'adolescent ». Une manière de placer les pouvoirs publics face aux exigences fixées par le président de la République avant le début de son deuxième mandat¹³⁷. »

Dans son rapport, de mars 2023, la Cour des comptes estime que l'argent dépensé en pédopsychiatrie est mal utilisé et recommande de réorganiser le secteur. Il y a 600 000 enfants et adolescents qui souffrent de dépression, d'anorexie ou de schizophrénie. Malgré les trois milliards d'euros dépensés dans le domaine de la pédopsychiatrie, les magistrats financiers pointent le manque de pédopsychiatres aussi recommandent-ils de former tous les médecins de ville à la pédopsychiatrie et préconisent la création des maisons de l'enfance et de l'adolescence qui ont fait la preuve de leur pertinence¹³⁸. (cf. : Annexe 15)

¹³⁷ Site CIDJ.com #infojeunesse. Consulté le 13 février 2023.

¹³⁸ Cour des Comptes -Entités et Politiques publiques : « LA PÉDOPSYCHIATRIE - Un accès et une offre de soins à réorganiser » - Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale -Mars 2023, voir en annexe le tableau de la page 24.

2.5 Une dysphorie du genre qui ne perdure pas pour la majorité des enfants après la puberté

En se mettant dans le contexte de l'enfant qui est un être en développement, et non pas un adulte en miniature, on se rend compte que toutes les considérations sur la problématique du genre ne sont pas applicables à l'enfant. Par exemple, il exprime des désirs qui ne sont pas réalisables. Il se raconte des histoires comme se marier avec son père ou sa mère, être né dans une autre famille, il peut même parler à des êtres imaginaires sans que ce ne soit pathologique. En fait, on ne prend pas en compte le fait qu'un enfant a sa propre trajectoire pour devenir un être adulte, raisonnant et indépendant.

2.5.1 Dans plus des deux tiers des cas la dysphorie des enfants ne perdurera pas à l'âge adulte

C'est ainsi qu'une dysphorie de genre dans l'enfance ne persiste pas forcément à l'âge adulte. En effet, seule une minorité d'enfants chez qui on a diagnostiqué une dysphorie de genre resteront dysphorique de genre à l'âge adulte. **73 à 88 % des jeunes enfants en questionnement de genre et s'identifiant transgenre dans l'enfance ne perdurent pas dans leur choix à l'adolescence et reviennent au sexe qui leur a été donné à la naissance**^{139/140}.

« Selon les études longitudinales faites chez les enfants prépubères (principalement les garçons) adressés à des services spécialisés pour évaluation de la dysphorie de genre, seulement 6 à 23 % des sujets ont une dysphorie de genre persistante à l'âge adulte. Des études plus récentes concernant toujours les enfants, filles et garçons, ont montré un taux de persistance de la dysphorie de genre à l'âge adulte entre 12 et 27 %. Chez les adolescents, la persistance à l'âge adulte semble être plus élevée ; il n'y a cependant pas d'étude prospective officielle menée¹⁴¹. » Les différences de prévalence s'expliquent par le référencement d'enfants de nationalités différentes.

« Des études ont été menées pour tenter d'identifier les facteurs permettant de différencier les enfants prépubères qui persisteront dans leur identité transgenre à l'adolescence et à l'âge adulte par rapport à ceux qui désisteront mais il est actuellement impossible de le prédire avec certitude¹⁴². » Des études montrent un lien entre l'intensité de la dysphorie du genre dans

¹³⁹ Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Horm Behav.* 2013; 64(2):288–297. - Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2011;16(4):499–516.- Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosocial outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1413-23.

¹⁴⁰ « D'après différentes études, le pourcentage d'enfants transgenres qui garderont une identification transgenre à l'adolescence se situe entre 10 et 39 % » A Condat. La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* Volume 70. Issue 8. Décembre 2022. .

¹⁴¹ Catherine Brémont Weill. Service d'endocrinologie, Hôpital Cochin - Port Royal. La dysphorie de genre. La place de l'endocrinologue. *MCED n°92* – Janvier 2018.

¹⁴² Laetitia Martinerie. Service d'Endocrinologie et de Diabétologie Pédiatrique, Hôpital Robert Debré, Paris Equipe Pédiatrique d'Accompagnement de la Transidentité (EPAT). Taking care of transgender adolescents in 2020. Mises au point cliniques d'Endocrinologie. Adolescents transgenres : que proposer ? Comment accompagner en 2020 ? Journée Nicolas Guérit. Paris 20-21 nov 2020.

l'enfance et sa persistance ainsi qu'une probabilité plus élevée chez les enfants de sexe féminin¹⁴³.

« La plupart des enfants atteints de dysphorie de genre ne resteront pas dysphoriques de genre après la puberté. Les enfants avec GID persistant sont caractérisés par une dysphorie de genre plus extrême dans l'enfance que les enfants avec une dysphorie de genre non persistante. En ce qui concerne l'orientation sexuelle, le résultat le plus probable du GID infantile est l'homosexualité ou la bisexualité¹⁴⁴. »

« Pour les enfants des deux sexes chez lesquels la dysphorie persiste, la quasi-totalité présente une attirance sexuelle vers des personnes de leur sexe de naissance. Pour les garçons de naissance dont la dysphorie de genre ne persiste pas, la majorité est sexuellement attirée vers les hommes et s'identifie comme homosexuel. Chez les filles de naissance dont la dysphorie de genre ne persiste pas, le pourcentage de celles qui présentent une attirance sexuelle vers les femmes et s'identifient comme homosexuelles est plus faible (32 à 50%) (DSM-V)¹⁴⁵. »

La WPATH¹⁴⁶, association mondiale de référence, rappelle que : **« Les comportements de genre non-conforme chez les enfants peuvent persister à l'âge adulte, mais de tels comportements ne sont pas nécessairement les indicateurs d'une dysphorie de genre et d'une nécessité de traitement. Comme décrit dans la section III la dysphorie de genre n'est pas synonyme de la diversité dans l'expression de genre. »**

2.5.2 Des influences de l'environnement

La disparition ou la modération de la dysphorie du genre est rapportée au changement scolaire, entrée à l'école secondaire ou les étapes de la puberté comme les règles ou la première éjaculation¹⁴⁷. Le développement des marqueurs physiques de la masculinité et de la féminité peuvent aussi entraîner une intensification de la dysphorie du genre.

Une réflexion à avoir aussi *« quand on sait que quand est associé une écoute bienveillante des parents et personnes qui gravitent autour du mineur associé à une prise en charge psychothérapeutique et sans suivre les injonctions de changer de dénomination (iel, il ou elle) et de prénom »* *« Chez ces jeunes, des études récentes [6] montrent qu'une attitude bienveillante des parents sans pour autant suivre les injonctions à changer de prénom et de*

¹⁴³ Steensma TD, MacGuire JK, Kreukels PC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Jun;52(6):582-90.

¹⁴⁴ Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosocial outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1413-23.

¹⁴⁵ Thierry Gallarda, Sébastien Machefaux, Eirini Rari, Pascale Piolino. Congrès français de psychiatrie. 2014. S11 : Être soi-même dans l'autre genre : approches médico-scientifiques actuelles des dysphories de genre.

¹⁴⁶ WPATH. World Professional Association for Transgender Health. Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. 7^{ème} version. 2012.

¹⁴⁷ Ibid 130.

pronom associé à une prise en charge psychothérapeutique, amène 60 à 90 % de ces jeunes à se réconcilier avec leur sexe biologique¹⁴⁸.»

Un autre chemin différent est celui des parents qui s'interrogent sur leur désir profond comme celui par exemple d'une mère qui a toujours rêvé d'un enfant de l'autre sexe comme l'exprime la maman de Sasha¹⁴⁹ qui a voulu devenir fille, alors que le désir maternel n'a pas été pris en compte.

Si la dysphorie de genre répond à des critères précis mais ne perdure pas chez la plupart des enfants, que dire de la mode actuelle qui consiste à se dire « *trans fluide ou sans genre* » ? Cette tendance commence à se répandre dans nos sociétés fixant ainsi dangereusement ces enfants dans la communauté des trans. Quelle est la responsabilité de nos sociétés que de laisser des enfants se perdre, souvent en s'amusant avec des mots pour se rendre intéressants sur les réseaux sociaux ? En faisant un coming-out en changeant de prénom, ils entrent sans s'en rendre compte dans le chemin d'une transition qu'ils n'ont ni imaginée ni voulue au départ alors que « *La puberté représente une période de transition profonde en termes de pulsions, émotions, motivations, psychologie et vie sociale. Les changements neurologiques et psychologiques de la puberté sont moins bien compris que les changements physiologiques.* » C'est une période où l'apparence compte beaucoup pour être accepté par le groupe. Ainsi, les jeunes filles « *goment* » leur pilosité même minime à l'aide de l'épilation électrique. La chirurgie esthétique n'est plus taboue¹⁵⁰.

A l'adolescence, l'enfant passe par une période de transition et de fragilité. Françoise Dolto¹⁵¹ décrivait les adolescents comme des homards, parce qu'ils sont comme le homard pendant la mue, fragiles sans carapace dans cette évolution physiologique et psychique qui l'amène à l'âge adulte. Ils se questionnent, se cherchent dans le regard de l'autre. Pourquoi orienter les mineurs très jeunes vers un processus de transition sexuelle alors que l'on sait que dans la majorité des cas ils reviendront en arrière sur le questionnement de leur identité ? ou pour ceux qui persistent certains s'orienteront vers l'homosexualité, que ce soit pour les filles ou les garçons, ce qui n'induit aucun traitement médical et/ou chirurgical ?

Ce constat amène à une interrogation sur la teneur de la circulaire dite Blanquer¹⁵². Elle ne fait aucun distinguo en ce qui concerne l'âge des enfants en questionnement qui demandent un

¹⁴⁸ Un appel à la prudence face à une nouvelle population d'adolescents qui s'identifient trans. Le quotidien du médecin .10/11/2022. Le point de vue des Prs Céline Masson et Samuel Veissière et les Drs Nicole Athéa, Caroline Eliacheff et Sylvie Zucca.

¹⁴⁹ Petite fille. Documentaire de Sébastien Lifshitz diffusé sur Arte en décembre 2020.

¹⁵⁰ « Des lèvres charnues, des poitrines généreuses, une peau sans aspérité. Sur les réseaux sociaux, la beauté est souvent stéréotypée. La chirurgie esthétique n'est plus taboue, même chez les plus jeunes. À 21 ans, cette jeune fille est déjà habituée aux injections. Dans la seringue, de l'acide hyaluronique, une molécule aux propriétés hydratantes, qui gonfle la lèvre artificiellement. "J'avais des lèvres vraiment très, très fines. Pour ma part, c'était un complexe", se justifie-t-elle. Son amie, 21 ans elle aussi, a reçu une injection il y a une semaine, et reconnaît à demi-mot l'influence des réseaux sociaux sur sa décision. En 2019, les 18-34 ans ont gagné une place au classement du nombre d'interventions esthétiques. Ils devancent désormais les 50-60 ans.» Site France-Info. Publié le 17 février 2023.

¹⁵¹ Françoise Dolto. Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard. Edition Folio Junior. 2007.

¹⁵² « Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire. Lignes directrices à l'attention de l'ensemble des personnels de l'éducation nationale. » NOR : MENE2128373C. Circulaire du 29-9-2021-MENJS - DGESCO publiée au Bulletin officiel de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports n° 36 du 30 septembre 2021.

changement de prénom à l'école. Au vu des constatations de la non-persistance de la dysphorie du genre après l'adolescence dans la grande majorité des cas et de la prégnance de certains réseaux sociaux véritables influenceurs de transition, il aurait été plus approprié de faire attendre le changement de prénom à l'école, illégale bien que validée par le Conseil d'Etat¹⁵³, pour ne pas les « embarquer » vers une affirmation de genre plus susceptible de les amener à une transition contre leur volonté première.

La circulaire spécifie « Pour les élèves concernés, adopter un nouveau prénom et demander l'utilisation de pronoms correspondant à leur genre peuvent être des étapes très importantes. Il est à noter que les mineurs peuvent, avec l'accord de leurs représentants légaux, demander un changement de prénom à l'état civil [4], mais que l'utilisation d'un prénom d'usage est une étape nécessaire avant une modification éventuelle de l'état civil. Ainsi, pour de nombreux jeunes transgenres d'âge scolaire, la reconnaissance sociale de l'identité de genre passe par le recours à un prénom d'usage.

Dans le cas le plus fréquent, quand l'état civil n'a pas été modifié, si la demande est faite avec l'accord des deux parents de l'élève mineur [5], il s'agit alors de veiller à ce que le prénom choisi soit utilisé par l'ensemble des membres de la communauté éducative, le respect de l'identité de genre d'un élève ne devant pas être laissé à la libre appréciation des adultes et des autres élèves.

De la même façon, pour accompagner ce changement, l'établissement scolaire substitue le prénom d'usage, de manière cohérente et simultanée, dans tous les documents qui relèvent de l'organisation interne (listes d'appel, carte de cantine, carte de bibliothèque, etc.) ainsi que dans les espaces numériques (ENT, etc.).»

On ne prend donc pas en considération le questionnement de l'enfant et le passage vers une transition est grandement facilité par l'application de cette circulaire au préjudice des enfants qui n'ont pas envisagé de continuer leur démarche jusqu'au bout et dont l'idée du genre aurait été une pensée fugace.

Dans les consultations les parents rapportent que c'est par la demande de changement subite de prénom qu'ils apprennent le désir de la nouvelle orientation sexuelle de leur enfant alors que celui-ci ne présentait aucun trouble ni aucun questionnement auparavant. Le changement de prénom est la porte ouverte vers la consultation des sites internet influenceurs qui peuvent fixer la demande. Que dire des enfants qui ont le goût du risque, de la provocation, ou qui ont envie de s'intégrer dans un groupe en s'assimilant ou en se faisant remarquer.

¹⁵³ Le Conseil d'Etat a refusé dans une décision du 28/09/2022 d'annuler la circulaire du 29 septembre 2021 qui viole la loi de 1794 selon laquelle « aucun citoyen ne pourra porter de nom ni prénom autres que ceux exprimés dans son acte de naissance » et ce « pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire ». Voir infra Partie IV - chapitre 1.

2.6 Une communication pas toujours adaptée et potentiellement à risque

Le communiqué de l'académie de médecine met en garde « *la vigilance des parents face aux questions de leurs enfants sur la transidentité ou leur mal-être, en soulignant le caractère addictif de la consultation excessive des réseaux sociaux qui est, à la fois, néfaste au développement psychologique des jeunes et responsable d'une part très importante de la croissance du sentiment d'incongruence de genre*¹⁵⁴. »

Les jeunes sont très sensibles aux médias qu'ils consultent très régulièrement et peuvent être la cible d'influenceurs. Ils sont aussi très soucieux de leur apparence, de se faire accepter par les autres et de s'assimiler à un groupe ; ce qui les fragilise. Ils peuvent alors être happés par la tentation du transgenrisme pour se faire accepter et liker sur les réseaux sociaux ou pour faire comme les copains d'école. Tout ceci nécessite de les protéger des phénomènes d'emprise.

Des parents et des professionnels sont très perplexes et très interrogatifs envers des pouvoirs publics ou institutionnels qui semblent orienter les enfants vers des sites Internet qui ne sont pas assez objectifs vis-à-vis des processus de transitions alors que des médias, des psychologues, des juristes, des médecins dont des pédopsychiatres, alertent sur ce phénomène qui prend chaque jour un peu plus d'ampleur.

Sur le site de la Caisse d'allocations familiales, la Caf.fr, dans la rubrique : Le magazine-Vie de famille, un article a été mis en ligne, le 25 janvier 2023: « *Mon enfant est transgenre comment bien l'accompagner ?* »

Dès le départ, sont donnés des chiffres qui mettent l'enfant transgenre dans une « normalité » : « *entre 20 000 et 60 000 personnes se considéreraient comme transgenre et 22 % des français entre 18 et 30 ans ne se sentiraient ni homme ni femme.* » « *Ils se disent « neutres », genderfluid, « a-genres », ou « non-bianaires » « Beaucoup en particulier chez les jeunes générations, ne veulent pas s'enfermer dans un genre féminin ou masculin ».*

Mais dans ces références qui font appel à des chiffrages d'incidence qui englobe plusieurs notions, il n'est fait en aucune façon référence à des enfants alors qu'ils sont la cible de l'article. Par la suite le site évoque le problème de la dysphorie du genre et la dédramatisation de l'annonce à la famille.

Dans cet article on mélange enfant et adolescent. « *La plus-part des adolescents trans accompagnés s'arrêtent à une transition sociale (changement de genre et de prénom) rares*

¹⁵⁴ Académie nationale de médecine. « La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents ». Communiqué. Avril 2022.

sont ceux qui entament une transition médicale (bloqueurs de puberté, hormones, ou chirurgies » ce qui sous-entend que la plus-part des enfants conserve leur transition de genre dans la vie courante ». Ce qui est inadapté à la situation de l'enfant, toutes les études montrant qu'un enfant qui présente une dysphorie du genre à fortiori une incongruence du genre reviendra à son sexe et genre de naissance à la puberté dans la grande majorité des cas comme cela a déjà été évoqué. Pour l'adolescent l'entrée dans une transition sociale est la voie vers les traitements hormonaux.

Le site évoque le suicide et les orientent vers les associations LGBTQI+ et explique qu'« *il n'y a pas assez de dispositifs en France pour accueillir convenablement les enfants et les parents concernés. La plus-part des ressources en ligne sont mises à disposition par les associations. Les services publics ne se sont pas du tout emparés du sujet* » En termes clairs la CAF, par l'intermédiaire de son site internet, pointe la défaillance des institutions sur ce sujet et oriente directement les parents vers des associations qui n'auront pas la capacité ou compétence d'interrogation de l'enfant et de sa famille. Ce n'est qu'en fin d'article qu'il est conseillé de se rapprocher de son médecin traitant ou d'un pédopsychiatre « *s'assurant qu'il soit formé et ouvert à la transidentité* »...

Néanmoins, sous la pression d'une lettre ouverte¹⁵⁵ signée par des médecins et autres personnalités qui se préoccupent de la santé des enfants, la CAF a publié un correctif de son site, sans en changer la date de la publication initiale, ajoutant :

« A souligner que les changements médicaux ne sont bien entendu pas à prendre à la légère avec des impacts potentiellement lourds au-delà des changements sur l'appareil génital externe, nécessairement irréversible. « Aussi, face à une demande de soins pour ce motif, est-il essentiel d'assurer, dans un premier temps, un accompagnement médical et psychologique de ces enfants ou adolescents, mais aussi de leurs parents, d'autant qu'il n'existe aucun test permettant de distinguer une dysphorie du genre « structurelle » d'une dystrophie transitoire de l'adolescence. De plus, le risque de surestimation diagnostique est réel, comme en atteste le nombre croissant de jeunes adultes transgenres souhaitant « détransitionner ». Il convient donc de prolonger autant que faire se peut la phase de prise en charge psychologique comme le recommande

¹⁵⁵ Dans une lettre ouverte au ministre de la Santé ce vendredi 17 février 2023 publiée dans le Figaro du 16 février 2023, des professionnels de santé et universitaires ont interpellé le gouvernement pour demander le retrait d'un article sur les enfants transgenres publié sur le site de la Caisse d'allocations familiales. Ils l'accusent de « désinformation » et de partialité. (Cf.: Lettre ouverte au ministre de la Santé: « La CAF doit cesser de promouvoir l'idéologie trans! » - Collectif, tribune publiée le 16/02/2023 sur le site du Figaro.

« Enfants transgenres : la CAF fait machine arrière après une tribune dans Le Figaro » par Paul Sugy publié le 15/03/2023

Le site de Medscape France annonce le 7 avril 2023 que certains signataires sont poursuivis par une association activiste proTrans: « Transidentité : l'association OUTrans poursuit des médecins (notamment les Prs René Frydman, Didier Sicard, Israël Nisand et les Drs Anne-Laure Boch, Claire Squires, Catherine Dolto, Patrick Miller, Christian Flavigny, Manuel Maidenberg...) devant le conseil départemental de l'Ordre ». Dans son article, Jacques Cofard précise que de nombreux médecins soutiennent leurs confrères :

Ces centaines de médecins ont fait paraître une nouvelle tribune dans Le Figaro, pour soutenir « nos confrères dans l'alerte qu'ils ont lancée. Ils ont parfaitement joué leur rôle de médecin et en toute conscience en demandant la rédaction d'une nouvelle page du site internet de la CAF qui apporterait des informations nuancées et prudentes. Suite à notre lettre ouverte dans la presse, le site de la CAF a modifié cet article en mentionnant désormais la nécessité d'assurer un accompagnement médical et psychologique des enfants et de leurs parents, le risque de surestimation diagnostique et les recommandations de l'Académie de médecine. Et d'ajouter : « Les thèses relayées par l'association OUTrans qui a saisi le Conseil sont infirmées par les récentes études et décisions prises en Suède, Finlande, Royaume-Uni, et dans plus d'une dizaine d'Etats des Etats-Unis notamment. »

l'Académie nationale de médecine dans un communiqué « La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents ».

(...) Conscient du besoin d'apporter des réponses à ces situations avec un accompagnement médical organisé de bon niveau, le ministre de la santé a lancé en 2022 une démarche visant à produire des recommandations en vue notamment « d'élaborer un nouveau protocole en lien avec les professionnels de santé et les associations communautaires dans le but d'améliorer l'organisation des soins afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge de ce public » Les conclusions de ces travaux menés par la Haute autorité de santé sont attendues pour septembre 2023 comme indiqué dans la note de cadrage « Parcours de transition des personnes transgenres » publiée par la HAS. »

Tout ceci est désolant car il est dit dans cette note de cadrage de l'HAS « *La population cible est celle des personnes de plus de 16 ans en questionnement sur leur identité de genre ou transgenres. La population des moins de 16 ans sera abordée dans un deuxième temps*¹⁵⁶. » Encore une fois, les plus jeunes ne seront toujours pas pris en compte, réalité depuis le premier rapport de l'HAS en 2009, ne serait-ce que pour les laisser non pas hors du champ de la transition, mais de tous traitements hormonaux ou chirurgicaux irrémédiables. Il faut évidemment soulager la souffrance de ces jeunes mais sans obérer leur vie future. Or les prises en charge erronées et les traitements prescrits avant cet âge de 16 ans peuvent voir des effets secondaires et irréversibles.

2.7 Nécessité d'une surveillance de possibles emprises

Lorsque l'on surfe sur internet, voici le type de propos que l'on peut lire.

« Nous ne le répéterons jamais assez, le passage par des équipes hospitalières dans les faits peu compétentes (et surtout maltraitantes) ou des suivis psychiatriques ne sont pas obligatoires pour la plupart des actes de santé liés à la transidentité. Cela que vous soyez des personnes transgenres de genre masculin ou féminin, mineures ou majeures. »

*« Certain-e-s praticien-ne-s, en particulier des endocrinologues, demandent une étape supplémentaire avant de vous délivrer une ordonnance : un diagnostic référentiel d'une dysphorie de genre. Ce dernier prend la forme d'une attestation psychiatrique. Cette pratique, **pouvant repousser de plusieurs mois le début d'un traitement, est pourtant loin d'être obligatoire**. Elle peut s'éviter en sollicitant un-e praticien-ne sensibilisé-e aux problématiques trans. » « **Attention aux abus** Dans la plupart des cas, un bilan sanguin et hormonal (prise de sang) suffisent. Vous demander*

¹⁵⁶ HAS. Note de cadrage. • Parcours de transition des personnes transgenres • septembre 2022.

une batterie de tests médicaux avant un début de traitement sans raison n'est pas un protocole normal. »

L'analyse de l'emprise et des dérives sectaires est aussi complexe que fondamentale. Il est un fait que de nombreux groupes sectaires coexistent notamment dans le champ de la santé avec comme but de diffuser leurs idéologies, et même vendre leurs produits.

Le danger encouru par les mineurs est grand avec le risque de répercussions importantes sur leur développement et l'emprise mentale nécessite d'être repérée au plus tôt.

Dans ce dossier du genre, des éléments sont observables. Il nous semble donc urgent que des enquêteurs, experts, magistrats se saisissent de ce sujet afin de qualifier l'emprise mentale ou non des jeunes en questionnement d'identité. Il en dépend de l'intégrité de la société dans son entier.

La France s'est dotée d'un réseau institutionnel chargé de détecter et de lutter contre les dérives sectaires¹⁵⁷.

Philippe-Jean Parquet, professeur de psychiatrie, membre du conseil d'orientation de la Miviludes, a mis en évidence le **pernicieux mécanisme d'emprise mentale instauré insidieusement par les organisations à caractère sectaire**. Il a établi une **grille de critères** pour pouvoir caractériser l'emprise mentale et propose une méthodologie pour la repérer à partir d'éléments observables par tous. Basée sur la cohérence, elle peut être utilisée et actualisée, à la fois par les enquêteurs, les experts et les magistrats. Cependant, dans le cadre de la protection de ces mineurs qui se revendiquent transgenre, il est bon de s'interroger sur une possible dérive sectaire de certaines associations.

Elles exercent une emprise sur les mineurs et les entraînent sur des décisions qui les orientent vers des changements qu'ils peuvent regretter plus tard alors que les dégâts causés sont irréversibles.

Critères du professeur Parquet permettant de « faire la démonstration de la singularité et du caractère spécifique rencontré chez les personnes « victimes » d'une organisation à caractère sectaire.

Dix critères doivent être identifiés pour porter le diagnostic d'emprise mentale :

1. Rupture avec les modalités antérieures des comportements, des conduites, des jugements, des valeurs, des sociabilités individuelles, familiales et collectives.
2. Occultation des repères antérieurs et rupture dans la cohérence avec la vie antérieure.
3. Acceptation par une personne que sa personnalité, sa vie affective, cognitive, relationnelle, morale et sociale soient modelées par les suggestions, les injonctions, les ordres, les idées, les

¹⁵⁷ « Miviludes, gendarmerie (SRTRJD, Service Technique de Recherches Judiciaires et de Documentation) et la police (CAIMADES, Cellule d'Assistance et d'Intervention en Matière de Dérives Sectaires). »

concepts, les valeurs, les doctrines imposés par un tiers ou une institution : ceci conduisant à une délégation générale et permanente à un modèle imposé.

4. Adhésion et allégeance inconditionnelle, affective, comportementale, intellectuelle, morale et sociale à une personne ou à un groupe ou à une institution, ceci conduisant à une loyauté exigeante et complète, une obéissance absolue, une crainte et une acceptation des sanctions, une impossibilité de croire possible de revenir à un mode de vie antérieur, ou de choisir d'autres alternatives étant donné la certitude imposée que le nouveau mode de vie est le seul légitime.

5. Une mise à disposition complète, progressive et extensive de sa vie à une personne ou à une institution.

6. Une sensibilité accrue dans le temps, aux idées, aux concepts, aux prescriptions, aux injonctions et ordres, à un « corpus doctrinal », avec éventuellement une mise au service de ceux-ci dans une démarche prosélyte.

7. Dépossession des compétences d'une personne avec anesthésie affective, altération du jugement, perte des repères, des valeurs et du sens critique.

8. Altération de la liberté de choix.

9. Imperméabilité aux avis, attitudes, valeurs de l'environnement avec impossibilité de se remettre en cause et de promouvoir un changement.

10. Induction et réalisation d'actes gravement préjudiciables à la personne, actes qui antérieurement ne faisaient pas partie de la vie du sujet. Ces actes ne sont plus perçus comme dommageables ou contraires aux valeurs et aux modes de vie habituellement admis dans notre société.

Ces 10 critères doivent permettre d'identifier avec rigueur l'emprise sectaire et « *de ne pas imputer à tort un changement d'attitude et de comportement, qui pourrait avoir d'autres origines comme une pathologie mentale, un trouble de la personnalité ou la réaction à une perturbation survenue dans la vie d'une personne.* »

Pour Philippe-Jean Parquet, il est essentiel que le grand public ait les « *moyens d'identifier les manœuvres de ces organisations et de ces groupes lorsqu'ils les contactent*¹⁵⁸ ».

S'il existe des enfants en souffrance, on l'a vu, tous n'ont pas un problème d'identité. Parmi les jeunes concernés, il est licite et recommandé de les prendre en charge pour les soulager de leur souffrance même s'ils représentent une petite minorité, Pour ceux qui seraient en questionnement des associations œuvrent dans la reconnaissance de leur souffrance et peuvent les accompagner. Mais certaines peuvent poser question sur la dérive sectaire induite du fait de détourner ces mineurs du besoin médical d'accompagnement, les privant ainsi d'une nécessaire prise en charge lors de pathologie psychiatrique comme la schizophrénie, l'autisme.

¹⁵⁸ UNADIF. Site de Union nationale des Associations de Défense des Familles et de l'Individu victimes de sectes. UNADIF. Consulté le 7 février 2023. Prévention. Clés pour comprendre la notion de dérive sectaire. Philippe-Jean Parquet : les 10 critères pour caractériser l'emprise mentale.

Ces associations induisent, orientent et enferment beaucoup de jeunes comme dans une « trappe » pour les conduire insidieusement vers la seule voie de la transition. A ce titre la notion d'Allié¹⁵⁹ est interrogative ainsi que la notion de trans en opposition de cys¹⁶⁰ deux termes qui orientent notre société vers une dérive clanique que l'on essaye d'éviter à tout prix pour la sécurité de tous.

Par ailleurs, certains sites internet empêchent l'accès du mineur à un consentement libre et éclairé en leur privant l'accès à toute l'information. Tout enfant ou adolescent présentant un mal être doit impérativement être diagnostiqué. Le parcours de soin proposé lui permettra d'exposer son problème et d'être aiguillé sur une prise en charge appropriée. A défaut, le détourner de cette aide peut l'engouffrer à tort dans la trappe de la transition, alors qu'il n'en a pas besoin.

Dans cette situation, le jeune subit une altération du jugement, un empêchement de développer son sens critique (point 8 des critères du professeur Parquet), ce qui le rend imperméable à des avis spécialisés. On le prive de sa liberté de choix en lui induisant une imperméabilité qui lui fait perdre son discernement au point de ne pas être capable de rejeter une idée qu'il n'aurait jamais acceptée sans cette emprise. Il se trouve donc dans l'impossibilité de rejeter des actes qui risquent de nuire gravement à sa personne avec des effets secondaires de traitements ou des actes de chirurgie irréversibles dont il n'a pas besoin en fait. En altérant leur jugement et donc leur consentement par une fausse ou mauvaise information on pousse des mineurs à s'engager sur un chemin qui n'est pas le leur.

2.8 Conclusion

Que vivent les enfants ? Pourquoi un désir de changer de sexe, de vie ?

Notre société et nos décideurs peuvent et doivent interroger ce désir de changement de sexe quand la CIIVISE¹⁶¹ estime que 160 000 enfants sont victimes chaque année de violences sexuelles en France et que 400 000 enfants vivent encore aujourd'hui dans un foyer où s'exercent des violences familiales.

Il y a beaucoup plus et en grande majorité des demandes de transition de la part des filles devenues plus âgées alors qu'elles ne présentaient aucun désir de transition auparavant. Est-ce pour se protéger d'agressions, de prédateurs, pour réaliser une passion réservée à la gente masculine ? En parallèle, les études réalisées avant l'épidémie du Covid pointaient la mauvaise santé mentale des jeunes qui s'est dégradée par la suite.

¹⁵⁹ se dit de personnes qui ne sont pas LGBTI mais qui sont reconnues par eux comme défenseurs de la cause. Dans glossaire de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité de droits. Rapport. 2022.

¹⁶⁰ Personnes dont le genre déclaré correspond à leur sexe de naissance.

¹⁶¹ Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants.

Interrogeons-nous urgemment sur la meilleure méthode pour aider les enfants en interrogations afin de ne pas rajouter par notre silence, de la violence à leur souffrance. Rappelons que l'instauration des bloqueurs de puberté conduit automatiquement à la prescription d'hormones de « changement de sexe » et in fine à la chirurgie de réassignation^{162,163}, processus pouvant engendrer des effets secondaires dévastateurs et irréversibles.

Posons nous la question de savoir pourquoi nous autorisons des mastectomies chez des enfants mineurs et pourquoi nous permettons d'obérer les possibilités de procréations futures chez des très jeunes?

Tirons les enseignements des expériences scandaleuses des années 80 du siècle passé, où la liberté sexuelle pour tous a englobé à l'occasion de « l'éducation sexuelle des mineurs » des actes de pédocriminalité qui ne disaient pas leur nom et donc tolérés jusqu'à ce que des scandales éclatent des années plus tard.

Les enfants ne sont pas des laboratoires. Combien d'enfants ont vécu des traumatismes souvent marqués à vie avant que des scandales n'obligent à prendre des mesures pour y mettre fin et considérer sur le plan médical leur souffrance ? Aujourd'hui « **Des détransitionneurs commencent à parler, la détransition est un tabou pour les militants (cf. : Annexe 16) , des pays reviennent en arrière sur les bloqueurs de puberté parlant d'expérimentations faites sur des enfants.** Ceci devrait interpeler les décideurs : **les enfants ne sont pas et ne doivent pas être des cobayes.**

2.9 Recommandations

Nous préconisons de mettre en place une évaluation psychiatrique approfondie au début de la prise en charge du mineur souffrant de dysphorie du genre, et qui devra se poursuivre pendant toute la durée de la transition si nécessaire.

Nous préconisons que le ministère de la solidarité, de l'autonomie et des personnes handicapées **intègre rapidement une étude sur les troubles neurodéveloppementaux et la dysphorie du genre** dans l'intérêt supérieur de l'enfant avec des prises en charge spécifiques adaptées, dans le cadre de son étude « *La stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022* »

Plus des deux tiers des enfants ne présentant plus de dysphorie du genre à la puberté, nous préconisons d'abandonner la démarche transaffirmative, qui n'est qu'un leurre. Les

¹⁶² de Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 2011; 8:2276-83.

¹⁶³ Catherine Bremont-Weill. La dysphorie du genre. La place de l'endocrinologue. *Médecine Clinique Endocrinologie et Diabète*. N°92. Janvier 2018.

soins d'affirmation de genre doivent être réservés à des adultes présentant une dysphorie de genre résistante, qui les empêche de bien vivre. Il convient de mettre en place après le diagnostic un accompagnement et un suivi de l'enfant avec un soutien psychosocial pour l'aider à mieux à vivre avec le développement pubertaire de son corps. L'absence de prescription d'hormone ou de psychotrope devrait être la première option dans son parcours de soins.

3 Prise en charge médicale et parcours de soins de la dysphorie du genre des mineurs

Pour la plupart des maladies, des recommandations et des rapports de conférences de consensus sont régulièrement publiés et mis à jour pour améliorer la pratique médicale afin d'assurer une qualité de soins optimale, au regard des évolutions scientifiques et des retours d'expérience.

En France, c'est la Haute Autorité de Santé, la HAS, qui publie des « *recommandations de bonne pratique* » et des « *conférences de consensus* » sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques pour les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social. Ces activités ont pour finalité d'optimiser et d'harmoniser leurs pratiques et leurs organisations de ces secteurs. Les recommandations sont mises à jour du fait de l'acquisition de nouvelles données. Dans certains cas en absence de recommandations pour certaines maladies, ce sont des groupes d'experts, regroupés en sociétés savantes (cardiologie, endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie etc.) qui proposent une conduite à tenir de manière consensuelle.

3.1 Les recommandations de prise en charge médicale

3.1.1 Une absence de recommandations françaises de prise en charge

Il est à noter qu'il n'y a à ce jour aucune recommandation française ni consensus de prise en charge médicale des enfants et adolescents transgenres porteurs ou non d'une dysphorie du genre/incongruence du genre.

« L' Endocrine Society aux États-Unis a publié en 2009 des recommandations pour le traitement des patients ayant une dysphorie de genre, incluant des recommandations sur la prise en charge des adolescents (Hembree, 2009), sur lesquelles nous nous basons actuellement. Dans ce domaine, il n'existe pas de consensus en France, du fait, entre autres, de l'absence d'étude publiée sur cette population de patients (épidémiologie, incidence, prise

en charge...) et de l'absence de recommandations évaluées à ce jour sur le plan national¹⁶⁴. »

Les médecins se sont organisés et demandent l'avis collégial d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) afin d'aborder de façon pluridisciplinaire de l'accès aux traitements hormonaux pour des mineurs. Ainsi, experts et professionnels donnent leurs recommandations établies suivant des modalités spécifiques. Cependant, on relève que les traitements à base de bloqueurs de puberté ou d'hormones du sexe opposé sont prescrits hors AMM¹⁶⁵. De fait, on ne peut que déplorer l'absence d'études complètes sur la population pubère qui commence des traitements de plus en plus jeune.

Dans les différents articles sur le phénomène du genre, beaucoup se réfèrent au document de l'HAS de 2009 portant sur la prise en charge du transsexualisme en France. Mais celui-ci n'aborde en aucun cas la prise en charge des mineurs, ce qui avait suscité des réactions lors de sa mise en ligne pendant deux mois (entre avril et mai 2009). « *S'agissant d'un des premiers rapports en France sur le transsexualisme, son champ a été limité aux personnes adultes désirant vivre et être reconnues comme des personnes appartenant au sexe opposé à leur sexe biologique, qu'elles souhaitent ou pas réaliser une chirurgie de réassignation sexuelle. Il n'aborde donc pas la prise en charge des enfants naissant avec des ambiguïtés sexuelles, des mineurs transsexuels et celle des adultes ne se considérant pas exclusivement homme ou femme*¹⁶⁶. »

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (l'IGAS) de 2011 était clair « *Même si les psychiatres demeurent très prudents, les mineurs ne sont pas exclus par toutes les équipes : certains sont présentés en commission pluridisciplinaire en raison d'un risque psychopathologique élevé en l'absence de traitement. La plupart recommandent cependant une très grande prudence et d'attendre la fin de la puberté, à l'occasion de laquelle le trouble de l'identité de genre peut ou disparaître ou se transformer, avant d'engager tout traitement hormonal. La question de l'interruption de la puberté afin de faciliter la réassignation ultérieure n'est pas tranchée en France.* » « *Il importe toutefois d'être prudent envers les enfants, dont la plupart n'ont plus de troubles de l'identité de genre après la puberté. L'évaluation doit donc être extrêmement minutieuse*¹⁶⁷. »

Mais treize années plus tard, il n'y a toujours pas d'étude lancée pour la population des plus jeunes. La note de cadrage de l'HAS de septembre 2022, très attendue et qui rendra son rapport

¹⁶⁴ Laetitia Martinerie. Prise en charge d'une dysphorie de genre sur le plan endocrinologique chez l'enfant et l'adolescent. Service d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique. Hôpital Robert Debré. Paris. Enfance et psy. 2016. 1. N°69. 58-65.

¹⁶⁵ Tout médecin, endocrinologue, gynécologue, médecin généraliste ce ville qui instaure ou reconduit un traitement hors AMM est coresponsable devant la loi ou en cas d'effets secondaires ou en cas de procédure de prescription abusive devant la loi et les assurances. Ils ne seront pas couverts par leur assurance responsabilité professionnelle.

¹⁶⁶ HAS/ Service Évaluation des actes professionnels / novembre 2009 : Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2009.

¹⁶⁷ Inspection générale des affaires sociales. Rapport N° RM2011-197P. Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme établi par Hayet ZEGGAR et Muriel DAHAN. Décembre 2011.

en septembre 2023¹⁶⁸, aura pour cible les personnes de plus de 16 ans en questionnaire sur leur identité de genre ou transgenres. Il est spécifié que la population des moins de 16 ans ne sera abordée que dans un deuxième temps. Age trop tardif pour des jeunes qui auront déjà commencé une expérience en vie réelle voire une transition sociale, un blocage de leur puberté et pour certains un traitement hormonal de changement de sexe voire une mastectomie¹⁶⁹.

Cette note pose le constat d'un parcours de soin déviant avec des pratiques actuelles en rupture. *« Les pratiques actuelles seraient en rupture par rapport à ces propositions de la HAS 2009¹⁷⁰ pour ce qui a trait à l'initialisation des parcours, d'une part, la validation psychiatrique de la transidentité et d'autre part, l'expérience en vie réelle¹⁷¹. »*

Cependant, l'accompagnement de la personne par un psychiatre ou un psychologue serait utile durant le parcours, pour prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps et les impacts de la transition sur la vie personnelle. Cet accompagnement serait d'autant plus utile que la prévalence des troubles psychiques est plus élevée chez les personnes trans qu'en population générale, avec notamment une suicidalité plus forte. Cet accompagnement psychologique de la transition se heurte à la saturation de l'offre de soins¹⁷². » Que dire pour des prises en charge des enfants qui n'ont eu jusqu'alors aucune proposition de l'HAS alors que les constats faits sur le parcours de soins de la population adulte sont transposables à la population des mineurs et adolescents.

Pour autant, cette note de cadrage reconnaît la nécessité *« de structurer la prise en charge de la transidentité pour les mineurs (médecine de premier recours, pédopsychiatrie et accompagnement psychologique). »* Elle ne fait référence qu'à des recommandations internationales de bonnes pratiques médicales et en aucun cas à la nécessité d'évaluation de ces mineurs.

Dans cette étude qui ne sera au mieux, publiée qu'à la fin de l'année 2023, est donc exclu le difficile problème de la prise en charge des enfants prépubères et adolescents, en questionnaire de genre et en demande de prise en charge.

Or, c'est cette population d'enfant non prise en compte qui mériterait d'être étudiée de toute urgence dans l'intérêt supérieur des enfants.

168 HAS. Recommander les bonnes pratiques. Parcours de transition des personnes transgenres • septembre 2022.

169 La mastectomie consiste à enlever la totalité du sein c'est à dire toute la glande mammaire, l'aréole, le mamelon et une partie de la peau du sein.

170 Le rapport de novembre 2009 de l'HAS sur la "situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France" a constitué une première étape inaboutie. Ce rapport apportait, pour la première fois, des éléments d'éclairage larges sur le « transsexualisme » et sur le parcours de soins de personnes trans et faisait des propositions qu'il restait à approfondir dans une seconde étape pour leur donner le statut de recommandations de bonnes pratiques (4).

171 L'expérience en vie réelle a été remplacée par la transition sociale qui n'est pas dans le même esprit car plus directive sur la future transition elle ne comporte plus la possibilité de choix.

172 HAS • Parcours de transition des personnes transgenres • septembre 2022.

En l'absence de préconisations, il n'y a pour l'heure, aucune notion de protection de l'enfance et du principe de protection alors que le phénomène du genre et les demandes de prises en charge se multiplient.

En parallèle, des lois sont votées, des circulaires émises, pour lutter contre des discriminations et les parcours de soins s'appuient sur les sites d'associations trans pour pallier le manque de structures et de médecins disponibles. Des mesures sont mises en place pour aménager l'attribution des toilettes pour ne pas mélanger les genres, les changements de prénoms se répandant dans les écoles. Les médias de leur côté interrogent très régulièrement sur ce situations et des témoignages de jeunes ayant détransitionnés sont relayés. En même temps, on observe que les pays les plus avancés en la matière retropédalent.

La France est très en retard.

Peut-on se permettre de « *traiter le cas des mineurs dans un deuxième temps* » en France alors que les pays les plus novateurs font marche arrière et que la demande de transition chez les plus jeunes, sans être forcément porteurs d'un trouble de dysphorie du genre, a comme seule revendication un traitement qui engage vers une « réassignation sexuelle » du fait d'une autodétermination ?

Que dire des pressions des associations qui prônent l'autodéclaration pour une autodétermination du genre excluant toute évaluation médicale nécessaire à l'entrée dans les parcours de soins ? Que dire aussi des revendications qui consistent à exclure la consultation et donc le bilan psychiatrique, ce qui empêche la possibilité de faire un diagnostic des besoins de l'enfant ?

L'absence de consultation peut créer une perte de chance pour le mineur du fait de la non prise en charge d'un mal-être lié à des traumatismes ou d'une maladie psychique, qui non traités auront des impacts importants sur sa vie d'adulte.

3.1.2 Le communiqué de l'Académie nationale de médecine

Dans son communiqué « *L'Académie nationale de médecine appelle l'attention de la communauté médicale sur la demande croissante de soins dans le contexte de la transidentité de genre chez l'enfant et l'adolescent et recommande :*

- *Un accompagnement psychologique aussi long que possible des enfants et adolescents exprimant un désir de transition et de leurs parents ;*
- *En cas de persistance d'une volonté de transition, une prise de décision prudente quant au traitement médical par des bloqueurs d'hormones ou des hormones du sexe opposé dans le cadre de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ;*

- L'introduction, dans les études médicales, d'une formation clinique adaptée pour informer et guider les jeunes et leur famille ;
- La promotion de recherches, tant cliniques et biologiques qu'éthiques, trop rares en France à ce jour sur ce sujet.
- La vigilance des parents face aux questions de leurs enfants sur la transidentité ou leur mal-être, en soulignant le caractère addictif de la consultation excessive des réseaux sociaux qui est, à la fois, néfaste au développement psychologique des jeunes et responsable d'une part très importante de la croissance du sentiment d'incongruence de genre¹⁷³. »

3.1.3 Les recommandations internationales

En absence de recommandation française de bonnes pratiques, la prise en charge des enfants, des adolescent(e)s et des adolescentes transgenres s'appuie sur des recommandations internationales dont la plus-part se réfèrent à la prise en charge de la dysphorie du genre.

En France, les protocoles appliqués pour la prise en charge médicale, les prescriptions et la chirurgie, sont les consensus de l'Endocrine Society¹⁷⁴. Certains peuvent se référer aussi de la WPATH 8¹⁷⁵ composées d'experts qualifiés pour l'évaluation et la prise en charge des enfants prépubères et des adolescents.

3.1.3.1 Les directives de l'Endocrine Society¹⁷⁶

3.1.3.1.1 Une prise en charge par des professionnels qualifiés

Les directives de l'Endocrine Society préconisent que tous les jeunes atteints de dysphorie de genre soient évalués, diagnostiqués et traités par des professionnels de santé qualifiés. Les lignes directrices disposent également que **chaque patient qui reçoit des soins d'affirmation de genre ne devrait recevoir que des interventions fondées sur des données probantes, médicalement nécessaires et appropriées, adaptées aux besoins individuels du patient.**

« Nous conseillons que seuls des professionnels des troubles mentaux qui répondent aux critères suivants doivent diagnostiquer l'incongruence DG/genre chez les enfants et les

¹⁷³ Académie nationale de médecine. « La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents ». Communiqué. Avril 2022.

¹⁷⁴ Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society. Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical endocrinology and metabolism. September 2017. J Clin Endocrinol Metab, November 2017, 102(11):3869–3903. Cosponsoring Associations: American Association of Clinical Endocrinologists, American Society of Andrology, European Society for Pediatric Endocrinology, European Society of Endocrinology, Pediatric Endocrine Society, and World Professional Association for Transgender Health.

¹⁷⁵ World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 8 Frequently Asked Questions (FAQs).

¹⁷⁶ Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society. Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical endocrinology and metabolism. September 2017. J Clin Endocrinol Metab, November 2017, 102(11):3869–3903 .

adolescents : (1) formation en psychologie et psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, (2) compétence dans l'utilisation du DSM et/ou de la ICD à des fins de diagnostic, (3) la capacité de faire la distinction entre l'incongruité GD/genre et les conditions qui ont des caractéristiques similaires (par exemple, le trouble dysmorphique corporel), (4) la formation au diagnostic des conditions psychiatriques, (5) la capacité d'entreprendre ou référer pour un traitement approprié, (6) la capacité d'évaluer psycho-socialement la compréhension de la personne et les conditions sociales qui peuvent avoir un impact sur l'hormonothérapie d'affirmation de genre, (7) une pratique d'assister régulièrement à des réunions professionnelles pertinentes, et (8) la connaissance des critères du blocage de la puberté et du traitement hormonal d'affirmation de genre chez les adolescents. »

3.1.3.1.2 Des précautions pour les enfants prépubères

Pour les enfants prépubères souffrant de dysphorie de genre, les lignes directrices de l'Endocrine Society recommandent des soins de santé mentale et un soutien pour l'enfant et sa famille. **« Nous conseillons que les décisions concernant la transition sociale des jeunes prépubères avec GD/incongruence de genre soient prises avec l'aide d'un professionnel de la santé mentale ou d'un autre professionnel expérimenté. »**

« Nous déconseillons le blocage de la puberté et le traitement hormonal affirmant le genre chez les enfants prépubères présentant une incongruité GD/sexe. »
« Le traitement hormonal n'est pas recommandé pour les personnes prépubères présentant une dysphorie de genre ou une incongruité de genre. »

Une suppression pubertaire par bloqueurs de la puberté encadrée et engagée après le début de la puberté

« La suppression hormonale pubertaire¹⁷⁷ des adolescents dysphoriques/incongrus ne devrait être commencée qu'après que les filles et les garçons présentent pour la première fois des changements physiques de la puberté au stade de Tanner G2/B2. »

« Les adolescents sont éligibles au traitement par agoniste de la GnRH :

- **si un MHP¹⁷⁸ qualifié a confirmé que :**
 - **l'adolescent a démontré un schéma durable et intense de non-conformité de genre ou de dysphorie de genre (qu'ils soient supprimés ou exprimés),**
 - **la dysphorie de genre s'est aggravée avec le début de la puberté,**
 - **que tout problème coexistant psychologique, médical ou social qui pourrait interférer avec le traitement (par exemple, qui pourrait compromettre l'adhérence au traitement) a été résolu, de sorte que la situation et le fonctionnement de l'adolescent est suffisamment stable pour commencer le traitement,**

¹⁷⁷ La suppression de la puberté est réalisée par l'administration d'agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines.

¹⁷⁸ Professionnel de la santé mentale.

- l'adolescent a une capacité mentale suffisante pour donner un consentement éclairé à ce traitement (réversible),
 - et l'adolescent :
 - a été informé des effets et des effets secondaires du traitement (y compris la perte potentielle de fertilité si l'individu par la suite continue avec le traitement hormonal sexuel) et des options pour préserver la fertilité,
 - a donné son consentement éclairé et (en particulier lorsque l'adolescent n'a pas atteint l'âge légal du consentement médical, selon législation applicable) les parents, ceux qui en ont la garde ou autres tuteurs ont consenti au traitement et sont impliqués dans le soutien de l'adolescent tout au long du processus de traitement,
 - 3. Et un endocrinologue pédiatrique ou un autre clinicien expérimenté dans l'évaluation pubertaire
 - est d'accord avec l'indication du traitement par agoniste de la GnRH,
 - a confirmé le début de la puberté chez l'adolescent (stade de Tanner > G2/B2),
 - a confirmé qu'il n'existe aucune contre-indication médicale au traitement par agoniste de la GnRH. »
-

3.1.3.1.3 Des traitements de transition hormonales et chirurgicales mis en place après réévaluation clinique du mineur

« L'éligibilité au traitement hormonal et/ou au traitement chirurgical sont toujours évaluées dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) trimestrielle qui réunit l'ensemble des acteurs médicaux, à savoir endocrinologues, chirurgiens et psychiatres ainsi que les psychologues qui ont reçu le patient. » « Les cliniciens peuvent ajouter des hormones d'affirmation de genre après qu'une équipe multidisciplinaire a confirmé la persistance de la dysphorie de genre/incongruence de genre et une capacité mentale suffisante pour donner un consentement éclairé à ce traitement partiellement irréversible. »

« Nous reconnaissons qu'il peut y avoir des raisons impérieuses d'initier un traitement hormonal sexuel avant l'âge de 16 ans chez certains adolescents présentant une incongruité GD/genre, même s'il existe peu d'études publiées sur les traitements hormonaux affirmant le genre administrés avant l'âge de 13,5 à 14 ans. Comme pour la prise en charge des adolescents de 16 ans et plus, nous recommandons qu'une équipe multidisciplinaire experte composée de médecins et de MHP gère ce traitement. »

3.1.3.1.4 Une surveillance médicale étroite

« Nous suggérons de surveiller le développement pubertaire clinique tous les 3 à 6 mois et les paramètres de laboratoire tous les 6 à 12 mois pendant le traitement aux hormones sexuelles. »

3.1.3.1.5 Informer des possibles troubles de la fertilité

Nous recommandons aux cliniciens d'informer et de conseiller toutes les personnes recherchant un traitement médical d'affirmation de genre concernant les options de préservation de la fertilité avant d'initier la suppression de la puberté chez les adolescents et avant de traiter avec une hormonothérapie du sexe affirmé chez les adolescents et les adultes.

3.1.3.1.6 Pas de chirurgie castratrice avant 18 ans

« Nous suggérons que les cliniciens retardent la chirurgie génitale d'affirmation de genre impliquant une gonadectomie et/ou une hystérectomie jusqu'à ce que le patient ait au moins 18 ans ou l'âge légal de la majorité dans son pays. »

3.1.3.2 Les directives de la WPATH¹⁷⁹

« Les directives WPATH Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (SOC¹⁸⁰-8 édition 2023) ont été élaborées par des professionnels mondiaux de la médecine, de la psychologie, du droit, du travail social, du conseil, de la psychothérapie, des études familiales, de la sociologie, de l'anthropologie, de la sexologie, de la parole et de la voix et autres domaines connexes. Ce comité diversifié de 119 experts¹⁸¹ représente les points de vue du monde entier. Les recommandations contenues dans ces lignes directrices ont été déterminées par consensus des membres du comité à l'aide d'un processus structuré d'examen et de prise de décision. » Le SOC-8 est basé sur la meilleure science disponible et un consensus professionnel d'experts dans le domaine de la santé transgenre.

Les experts médicaux mondiaux soutiennent massivement l'accès à des soins et à un soutien adaptés à l'âge et individualisés pour les enfants et les adolescents, y compris les enfants et les adolescents transgenre et personnes de genre diverses (TGD).

Le chapitre de la SOC-8 sur les soins aux adolescents *« recommande que l'expérience d'identité de genre des adolescents TGD soit "marquée et maintenue dans le temps" avant de recevoir des soins d'affirmation de genre, y compris des médicaments qui retardent la puberté. Ce processus, associé à un modèle de consentement éclairé, aide les prestataires, les patients et*

¹⁷⁹ World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 8 Frequently Asked Questions (FAQs).

¹⁸⁰ SOC pour Standard Of Care.

¹⁸¹ Toutes les grandes organisations médicales et de santé mentale des États-Unis, y compris l'American Medical Association, l'American Academy of Pediatrics et l'American Psychological Association, ainsi que des organisations mondiales de santé, notamment l'Endocrine Society, la Pediatric Endocrine Society, la Society for Adolescent Health and Medicine, et l'Association médicale mondiale et l'Organisation mondiale de la santé soutiennent l'accès à des soins individualisés et adaptés à l'âge des jeunes et des adultes.

les soignants à déterminer le cours et le calendrier des soins d'affirmation de genre parce qu'ils sont basés en partie sur l'expérience vécue de la personne TGD¹⁸². »

Les directives SOC-8 recommandent aux patients d'attendre l'âge adulte, ce qui peut varier en fonction de l'endroit où cette personne TGD vit ou recherche des soins, pour être candidat à une chirurgie d'affirmation de genre¹⁸³.

3.1.4 Le risque pour les médecins du non suivi des recommandations

Le non-respect par les médecins du suivi du protocole de la SoFect¹⁸⁴ par une équipe pluridisciplinaire est passible de poursuite comme l'a confirmé la Chambre Disciplinaire de l'ordre des Médecins d'Occitanie le 18 janvier 2021, condamnant deux médecins à des peines d'interdiction d'exercer la médecine d'un à trois mois. Il est à noter que dans ce protocole, il n'est nullement question d'une psychiatrisation mais de la prise en charge et de l'évaluation d'une personne consultant pour une dysphorie du genre. Ce n'est en aucun cas une discrimination mais l'assurance, vu la lourdeur du traitement et de son implication sur la santé et l'avenir d'un enfant ou d'un adolescent, que l'indication de tels traitements est établie, à savoir dans un premier temps les bloqueurs de puberté, puis hormonothérapie et les chirurgies, est établi. Ces réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) qui réunissent plusieurs professionnels de santé autour d'un dossier sont mise en place pour d'autres maladies dont les cancers. Il est toujours possible qu'un ou des parents portent plainte si leur enfant effectue une détransition ou si l'enfant devenu adulte considère qu'il a été mal conseillé.

3.2 Le parcours de soins

Qui dit prise en charge n'indique pas obligatoirement un parcours de transition complet jusqu'à la chirurgie. Certains jeunes renonceront et vivront pleinement leur identité de genre de naissance, d'autres s'arrêteront à une transition sociale, d'autres continueront avec une hormonothérapie, certains iront jusqu'à la chirurgie de changement de sexe. C'est pourquoi une réévaluation médicale est nécessaire tout au long du parcours pour ne pas entrainer l'enfant dans un chemin qu'il pourra regretter plus tard. Elle est obligatoire dans tous les actes médicaux de prise en charge au long court.

La prise en charge précoce des mineurs en questionnement de genre ou transgenres, dont le nombre ne cesse d'augmenter, suscite des avis divergents et des controverses et met les

¹⁸² WPATH. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Frequently Asked Questions (FAQs). SOC-8. 2022.

¹⁸³ Ibid.

¹⁸⁴ La Sofect a été dissoute par la suite et a donné lieu à une nouvelle association la FPATH en 2019 puis Trans-Santé France.

professionnels de santé qui s'en occupent dans une position à laquelle ils n'ont jamais été confrontés jusqu'alors.

Certaines pratiques actuelles et celles demandées par les associations qui prônent une autodétermination et l'absence de médicalisation diagnostiquée, ne répondent à aucun critère de la démarche de prise en charge médicale. Cette dernière repose sur l'élaboration du diagnostic qui va de pair avec le diagnostic différentiel¹⁸⁵, la mise en route d'un traitement ici hors AMM, que ce soit pour la prescription des bloqueurs de puberté ou des hormones pour la réassignation dans le sexe opposé ou la nécessité de la réévaluation tout au long du parcours d'un traitement tel qu'il est fait lors de traitement long.

En 2022, la CNCDH¹⁸⁶ fait la recommandation suivante : « **La CNCDH recommande au ministère de la Santé et au ministère de la Justice de publier une circulaire rappelant aux personnels de santé les sanctions pénales encourues en cas d'atteinte au corps humain sans nécessité thérapeutique¹⁸⁷** ».

3.2.1 Prise en charge

La prise en charge des enfants et des adolescents exprimant une dysphorie de genre ou des questionnements identitaires avec ou sans trouble de développement sexuel doit être faite par des équipes spécialisées, multidisciplinaires comprenant pédopsychiatres, endocrino-pédiatres, psychologues. Instituées en France depuis 2013¹⁸⁸, les consultations interdisciplinaires permettent une réflexion globale et une meilleure prise en charge avec une évaluation diagnostique, et si besoin l'orientation vers un traitement adapté.

3.2.1.1 *L'accompagnement*

Tout au long du parcours l'équipe se doit d'accompagner l'enfant et d'écouter ses souffrances et interrogations tout en aidant à son intégration dans sa famille, la vie scolaire, amicale et sociale. Ces consultations ont aussi pour vocation l'accompagnement des familles souvent désorientées vis-à-vis des questionnements de leur enfant. Cette phase d'accompagnement psychologique régulière des mineurs et de leur famille, permet d'évaluer le retentissement psycho-affectif, familial et social associé. Tout le long du parcours transidentitaire, les *psychothérapies de soutien*, individuelle ou familiale, sont recommandées.

¹⁸⁵ Comme la dysmorphophobie, la peur des changements de la puberté, des troubles psychiatriques.

¹⁸⁶ CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. République française.

¹⁸⁷ CNCDH rapport 2022. Orientation sexuelle Recommandation 18.

¹⁸⁸ « Les premières consultations dans l'évaluation clinique et la prise en charge des questions d'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent se sont développées depuis les années 1950 initialement aux Etats-Unis, puis au Canada, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne ».

Parallèlement à la prise en charge de l'enfant, l'accompagnement des parents est important et permet de mieux comprendre l'environnement du mineur. Les parents peuvent s'interroger de leur désir profond comme celui par exemple d'une mère qui a toujours rêvé d'un enfant de l'autre sexe comme l'exprime la maman de Sasha¹⁸⁹ qui a voulu devenir fille. Mais dans ce cas, ce désir de la mère n'a pas été pris en compte.

3.2.1.2 *Evaluation diagnostique*

La première étape clinique de l'évaluation diagnostic est essentielle. Elle permet d'évaluer la situation clinique :

- de dater le début des troubles, de confirmer ou non le diagnostic de dysphorie du genre,
- de faire le point sur un éventuel trouble du développement sexuel associé,
- d'évaluer l'état psychologique voire psychiatrique,
- de rechercher d'éventuelles maladies associées.

Elle comprend un bilan hormonal, hormonaux, un caryotype, et selon les cas une échographie pelvienne pour visualiser les organes génitaux externes.

Ces consultations permettent également d'aborder les dangers de l'automédication sur internet, les différentes phases de la prise en charge, les divers traitements médicaux avec leurs effets réversibles et irréversibles ainsi que leurs effets secondaires potentiels.

3.2.1.3 *Les enjeux éthiques*

Sur les enjeux éthiques de l'accompagnement des mineurs transgenres en France¹⁹⁰ diverses questions se posent.

« Dans quelle mesure la demande d'un mineur ou d'une mineure transgenre est-elle libre et éclairée ? Dans quelle mesure la décision médicale envisagée respecte-t-elle les principes de bienfaisance et non de malfaisance ? Et finalement, dans quelle mesure l'accompagnement proposé est-il juste ? L'approche principiste¹⁹¹, développée par Tom Beauchamps et James Childress, examine ces situations au travers de quatre principes fondateurs de l'éthique biomédicale contemporaine : la bienfaisance (agir pour le bien d'autrui), la non malfaisance (ne pas nuire à autrui), la justice (être équitable vis-à-vis d'autrui) et l'autonomie (respecter la liberté et la volonté d'autrui).»

Les professionnels de santé peuvent-ils prévoir les candidats à une détransition ? Dans cette prise en charge l'affirmation de genre de jeunes trans et non-binaires¹⁹², les concepts du genre

¹⁸⁹ Petite fille. Documentaire de Sébastien Lifshitz diffusé sur Arte en décembre 2020.

¹⁹⁰ Emilie Remaud. Des pistes de réflexion sur les enjeux éthiques de l'accompagnement et de la reconnaissance de l'autonomie des mineurs transgenres en France. Genre (10) Série coordonnée par Paul Czenichow et Laetitia Martinerie. Médecine/sciences 2023 ; 39 : 39-43.

¹⁹¹ Le principisme est un cadre de référence en matière d'éthique normative qui a été conçu pour aider la prise de décision dans le domaine des soins de santé.

¹⁹² « Les jeunes trans et non binaires (JTNB) apportent un changement profond dans les conceptions du genre. Ce changement générationnel ne se révèle pas uniquement dans des formes nouvelles d'identités de genre mais aussi dans les parcours de vie, et avec un abaissement de l'âge moyen du coming out trans [1, 2]. Une étude réalisée par Jae Puckett et al. en 2021 [3], incluant 695 personnes ayant effectué un coming out trans, révèle en effet que, si les personnes nées avant les années 1970 annonçaient leur transidentité comme femmes trans à l'âge de 50 ans,

flous, les désistances, les détransitions, les regrets peuvent interpeller les soignants. *Dans une étude réalisée en 2021 intégrant plus de 17000 personnes transgenres ayant entamé des démarches d’affirmation de leur genre ressenti, 13,1 % des participants et participantes ont rapporté avoir détransitionné¹⁹³. Au-delà de ce nombre, il est important d’en regarder les raisons. Dans un peu plus de 80 % des cas, les personnes ont exprimé le fait que leur détransition avait été motivée par au moins un facteur externe : pression exercée par la famille, stigmatisation sociale, etc. Pour un peu plus de 15 % des personnes, au moins un facteur interne, tel que des fluctuations concernant leur identité de genre, était à l’origine de la détransition. Finalement, le terme de détransition recouvre de multiples possibilités pour les personnes transgenres, mineures ou non, telles qu’un arrêt, temporaire ou définitif, des hormones, le retour temporaire à une expression de genre antérieure en famille, à l’école ou au travail, ou encore l’évolution vers une autre identité de genre stable. »*

Des publications notent les irrégularités du suivi des traitements hormonaux chez les jeunes, « *Au Québec, une équipe mène actuellement une recherche en trois volets, sur le vécu des jeunes, sur les professionnels de santé et sur les discours médiatiques. Cette recherche est un partenariat entre plusieurs universités et implique des chercheurs issus de différents champs¹⁹⁴. Les résultats préliminaires de cette étude indiquent que les jeunes qui s’identifient comme ayant détransitionné, rapportent comme raison de leur changement de parcours des motifs très variés : une meilleure compréhension de soi via leur parcours d’affirmation, un changement de perspective sur le genre avec l’identification à des identités non binaires (agenres, gender fluide), la peur de passer pour un homme cis en continuant la prise de testostérone, le refus d’être médicalisé à vie, les trop importants obstacles que subissent les personnes trans dans leur vie, et le manque de soutien, la découverte d’une nouvelle communauté detrans, la compréhension que leur difficultés n’étaient pas une question uniquement de genre, la persistance de la dysphorie et/ou le changement d’attribution de ses causes [40]. La logique actuelle de ces transitions, binaire, allant d’un genre vers l’autre, est ainsi à réévaluer car « ne pas apparaître comme un homme cisgenre » et « comprendre que l’on est non binaire » sont des raisons fréquentes d’interruptions de traitement que la logique médicale interprète comme un refus, mais qui se retrouvent en fait dans une logique expérientielle des cheminements identitaires¹⁹⁵. »*

celles nées au tournant des années 2000 s’identifient à des identités beaucoup plus diverses et ont révélé leur identité de genre beaucoup plus précocement, autour de l’âge de 22 ans, et celles nées après les années 2000 l’ont fait encore plus tôt, à l’âge de 17 ans. Actuellement, chez les adolescents de 13 à 18 ans, les chiffres les plus probants indiquent des prévalences variant entre 1,2 % et 2,7 % [4]. Cette population actuellement très visible, et médiatisée, est particulièrement vulnérable [5-10]. »

¹⁹³ Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health* 2021 ; 8 : 273-80.

¹⁹⁴ Annie Pullen Sansfaçon de l’Université de Montréal, pour le travail social, avec Denise Medico, psychologue et sexologue, Mélanie Millette et Olivier Turbide, pour la communications, tous trois de l’Université du Québec à Montréal et Alexandre Baril, de l’Université d’Ottawa pour le travail social et l’aspect philosophique.

¹⁹⁵ Denise Medico, Charlotte Pellaton, Adèle Zufferey. L’affirmation de genre des jeunes trans et non binaires en Suisse romande. *Genre* (16). Série coordonnée par Paul Czernichow et Laetitia Martinier. *médecine/sciences* 2023 ; 39 : 157-63.

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l’enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

3.2.1.4 Un devoir d'information de l'enfant et de sa famille

Les soignants doivent informer sur les avantages/inconvénients et les inconnues existantes. L'accompagnement des mineurs transgenres évolue selon les recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes internationales. *« Elles précisent, notamment, que les équipes pédiatriques d'accompagnement des transidentités doivent **informer les mineurs et leurs familles** engagés dans des processus de transition sociale et/ou médicale, en centrant l'accompagnement sur les besoins des jeunes et en tenant compte de **l'état des connaissances scientifiques actuelles**, de leur évolution rapide, et donc, **des inconnues existantes**. Transmettre une information peut aussi orienter la décision. Afin de proposer le suivi le plus bienfaisant possible, l'information va être délivrée en fonction de plusieurs caractéristiques. L'équipe médicale, composée de pédopsychiatre, psychologue et endocrinologue, doit transmettre de façon la plus neutre possible des informations à l'enfant ou à l'adolescent en fonction de son âge et de sa maturité, de son vécu et de l'état psychologique dans lequel il se trouve. Les professionnels de santé doivent également tenir compte de la présence et du soutien de ses parents, mais également de leur compréhension des informations transmises, et de leur capacité à accompagner eux-mêmes leur jeune dans son parcours de réflexion¹⁹⁶. »*

3.2.2 L'expérience en vie réelle et la transition sociale

L'expérience en vie réelle est une période plus ou moins longue, pendant laquelle le mineur doit vivre en permanence dans le rôle du genre désiré.

« En France, la phase dite d'expérience en vie réelle, l'EVR est considérée comme l'un des éléments de la phase d'évaluation, l'objectif étant alors de mesurer la capacité à vivre dans le genre désiré et la persistance de la demande de transition. Elle permet d'envisager les conséquences légales, économiques, sociales, familiales et personnelles du changement d'identité avant de procéder à des changements physiques irréversibles. A l'échelle internationale et en Belgique, on recommande de situer l'expérience en vie réelle pendant l'hormonothérapie et avant le recours éventuel à la chirurgie¹⁹⁷. »

Au sein des protocoles hospitaliers, les périodes de « *real life test* » (de test en vie réelle) sont notamment mises en place afin d'éprouver la « bonne volonté » des patients et des patientes durant les transitions. Sont-ils vraiment ce qu'ils prétendent ? Alors qu'il se présente comme un élément de la thérapie, le *real life test* ne respecte pour autant pas toujours les préconisations internationales de la WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*). Ces dernières suggèrent que le *real life test* ne soit pas un élément de diagnostic dans le parcours de

¹⁹⁶ L'Endocrine Society en 2017, l'Australian Standards of Care and Treatment Guidelines en 2018 et la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) en 2022.

¹⁹⁷ Inspection générale des affaires sociales. Igas. RM2011-197P. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme établi par Hayet Zeggar et Muriel Dahan. Décembre 2011.

changement de genre, mais un élément d'accompagnement et de prise de conscience individuelle. Selon les praticiens, cette étape sert pourtant à mesurer « la congruence » entre « la demande » et « la mise en acte » de « l'adaptabilité » de la personne.

Cette expérience en vie réelle est actuellement transformée en transition sociale ou affirmation sociale de l'expression de genre qui peut comprendre l'usage d'un prénom et d'un pronom. Ce choix correspond au genre choisi pour l'acceptation par un cercle en général progressivement étendu de cette transition du cercle familial, au scolaire, à la société en général¹⁹⁸.

Qui dit expérience en vie réelle ne veut pas dire transition sociale. La grande majorité (environ 80 %) des enfants prépubères ayant reçu un diagnostic dans l'enfance d'incongruence GD/sexe ne sont pas restés incongrus GD/sexe à l'adolescence¹⁹⁹. Mais **ils peuvent avoir de grandes difficultés à retrouver leur rôle de genre d'origine à l'entrée de la puberté s'ils ont complètement effectué leur transition sociale**²⁰⁰. De plus, il a été constaté que la transition sociale (en plus de l'incongruité GD/sexe) contribue à la probabilité de persévérance. Le mot transition sociale est en lui-même très connoté pour un jeune mineur en questionnement.

Cela « n'implique pas que les enfants devraient être découragés de manifester des comportements sexistes ou devraient être punis pour avoir manifesté de tels comportements. Dans certains cas, une transition sociale complète et précoce peut aboutir à une issue plus favorable, mais il n'existe actuellement aucun critère pour identifier la Enfants GD/incongrus au genre auxquels cela s'applique. À l'heure actuelle, l'expérience clinique suggère que la persistance de l'incongruité DG/sexe ne peut être évaluée de manière fiable qu'après les premiers signes de la puberté²⁰¹. »

3.2.3 Les traitements médicamenteux

3.2.3.1 *Le difficile problème des prescriptions hors AMM*

Dans la dysphorie du genre les traitements hormonaux sont prescrits hors AMM²⁰² du fait du détournement des produits de leur AMM. Les bloqueurs de puberté, ayant leur AMM pour freiner la puberté en cas de puberté précoce documentée par des bilans hormonaux, sont prescrits en cas de dysphorie du genre pour freiner la puberté afin de permettre à l'enfant de faire le point sans l'angoisse de survenue du développement des signes physiques pubertaires.

¹⁹⁸ Le terme « mégenrer » s'applique lorsque la transition sociale n'est pas reconnue.

¹⁹⁹ Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Horm Behav.* 2013; 64(2):288–297.

²⁰⁰ Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2011;16(4):499–516.

²⁰¹ Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society. Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical endocrinology and metabolism.* September 2017. *J Clin Endocrinol Metab,* November 2017, 102(11):3869–3903.

²⁰² Rapport remis à monsieur le ministre Vèran. « Les traitements hormonaux permettant de développer des caractéristiques physiques secondaires en harmonie avec l'identité de genre du jeune, sont le plus souvent prescrits autour de 15, à l'âge d'entrée au lycée. Dans ce cas, il s'agit de traitements dont l'impact est en partie irréversible (pilosité, voix ...) et qui peuvent agir sur la fertilité. »

De même les hormones sexuelles, qui peuvent être prescrites à des mineurs pour des insuffisances hormonales dans le sexe de leur naissance, sont prescrites dans le cas de la dysphorie du genre pour l'autre sexe de naissance et pour lesquels elles n'ont pas eu leur autorisation de mise sur le marché. Ces médicaments hors AMM chez les enfants mineurs, soit pour les moins de 17 ans, ne répondent pas à la législation de la réglementation européenne et ne bénéficient d'aucun Accès Précoce et Compassionnel (APC²⁰³ qui a remplacé les ATU). **Nous demandons à ce que les patients ayant reçu ces traitements prescrits hors AMM fassent l'objet d'une création de dossier avec un suivi sur plus de 10 ans.**

Dans le rapport remis au ministre de la Santé, on note d'une part la demande de contourner la nécessité d'une RCP recommandée par une prescription d'emblée du médecin généraliste, et d'autre part de prescrire des médicaments hors AMM. *« Le généraliste pourrait devenir le référent d'emblée de ces patients avec possibilité de prescrire directement des hormones sexuelles. Une médicalisation somatique engagée si rapidement constitue un risque pour bien des patients, et les détransitionneurs dénoncent la rapidité de leurs prescriptions hormonales. Mais rien n'est dit dans la synthèse du rapport des effets secondaires de ces produits qui sont nombreux, outre l'irréversibilité de certains. Leurs auteurs indiquent qu'il faudrait trouver les moyens de contourner l'autorisation de mise sur le marché, mais elle est incontournable : elle est établie sur des études qui ont permis d'établir la sécurité des médicaments et leurs effets secondaires. Or, ces effets sont liés au sexe des utilisateurs. On prescrira toujours ces hormones hors AMM tant que les études participant à la mise sur le marché ne comporteront pas des statistiques de grande envergure et de méthodologie valide sur l'utilisation des hormones chez les personnes Trans, avec les risques que cela implique tant pour les patients qu'au plan médico-légal. »*

La prescription hors AMM est encadrée et prévue par le code de la santé publique (article L.5121-12-1 CSP). Elle doit demeurer exceptionnelle.

« Le médecin bénéficie d'une liberté de prescription mais doit la limiter à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins²⁰⁴. De façon générale, le médecin doit prescrire un médicament dans son AMM et dans l'intérêt du patient! Des exceptions à cette règle existent toutefois : ATU ou RTU²⁰⁵. En l'absence d'ATU ou de RTU délivrée par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (ANSM) le médecin peut le prescrire seulement si l'intérêt du patient le commande.

²⁰³ Depuis le 1er juillet 2021, le régime des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) a été remplacé par celui de l'Accès Précoce et Compassionnel (APC). « Les ATU ont été remplacés par deux nouveaux dispositifs d'accès et de prise en charge par l'Assurance maladie entrent en vigueur au 1er juillet 2021 : l'« accès précoce » qui vise les médicaments répondant à un besoin thérapeutique non couvert, susceptibles d'être innovants et pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou une demande de remboursement de droit commun ; et l'« accès compassionnel » qui vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert. » Ministère de la santé et de la prévention.

²⁰⁴ Article 8 et 40 du code de déontologie et article L.162-2 du Code de la sécurité sociale – CSS.

²⁰⁵ RTU : recommandation temporaire d'utilisation.

Le médecin a une obligation d'information renforcée, il doit informer son patient ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur :

- de la non-conformité de la prescription par rapport à son AMM, de l'absence d'alternative thérapeutique à bénéfice équivalent,*
- des risques encourus et des bénéfices potentiels,*
- de l'absence de prise en charge du produit de santé prescrit par l'Assurance maladie (article L.162-4 et L.162-1-7 CSS).*

Les obligations du médecin sont renforcées, il doit veiller à :

- porter la mention « Hors AMM » sur l'ordonnance (articles L.5121-12-1 CSP, L.162-4 et L.162-1-7 CSS),*
- tracer dans le dossier patient les raisons pour lesquelles il a choisi d'avoir recours à une prescription hors AMM (article L.5121-12-1 CSP).*

La prescription est un acte médical qui engage la responsabilité de son auteur. La justification de la prescription hors AMM devra être apportée par tout moyen. Le médecin ne peut proposer aux patients des thérapeutiques insuffisamment éprouvées (article R.4127-39 CSP) ou leur faisant courir un risque injustifié (article R.4127-40 CSP).

En cas de renouvellement de prescription, la responsabilité du médecin est engagée. Le médecin doit s'assurer de l'intérêt de la prescription hors AMM pour son patient avant son renouvellement, dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus. Cependant, l'instauration du parcours de soins oblige l'endocrinologue à confier au médecin traitant la demande d'ALD, conduisant le généraliste à partager la responsabilité d'une prescription qui sera « hors AMM » jusqu'au changement de numéro de sécurité sociale.

PHARMACIENS

La dispensation hors AMM est légale et reste sous la responsabilité du pharmacien. Les obligations du pharmacien sont renforcées :

- il informe le patient de la posologie, du mode d'administration, du moment de prise et de la durée du traitement;*
- il conseille le patient sur le bon usage des médicaments, souligne les précautions d'emploi et alerte sur les mises en garde, attire l'attention du patient sur les effets indésirables et sur la possibilité d'interactions avec des médicaments d'automédication*

(Bonnes pratiques de dispensation). La responsabilité civile, pénale et disciplinaire est engagée, comme pour toute dispensation²⁰⁶. »

« Les traitements hormonaux sont prescrits hors AMM (cf. Tableau 1). Un faible nombre de médecins spécialistes ou généralistes acceptent de les prescrire. Ces traitements sont administrés à long terme et peuvent induire des effets secondaires. L'automédication pratiquée par des personnes augmente le risque d'effets secondaires. Le traitement hormonal réduirait la fertilité de manière peut-être irréversible et à long terme, il peut entraîner une infertilité qu'il est important d'expliquer à la personne avant le début du traitement (HAS, 2009). Des possibilités de préservations des gamètes sont disponibles (orientation vers un CECOS) (4)²⁰⁷. »

Pourtant ces prescriptions non conformes sont reconnues par les institutions. Ce délicat problème est rappelé dans plusieurs publications²⁰⁸. Le rapport remis au ministre de la santé le dit bien : *« Les difficultés d'accès aux traitements révèlent « des traitements hors AMM, ce qui génère une prise de risque pour les médecins de nature à renforcer les réticences à la prescription et induit théoriquement un non-remboursement ; dans les faits, les traitements sont remboursés dans le cadre de l'ALD²⁰⁹. »*

Le cadre de prescription des traitements médicamenteux est « inadapté » pour que les patients accèdent au remboursement *« Suivre la réglementation et mentionner hors AMM sur les ordonnances empêche le remboursement. En pratique, personne ne le fait, en raison d'une tolérance non formulée de l'Assurance-maladie, qui assure la prise en charge dans le cadre de l'ALD, obtenue par la plupart des personnes trans »*, explique le Dr Hervé Picard, médecin généraliste et de santé publique, et coauteur du rapport remis à Olivier Véran²¹⁰.

L'AMM est suspendue dans l'attente des recommandations de l'HAS sur les parcours de soins des personnes en cours de transition prévues en novembre 2023 dont la population cible sera celle des personnes de plus de 16 ans ce qui exclue les prescriptions faites pour les plus jeunes. L'article L.162-17-2-1 du Code de la sécurité sociale permet la prise en charge financière dérogatoire, hors AMM ou pour des produits habituellement non remboursables, dans le cadre d'une affection de longue durée ou d'une maladie rare. Cette dérogation est possible à condition que le produit figure dans un avis ou une recommandation relative à une catégorie de maladie, formulée par la HAS.

²⁰⁶ La prescription et délivrance de médicaments hors AMM. Fiche pratique. Conseil national de l'Ordre des médecins - Conseil national de l'Ordre des pharmaciens - septembre 2020.

²⁰⁷ HAS. Note de cadrage. • Parcours de transition des personnes transgenres • septembre 2022.

²⁰⁸ HAS 2022, Collège des enseignants d'endocrinologie. Journées Nationales d'Endocrinologie-Diabète et maladies métaboliques. Catherine Brémont Weill. La dysphorie du genre, place de l'endocrinologue. MCEd n°92. Janvier 2018.

²⁰⁹ Rapport remis à monsieur le ministre Véran. 117 Les traitements hormonaux permettant de développer des caractéristiques physiques secondaires en harmonie avec l'identité de genre du jeune, sont le plus souvent prescrits autour de 15, à l'âge d'entrée au lycée. Dans ce cas, il s'agit de traitements dont l'impact est en partie irréversible (pilosité, voix ...) et qui peuvent agir sur la fertilité.

²¹⁰ Le quotidien du médecin. Elsa Bellanger. 16/12/2023.

Il doit en outre être inscrit explicitement dans un protocole de soins (article L. 324-137). C'est ce seul protocole de soins, qui peut être individuel ou s'appuyer sur un cadre national, qui est nécessaire au remboursement, dès lors que la HAS aura publié un avis ou une recommandation et qu'un arrêté aura validé la prise en charge hors AMM des médicaments bloqueurs de puberté ou les hormonothérapies pour les mineurs trans âgés au moins de 16 ans révolus. Pour les plus jeunes, la HAS devrait rappeler que les prescriptions de traitement hormonaux et chirurgicaux irréversibles ou aux effets secondaires trop importants, pour des enfants, doivent être bannis à quelques très rares exceptions qu'elle devra encadrer très strictement. Cette démarche éviterait aussi des cas de consciences sur le plan éthique aux médecins face à de très jeunes en grande souffrance.

La contrainte d'injonction de traitement mise par la société et la loi de février 2022 est très surprenante. Elle met en insécurité juridique des soignants, que ce soit ceux qui instaurent les traitements, que les médecins généralistes à qui on confie de rédiger la demande de prise en charge ALD hors liste et de reconduire les traitements.

3.2.3.2 *Les bloqueurs de puberté*

Le protocole, dit « *Dutch protocole* » appliqué pour bloquer la puberté chez les adolescents est issu d'une approche néerlandaise des années 1990²¹¹ qui n'a jamais été réévaluée depuis.

Le traitement par bloqueurs de puberté vise à suspendre le développement des caractères sexuels secondaires (poitrine, voix, pilosité) relevant du genre auquel le mineur ne s'identifie pas et lui permettre de vivre une adolescence sans les évolutions physiologiques, psychiques qui vont avec la puberté.

Cela permet d'apaiser l'adolescent et de lui laisser du temps pour préciser ce qu'il souhaite. Lorsque ces traitements sont instaurés les études ont montré qu'ils conduisaient ipso facto à la prise de traitements hormonaux de réassignation du sexe opposé par la suite. Force est de constater que le laps de temps qui sépare le blocage de la puberté est surtout employé à surfer sur les différents réseaux sociaux ce qui renforce la détermination du jeune en questionnement. Ces traitements ne sont pas sans conséquences et peuvent entraîner des troubles irréversibles.

Pour un consentement éclairé de l'adolescent et de sa famille, il est recommandé que les adolescents expérimentent un début de puberté correspondant au stade 2 ou 3 de l'échelle de Tanner²¹² soit vers l'âge de 12 ans. Ils sont prescrits hors AMM²¹³, car ils n'ont jamais été

²¹¹ Cette approche soulignait l'innocuité relative du blocage de la puberté et des traitements hormonaux d'affirmation de genre ce qui est infirmé par les études récentes.

²¹² Stades de Tanner chez la fille. Chez la fille, ils vont de S1 (S pour Sein) qui est une simple élévation du mamelon, à S5 qui correspond à un développement mammaire de type adulte. Le stade S2 ou apparition du bourgeon mammaire correspond à la télarche. Elle survient en moyenne à l'âge de 10-11 ans. »

²¹³ Les bloqueurs de puberté sont prescrits en cas de dysphorie du genre hors AMM, ils ont leur indication particulière liée à leur AMM pour freiner la puberté en cas de puberté précoce biligentée et validée par un diagnostic médical.

autorisés chez les enfants porteurs d'une dysphorie du genre puisqu'il n'y a pas eu d'étude.

Ces traitements doivent être réservés à des cas très particuliers. « *Un traitement médical à visée de blocage de la puberté physiologique peut être envisagé chez les adolescents lorsque la transidentité persiste ou s'intensifie au début de la puberté (Tanner2) et entraîne une souffrance. Pour ceux-ci, les changements physiques pubertaires peuvent apparaître insupportables²¹⁴.* » Chez l'enfant transgenre, les indications de prescriptions des bloqueurs de la puberté sont claires : « *L'administration d'analogues de la gnRH n'est envisagée dans la dysphorie de genre qu'après confirmation du diagnostic, avec persistance des symptômes au démarrage pubertaire, soit aux stades 2 ou 3 de Tanner (aux alentours de 12 ans, mais l'âge pouvant varier en fonction de l'âge de l'initiation de la puberté, marquée par le développement des bourgeons mammaires chez les filles et l'augmentation du volume testiculaire chez les garçons²¹⁵.* »

Les effets du traitement sont complètement réversibles sur la puberté. Ainsi, si l'adolescent ne souhaite plus une transition hormonale, le traitement peut être interrompu ce qui laisse la puberté physiologique reprendre.

S'ils sont réversibles, les bloqueurs de puberté ne sont pas dénués d'effets secondaires et loin d'être anodins en cas de poursuite du parcours de transition. Il est impératif d'en informer adolescents et parents.

Différents effets secondaires propres au médicament sont possibles : bouffées de chaleur, fatigue, prise de poids, rétention d'eau, baisse de la libido, maux de tête, sautes d'humeur, sécheresse vaginale, diminution du volume des seins, augmentation du volume des seins, acné, douleurs musculaires, étourdissements, dépression.

3.2.3.3 *La transition sexuelle proprement dite : les hormones de changement de sexe*

« *Si les adolescents souhaitent une transition hormonale, des hormones d'affirmation du genre (œstrogènes pour les filles trans, androgènes pour les garçons trans) peuvent être proposées **généralement à partir de 16 ans** (Tableau 1). 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 a une capacité suffisante pour donner son consentement éclairé et évaluer de manière adéquate les avantages et les risques des traitements, sans qu'il y ait de données à ce sujet dans la littérature (2). L'adolescent et ses parents doivent être informés des effets attendus du traitement et des effets secondaires potentiels concernant notamment la fertilité. De même, les options pour préserver la fertilité doivent être discutées. **L'équipe pluri-disciplinaire confirme la persistance de la transidentité, que l'enfant/ adolescent peut pleinement comprendre les enjeux thérapeutiques et donner un***

²¹⁴ La prescription des analogues de la GnRH (aGnRH ou « bloqueurs de puberté ») suit les recommandations de l'Endocrine Society (2) et repose sur la "Dutch approach" mise en place par les Drs Cohen-Kettenis et Delemarre-van de Waal.

²¹⁵ Martinerie Laetitia. Prise en charge d'une dysphorie de genre sur le plan endocrinologique chez l'enfant et l'adolescent. Service d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique. Hôpital Robert Debré. Paris. Enfance et psy. 2016. 1. N°69. 58-65.

consentement éclairé pour la transition hormonale, que les parents ont donné leurs consentements aux traitements pour leur enfant, et l'absence de contre-indication médicale à l'initiation du traitement²¹⁶. » Partiellement réversible, l'hormonothérapie peut laisser des dommages irréversibles après quelques mois.

Effet	Début d'apparition attendu ^a	Effet maximum attendu ^b
Peau grasse / acné	1–6 mois	1–2 ans
Développement du système pileux	3–6 mois	3–5 ans
Chute des cheveux	>12 mois ^c	Variable
Augmentation de la masse musculaire	6–12 mois	2–5 ans ^d
Redistribution de la masse grasseuse	3–6 mois	2–5 ans
Arrêt des menstruations	2–6 mois	n/a
Accroissement clitoridien	3–6 mois	1–2 ans
Atrophie vaginale	3–6 mois	1–2 ans
Aggravation de la voix	3–12 mois	1–2 ans

^A Adapté avec l'autorisation, de Hembree et coll (2009), Copyright 2009, The Endocrine Society.

^B Estimations à partir d'observations cliniques publiées et non publiées.

^C Peut être minime, dépend de l'âge et des antécédents familiaux.

^D Significativement dépendant de la quantité d'exercice physique.

Effets et délai d'effets de la masculinisation par hormones chez hommes trans (WPATH Standards de soins 7^{ème} édition)

Chez les hommes trans traités, les changements physiques apparaissent au cours de premiers à six mois. La peau devient grasse acnéique, la pilosité faciale et corporelle se développe ainsi que la masse musculaire, les règles disparaissent et le vagin s'atrophie. Au cours de la première année la voix devient plus grave, le clitoris se développe.

Chez les femmes trans traitées, les changements physiques apparaissent au cours de 3 à 12 mois de traitements hormonaux. On constate une diminution des érections spontanées, une baisse de la pilosité de la face et du corps, une augmentation du tissu mammaire et une redistribution de la masse grasse. Sur une période plus longue la prostate et les testicules subiront une régression.

²¹⁶ Laetitia Martinerie. Service d'Endocrinologie et de Diabétologie Pédiatrique, Hôpital Robert Debré, Paris Equipe Pédiatrique d'Accompagnement de la Transidentité (EPAT). Taking care of transgender adolescents in 2020. Mises au point cliniques d'Endocrinologie. Adolescents transgenres : que proposer ? Comment accompagner en 2020 ? Journée Nicolas Guerité. Paris. 20-21 nov 2020.

Effet	Début d'apparition attendu ^a	Effet maximum attendu ^b
Redistribution de la masse graisseuse	3–6 mois	2–5 ans
Diminution de la masse musculaire	3–6 mois	1–2 ans ^c
Assouplissement de la peau, peau moins grasse	3–6 mois	Inconnu
Baisse de la libido	1–3 mois	1–2 ans
Diminution des érections spontanées	1–3 mois	3–6 mois
Dysfonctions sexuelle masculines	Variable	Variable
Accroissement mammaire	3–6 mois	2–3 ans
Diminution du volume testiculaire	3–6 mois	2–3 ans
Baisse de la production de sperme	Variable	Variable
Pilosité moindre et de croissance ralentie sur le corps et le visage	6–12 mois	> 3 ans ^d
Calvitie masculine	Pas de repousse, arrêt de la perte en 1–3 mois	1–2 ans

^A Adapté avec l'autorisation, de Hembree et coll (2009), Copyright 2009, The Endocrine Society.

^B Estimations à partir d'observations cliniques publiées et non publiées.

^C Significativement dépendant de la quantité d'exercice physique.

^D Traitement par électrolyse ou laser pour une épilation complète.

Effets et délai d'effets de la féminisation par hormones chez les femmes trans (WPATH Standards de soins 7^{ème} édition)

Les critères d'éligibilité de Standard of Care de la WPATH sont nombreux :

- L'adolescent présente un intense et persistant pattern de dysphorie de genre ou de non-conformité de genre

- La dysphorie de genre apparaît ou s'aggrave à la puberté

- L'absence de facteurs psychologiques, médicaux ou sociaux pouvant interférer avec le traitement (ex. adhésion au traitement), soit stabilité suffisante du fonctionnement et de la situation de l'adolescent pour commencer le traitement.

Les nouvelles recommandations de la WPATH²¹⁷ incitent à une évaluation minutieuse avant les interventions médicales ou chirurgicales tout en reconnaissant l'importance de l'applicabilité globale et de la disponibilité des ressources. **Un chapitre est considérablement élargi sur les besoins des adolescents et les nouvelles recommandations d'interventions médicales basées sur une évaluation multidisciplinaire et un plan de traitement complet. Il traite de la santé mentale et comprend la participation et le soutien des parents et des soignants (dans la mesure du possible).**

3.2.4 Les chirurgies dites de changement de sexe

Depuis les années 70, en France, les opérations de changement de sexe sont devenues légales pour les homosexuels mais ne sont pas autorisées en France avant 18 ans. La chirurgie de réassignation sexuelle comprend la chirurgie pelvienne et mammaire.

Certaines personnes trans se contentent de changer de prénom et modifient leur identité à l'état civil, d'autres considèrent que la chirurgie de réassignation est incontournable pour la qualité de leur transition. Les chirurgies ne doivent être envisagées qu'à partir de l'âge de 18 ans selon les recommandations actuelles. *« Leur indication sera réévaluée en commission interdisciplinaire. Les différentes chirurgies consistent en l'ablation des organes sexuels du sexe génétique (mastectomie/ovariectomie/annexectomie ou orchidectomie) et la création de nouveaux organes génitaux du sexe désiré (vaginoplastie ou phalloplastie). D'autres nombreuses interventions sont associées comme la poitrine, la pomme d'Adam, le visage. »*

Femme vers Homme F to M

Mastectomie pour masculinisation du torse

Hystérectomie et ovariectomie

Mastectomie

Métoïdioplastie (élargissement du clitoris et création d'un micropénis de 5 à 7 cm) ou phalloplastie par création après prélèvement d'un lambeau de peau d'une région du corps d'un néopénis de taille moyenne. Une première opération de 8 à 10 h suivie de 3 à 5 opérations sur un an selon que l'on désire la création d'un urètre pour uriner debout. La rigidité de l'implant pénien est obtenue par l'activation d'une pompe située dans le scrotum.

Homme vers Femme M to F

Vaginoplastie soit création d'un vagin et une vulve.

Ablation des testicules, dissection du pénis et invagination de la peau du pénis et des testicules pour être greffée à l'intérieur d'une cavité vaginale formée de 14 à 17 cm, création d'un clitoris et de grandes lèvres. 4 à 6h

²¹⁷ SOC8 septembre 2022.

Il est important de ne pas précipiter les interventions, en particulier la mastectomie qui peut être faite à partir de 14 ans comme le souligne l'académie de médecine.

Celles qui détransitionnent ont en moyenne 20 ans et regrettent amèrement cette mastectomie. La chirurgie n'est donc certainement pas à accélérer, en particulier chez les jeunes, mais à différer, compte tenu des changements de désirs des personnes trans.

Tableau 1. Traitement hormonal (concernant les adultes) d'après le rapport Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France HAS, 2009

Traitement des MtF	
➔ Avant orchidectomie	
- Etape de dévirilisation : Anti-androgènes	Acétate de cyprotérone Si contre-indication, anti-androgènes non stéroïdiens ou analogues de la GnRH
- Etape de féminisation : Anti-androgènes + estrogènes	17 β estradiol : risque moindre d'accidents thrombo-emboliques qu'avec éthynyl-estradiol éthynyl-estradiol contre-indiqué si d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et/ou une thrombophilie reconsidérer les modalités de l'estrogénothérapie si survenue d'une thrombose veineuse pendant le traitement hormonal analogues de la GnRH utilisation limitée par le coût élevé ; à discuter si intolérance à Acétate de cyprotérone
➔ Après orchidectomie	
Doses estrogènes réduites, suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la féminisation Anti-androgènes interrompus généralement	
Traitement des FtM	
➔ Avant ovariectomie	
- Etape de déféminisation	progestatifs de synthèse (dérivés pregnanes et norpregnanes)
- Etape de virilisation	testostérone
➔ Après ovariectomie	
Doses de testostérone suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la virilisation	

3.3 Les risques

Les hormones sexuelles qui peuvent être prescrites à des mineurs pour des insuffisances hormonales dans le sexe de leur naissance, ont été détournées pour permettre aux personnes souhaitant faire une transition dans le sexe opposé. Dans le cas du genre, elles sont prescrites pour des sexes différents pour lesquelles il n'y a pas eu d'autorisation de mise sur le marché. Ces hormones en elles-mêmes peuvent avoir des effets secondaires qui ont été étudiés dans le sexe pour lesquelles elles ont eu une autorisation de mise sur le marché, soit des hormones

féminines pour les filles nées avec un sexe féminin et des hormones masculines pour les garçons nés avec un sexe masculin.

Il n'existe aucune étude sur l'évaluation des risques à long terme de l'hormonothérapie pour les personnes transgenres orientés vers une réassignation de genre/sexe, c'est à dire pour modifier le climat hormonal et métabolique d'une personne qui était née avec un sexe différent. C'est pourquoi la CNCDH dans sa recommandation 55²¹⁸ préconise d'étudier au sein de l'Institut pour la Recherche de Santé Publique, les conséquences à long terme de l'hormonothérapie pour les personnes trans et intersexes.

3.3.1 Pour les bloqueurs de puberté

S'ils sont réversibles, les bloqueurs de puberté ne sont pas dénués d'effets secondaires et ne sont pas anodins en cas de poursuite du parcours de transition. Adolescents et parents doivent en être informés.

3.3.1.1 *Les effets secondaires propres*

Différents effets secondaires propres au médicament sont possibles : bouffées de chaleur, fatigue, prise de poids, rétention d'eau, baisse de la libido, maux de tête, sautes d'humeur, sécheresse vaginale, diminution du volume des seins, augmentation du volume des seins, acné, douleurs musculaires, étourdissements, dépression.

3.3.1.2 *Un impact sur la minéralisation osseuse.*

« Certaines études font état d'une densité minérale osseuse (DMO) basse avant THF chez les FT, en rapport avec le mode de vie (activité physique réduite, carence en vitamine D, intoxication alcool-tabagique), justifiant de rechercher une ostéopénie dans cette population (23) (.). Il convient de noter le risque pour la santé osseuse que présentent les blocages pubertaires par a-GnRH ou CPA chez les adolescentes trans, et que ne corrige que partiellement le THF institué par la suite (24). Cette question devra faire l'objet d'études de suivi, ce d'autant que ces blocages sont pratiqués de plus en plus précocément et longtemps, notamment chez des femmes n'ayant pas recours à une orchidectomie/vaginoplastie²¹⁹. »

« Les z-scores de densité minérale osseuse diminuent pendant le traitement par aGnRH, en particulier au niveau lombaire, et augmentent sous traitement par testostérone ou estradiol

²¹⁸ Recommandation 55 : La CNCDH recommande la création au sein de l'Institut pour la recherche en santé publique (GIS-IReSP) d'un programme de recherche spécifique, doté de moyens financiers durables, portant sur la santé des personnes LGBTI. Ce programme devrait associer plusieurs institutions de recherche et prévoir des études spécifiquement consacrées aux Outre-mer. Un des premiers axes de recherche pourrait porter sur les conséquences à long terme de l'hormonothérapie pour les personnes trans et intersexes.

²¹⁹ Johson Nicolaï , Chabbert Buffet Nathalie. Service de gynécologie obstétrique, médecine de la reproduction, Hôpital Tenon, APHP, Sorbonne Université, 75020 Paris, France. Hormonothérapie féminisante chez les femmes transgenres. © 2020 published by Elsevier.

(44, 47). *Cependant, ils restent inférieurs aux z-scores de pretraitement, même après plus de 5 ans de traitement par hormones d'affirmation du genre.*²²⁰ ».

L'impact transitoire sur la densité minérale osseuse et donc de la vitesse de croissance, rend nécessaire la prescription systématique de vitamine D et le renforcement des apports calciques en raison du manque d'études concernant la taille adulte finale, le pic de masse osseuse et la morphologie du squelette. L'impact sur l'os mérite d'être étudié surtout avec les nouveaux modes alimentaires excluant les produits laitiers, et favorisant végétarisme et véganisme.

3.3.1.3 *Un impact sur les chirurgies futures*

A l'âge adulte le recours éventuel à certaines chirurgies pelviennes de réassignation (vaginoplastie) peut se révéler plus complexe²²¹. Les adolescents (MtoF) et leurs parents doivent être informés que les bloqueurs de puberté peuvent rendre plus difficiles les chirurgies de changement de sexe « *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 pourrait être compromise par l'arrêt de croissance du pénis* » (34) *de son impact sur la fertilité et des possibilités de préservation de celle-ci* (35)²²². »

3.3.1.4 *Des effets à long terme non évalués*

Les effets secondaires à long terme ne sont pas connus du fait que ces traitements sont depuis peu prescrits sur une plus longue période que lorsqu'ils sont prescrits dans leur indication de traitement de la puberté précoce. « ***Les effets à long terme ne pourront être évalués que lorsque les premiers patients traités auront atteint un âge suffisamment avancé pour permettre des études comparatives*** ». Il est important de rappeler la décision récente, en mai 2021, de l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm qui interdit désormais l'usage des bloqueurs d'hormones.

3.3.2 De l'hormonothérapie

²²⁰ Laetitia Martinerie. Service d'Endocrinologie et de Diabétologie Pédiatrique, Hôpital Robert Debré, Paris Equipe Pédiatrique d'Accompagnement de la Transidentité (EPAT). Taking care of transgender adolescents in 2020. Mises au point cliniques d'Endocrinologie. Adolescents transgenres : que proposer ? Comment accompagner en 2020 ? Journée Nicolas Guérité. Paris 20-21 nov 2020.

²²¹ Les bloqueurs de la puberté peuvent empêcher le bon développement de la verge dont la peau sert à créer un néovagin par enfouissement dans l'abdomen. La solution est de prélever un bout d'anse intestinale.

²²² Laetitia Martinerie. Adolescents transgenres : que proposer ? Comment accompagner en 2020 ? Mises au point cliniques d'Endocrinologie. Journée Nicolas Guérité d'endocrinologie et maladies métaboliques. Paris 20-21 novembre 2020. (44). Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015 Feb ; (47) (Vlot MC, Klink DT, den Heijer M, Blankenstein MA, Rotteveel J, Heijboer AC. Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone.* 2017;)

L'hormonothérapie de transition est partiellement réversible mais peut laisser des dommages irréversibles après quelques mois.

Les hormones sexuelles qui peuvent être prescrites à des mineurs pour des insuffisances hormonales dans le sexe de leur naissance, ont été détournées pour permettre aux personnes souhaitant faire une transition dans le sexe opposé. Dans le cas du genre, elles sont prescrites pour des sexes différents pour lesquelles il n'y a pas eu d'autorisation de mise sur le marché. Ces hormones en elles même peuvent avoir des effets secondaires qui ont été étudiés dans le sexe pour lesquelles elles ont eu une autorisation de mise sur le marché, soit des hormones féminines pour les filles nées avec un sexe féminin et des hormones masculines pour les garçons nés avec un sexe masculin.

3.3.2.1 *Les événements indésirables*

Des événements indésirables ont été rapportés dans la base de données nationale de pharmacovigilance²²³, seule possibilité d'études puisqu'il n'y a pas de données de cohorte prospective. Les « *résultats montrent une proportion non négligeable des cas d'évènements cardiovasculaires chez les jeunes hommes transgenres sous l'enantate de testostérone. Chez les femmes transgenres, les événements cardiovasculaires représentent le deuxième effet indésirable signalé. Les études ultérieures sont nécessaires pour identifier des facteurs de risque pouvant contribuer à l'individualisation de la stratégie thérapeutique en particulier chez les sujets jeunes.* » Des surveillances sont faites sur une possible augmentation des cancers²²⁴. (cf. : Annexe 17)

« Toutes les interventions médicales comportent des risques. La probabilité d'effets indésirables sérieux dépend de nombreux facteurs : la médication en elle-même, le dosage, la voie d'administration, et les caractéristiques cliniques du patient (âge, comorbidité, antécédents familiaux, hygiène de vie et habitudes du patient). Il est donc impossible de prédire si un effet indésirable va apparaître chez un patient. Les risques associés à l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante pour les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme sont résumés dans le tableau 2. Basé sur les niveaux de preuve, les risques sont catégorisés comme suit : (i) risque très probablement accru par l'hormonothérapie (ii) risque éventuellement accru par l'hormonothérapie, ou (iii) pas de risque accru ou non-concluant. Les items dans la dernière catégorie incluent des risques possibles mais pour lesquels les preuves sont si minimes qu'aucune conclusion tranchée ne peut en être tirée²²⁵. »

²²³ Yeleve M. Klein M. L. El Aridi and all. Les effets indésirables du traitement hormonal chez les personnes transgenres : analyse des cas rapportés dans la base de données nationales de pharmacovigilance. Annales d'Endocrinologie Volume 82, Issue 5, Octobre 2021, Page 275.

²²⁴ De Blok CJM et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* 2019; 365 : I1652. May 2019.

²²⁵ WPATH. Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People, Version 7. 2012.

TABEAU 2: RISQUES ASSOCIÉS À L'HORMONOTHÉRAPIE (LES ITEMS EN GRAS SONT CLINIQUEMENT SIGNIFICATIFS)

Niveau de Risque	Hormonothérapie féminisante	Hormonothérapie masculinisante
Risque accru élevé	Thromboembolie veineuse Calculs biliaires Augmentation des enzymes hépatiques Prise de poids Hypertriglycéridémie	Polyglobulie Prise de poids Acné Alopécie androgénique (calvitie) Apnée du sommeil
Risque accru avec présence de facteurs de risques additionnels ⁸	Maladies cardio-vasculaires	
Risque éventuellement accru	Hypertension Hyperprolactinémie ou prolactinome	Augmentation des enzymes hépatiques Hyperlipidémie
Risque éventuellement accru avec présence de facteurs de risques additionnels ⁸	Diabète de type 2	Déstabilisation de certain troubles psychiatriques ^A Maladies cardio-vasculaires Hypertension Diabète de type 2
Pas d'augmentation des risques ou résultat non-concluant	Cancer du sein	Perte de la densité osseuse Cancer du sein Cancer du col de l'utérus Cancer ovarien Cancer utérin

^A Troubles bipolaires, schizoaffectif et autres troubles pouvant inclure des symptômes maniaques ou psychotiques. Cet effet secondaire indésirable semble être associé à des doses élevées ou des niveaux sanguins supra-physiologiques de testostérone.

3.3.2.2 *Le risque de stérilité*

L'atteinte à la procréation future par les traitements n'est pas prise en compte par les jeunes en désir de transition certainement du fait que la dimension reproductive a été longtemps ignorée et peu évoquée. Si l'accès à la préservation des gamètes est désormais permis, peu de jeunes ne le sollicite, certainement du fait qu'ils ont du mal à se projeter dans un avenir de

plusieurs années ou refusent d'envisager de décaler ou suspendre le traitement hormonal le temps d'effectuer la préservation. Sont-ils informés et conscients de cette hypothèque sur leur avenir en termes de procréation? C'est un sujet très complexe mais qui doit être abordé avec les jeunes et les parents.

« L'une des plus grandes interrogations quant à la prescription de traitements hormonaux repose sur leurs effets sur la fertilité [6]. Si les techniques de conservation de la fertilité dans des centres spécialisés sont réalisables, les professionnels de santé ne peuvent pas, pour autant, renseigner les adolescents sur la façon dont ils pourront réutiliser leurs gamètes conservés. Les médecins informent alors les jeunes et leurs familles de cette « zone grise », ceux-ci prendront ensuite leur décision au regard des connaissances scientifiques actuelles sur le sujet. L'information et le temps permettent ainsi aux adolescents d'être agents de leur décision, au même titre que leurs parents, au regard de ces enjeux²²⁶. »

La santé reproductive et la question de sa préservation doit être abordée chez ces jeunes qui ont du mal à se projeter dans l'avenir, leur demande de transition les ramenant au présent.

Dans l'étude de Eva Feigerlova ²²⁷, publiée en 2018, portant sur les patients transgenres suivis dans le service d'endocrinologie au CHRU de Nancy ²²⁸. 82 % des sujets rapportaient qu'il était important de connaître l'effet du traitement hormonal sur la capacité d'avoir ses propres enfants biologiques dans le futur, seuls 32 % estiment avoir été informés d'une préservation de la fertilité par un professionnel de santé, 46 % cherchent des renseignements sur la Toile. Les obstacles donnés à la préservation de fertilité sont le manque de connaissance (47 %), la réglementation française (43 %) et le fait de ne pas retarder le traitement hormonal (39 %).

Les dispositions de l'article L.2141-11 du Code de la santé publique formulé en 2011 stipulent que *« Toute personne dont la prise en charge est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, peut bénéficier du recueil et de la conservation des gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité. »*

« Si les traitements hormonaux ne conduisent pas obligatoirement à l'infertilité, leur poursuite au long cours peut avoir un impact sur la fertilité des personnes, avec des réalités différenciées selon la nature des traitements (masculinisants ou féminisants). Ainsi une information adaptée et complète est-elle nécessaire à l'amorce de traitements hormonaux, complétée d'informations concernant les possibilités de préservation de gamètes. De même, l'information concernant la

²²⁶ Emilie Remaud. Des pistes de réflexion sur les enjeux éthiques de l'accompagnement et de la reconnaissance de l'autonomie des mineurs transgenres en France. Genre (10) Série coordonnée par Paul Czenichow et Laetitia Martinerie. médecine/sciences 2023 ; 39 : 39-43.

²²⁷ Feigerlova E, Pascal V, Ganne Devonec MO, et al. Parentalité et préservation de fertilité : désir, connaissances et attitudes des sujets transgenres. Ann Endocrinol (Paris) 2018 ; vol 79 : 251-2.

²²⁸ Etude portant sur 72 sujets transgenres, dont 65 % sous traitements hormonaux, 38 % ont eu une chirurgie de réassignation et 0,5 % ont bénéficié d'une conservation de gamètes.

préservation de gamète est nécessaire en amont d'interventions chirurgicales ayant un impact définitif sur la fertilité (hystérectomies, orchidectomies). Or cette information est souvent absente et l'orientation vers un CECOS susceptible d'informer, d'accompagner la réflexion des personnes et de réaliser les actes de préservation, est loin d'être généralisée, en dépit d'une recommandation du Défenseur des Droits datant de 2020²²⁹. »

Impact des traitements dans les parcours trans

• Chirurgie de réassignation

• Hormonothérapie MtF

- Relativement peu d'études spécifiques
 - Estrogènes et antiandrogènes peuvent avoir des effets d'inhibition de la spermatogenèse
 - Effets variables selon les ttt et selon les femmes! Scheider, J Sex Med 2015
 - Réversibilité possible mais non garantie (notamment avec les antiandrogènes+++)
- Adeleye, Urology 2019

• Hormonothérapie FtM

- Encore moins d'études, résultats contradictoires (SOPK ou non)
 - Effet à long terme inconnu +++
- Grvnberg, RBMO 2010
De Roo, RBMO 2017

Charlotte Dupont, Nathalie Sermondade, Emilie Moreau & Alix Beranger. Transidentités et préservation de la fertilité. *Etat des lieux et questions éthiques*. Biologie de la Reproduction – CECOS. Hôpital Tenon. Paris.

La WPATH et l'Endocrine Society recommandent « que les personnes soient informées sur la possibilité d'effectuer une cryopréservation de gamètes avant de débiter l'hormonothérapie ou a fortiori de pratiquer une gonadectomie même si initialement cette demande n'est pas formulée notamment par les personnes jeunes prises en charge. **Il faut noter que les adolescents prépubères pris en charge et traités n'auront pas de gamétogénèse et pour préserver leur fertilité, il faudrait effectuer des prélèvements de tissu ovarien ou testiculaire, ce qui n'est pas pratiqué en France**²³⁰. »

« Un accès à la préservation des gamètes est désormais permis pour tous par la loi de bioéthique du 2 août 2021 ; la loi précise que « lorsque la préservation est des gamètes est justifiée par une prise en charge médicale de nature à altérer la fertilité, les bénéficiaires

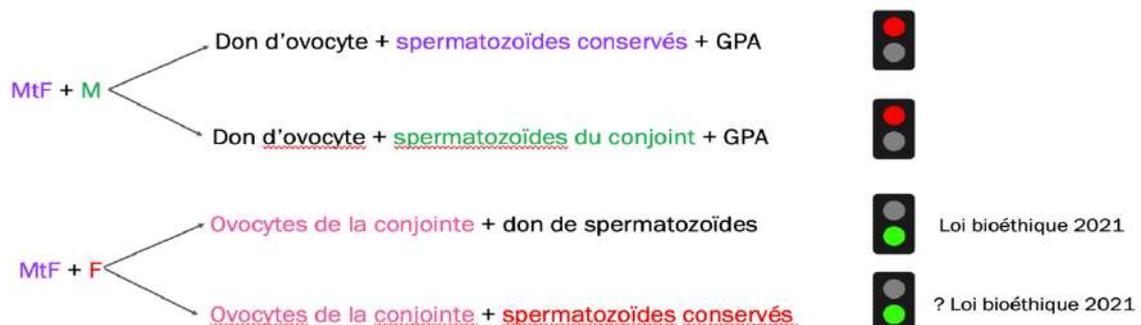
²²⁹ Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.

²³⁰ Catherine Bremont-Weill. La dysphorie du genre. La place de l'endocrinologue. Médecine Clinique Endocrinologie et Diabète. N°92. Janvier 2018.

peuvent être majeurs ou mineurs ; les frais sont pris en charge par la sécurité sociale (Art 31, CSP L 2141-1) », ce qui doit pouvoir s'appliquer aux personnes concernées par un parcours hormonal ou chirurgical de de transition. Toutefois, la récente loi de bioéthique n'autorise pas explicitement l'utilisation des gamètes en cas de changement de genre à l'état civil, ce qui place les personnes concernées dans une incertitude majeure quant à la portée de leur démarches de préservation de fertilité. »

« La plupart des CECOS commencent à s'organiser pour délivrer l'information nécessaire et faciliter les démarches de préservation. Ces dernières restent encore rares faute d'information, du fait du caractère invasif de certains actes de préservation (notamment le prélèvement d'ovocytes) ou d'un refus de décaler ou suspendre le traitement hormonal le temps d'effectuer la préservation. Le sujet est encore plus complexe à aborder avec les plus jeunes et leurs parents, en cas de blocage de la puberté ou d'engagement d'un traitement hormonal. » « Le CECOS de l'hôpital Jean Verdier a travaillé sur un protocole des jeunes et de leurs parents, en lien avec l'équipe de la Pitié Salpêtrière qui accueille des mineurs et jeunes adultes Trans. Le CECOS participe aussi à la RCP et à la plateforme Trajectoires Trans pour répondre aux questions portant sur la préservation de la fertilité. 80 personnes ont été vues au CECOS pour une consultation d'information dont 40 mineurs ; très peu ont poursuivi les démarches jusqu'à une conservation de gamètes (et en particulier peu de personnes FtM)²³¹. » Cela soulève des enjeux sociétaux majeurs. Les tableaux suivants montrent les impasses lors de l'utilisation des gamètes. Le changement de sexe à l'état civil interdit leur utilisation lorsqu'ils ont été prélevés avant le changement de sexe.

Quelle utilisation des gamètes autoconservés MtF?



²³¹ Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.

Quelle utilisation des gamètes autoconservés FtM?



Charlotte Dupont, Nathalie Sermondade, Emilie Moreau & Alix Beranger. Transidentité et préservation de la fertilité. *Etat des lieux et questions éthiques*. Biologie de la Reproduction. 2023. CECOS. Hôpital Tenon. Paris. M = sujet masculin de naissance . F sujet féminin de naissance. GPA = grossesse pour autrui. G= grossesse.

3.3.2.3 Des effets irréversibles

Les traitements de changement de sexe : ce qui est réversible/ ce qui est irréversible

Hormonothérapie masculinisante

Changements irréversibles soit permanents	Changements réversibles
Aggravation de la voix	Augmentation de la masse musculaire
Développement de la pilosité sur le visage et le torse	Répartition de la masse grasseuse
Chute des cheveux ou calvitie	Peu grasse et/ou acné
Hypertrophie du clitoris	aménorrhée

Hormonothérapie féminisante

Changements irréversibles soit permanents	Changements réversibles
Gynécomastie/infertilité	Diminution de la masse musculaire
	Répartition de la masse grasseuse
Hypoplasie du pénis et des bourses (croissance pénienne non débutée)	Peu moins grasse

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

Hormonothérapie effets secondaires

Niveau de risque	Hormonothérapie masculinisante	Hormonothérapie féminisante
Accru élevé	Polyglobulie Prise de poids Acnée	Thrombose veineuse hypertryglycémie
Eventuellement accru	Hyperlipidémie	Hypertension artérielle
Eventuellement accru avec risque additionnel mettre ?	Hypertension artérielle Diabète de type 2 Déstabilisation psychiatrique	Diabète de type 2

3.3.3 Le risque de pénurie de médicaments

Les pénuries de médicaments sont de plus en plus fréquentes. Les difficultés d’approvisionnement de l’énanthate de testostérone (Androtardyl®), forme galénique de testostérone la plus prescrite en France, impactent, les patients. la Société française d’endocrinologie (SFE) s’est positionnée pour ne pas affecter les patients avec hypogonadisme²³², limiter les conséquences somatiques du déficit sévère en testostérone et maintenir leur qualité de vie.

« Face à cette situation, la SFE a jugé nécessaire d’informer tous ses adhérents de façon à les aider à faire face à ces difficultés et pour qu’ils puissent informer leurs patients. Notre société rappelle aussi, sur la base de son Consensus 2017, que le traitement par testostérone n’est absolument nécessaire que pour les patients ayant un réel déficit en testostérone, c’est à dire avec un hypogonadisme sévère. Nous demandons donc à tous nos collègues de réserver en priorité leurs prescriptions à ce type de patients pendant la période de pénurie. La SFE avec l’aide de l’ANSM va aussi entrer en contact avec les collègues et confrères d’autres spécialités (Urologie, Andrologie) et de médecine générale pour souligner l’importance de ces prescription prioritaires²³³. »

A l’Assemblée Nationale, Mme Danièle Obono interroge par une question écrite Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la gestion discriminatoire de la pénurie d’Androtardyl : *« C’est un médicament indispensable pour les personnes ayant un déficit en testostérone, notamment des suites d’un cancer, ou ayant entamé un parcours de transition de genre. Un retard de prise de traitement peut entraîner des conséquences psycho-physiques graves, telles que bouffées de chaleur, fatigue importante, maux de tête violents. Une interruption plus longue peut entraîner le développement d’ostéoporose et de maladies cardiovasculaires, mais aussi*

²³² L’hypogonadisme masculin est une production insuffisante des hormones sexuelles mâles.

²³³ Site de la SFE. Texte du 17 juillet 2018.

angoisse et dépression. Or selon de nombreuses associations telles que l'association de défense des droits des personnes trans Acceptess-T ou encore Aides, l'Androtardyl fait l'objet de pénuries régulières, avec deux occurrences successives en 2018 et une nouvelle début 2019. » (cf. : Annexe 18)

Texte de la réponse « La spécialité ANDROTARDYL est indiquée dans le traitement substitutif des hypogonadismes masculins, quand le déficit en testostérone a été confirmé cliniquement et biologiquement. Toute utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) est possible, sous la responsabilité du médecin, lequel doit notamment la justifier, la consigner dans le dossier médical et en informer son patient, conformément aux dispositions de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique. Par ailleurs, lorsque les conditions prévues au 1er alinéa de cet article sont remplies, et lorsque des données existent permettant de présumer d'un rapport bénéfice-risque favorable, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) peut élaborer des recommandations temporaires d'utilisation (RTU) afin de sécuriser et d'encadrer des usages non conformes à l'AMM. Toutefois, il appartient aux firmes pharmaceutiques de développer des médicaments et des indications thérapeutiques adaptés aux besoins de la médecine et des patients. L'ANSM ne peut les contraindre à de tels développements etc. » (cf. : Annexe 19)

3.3.4 Le risque épidémique: le communiqué de l'académie de médecine qui alerte

Le communiqué de l'académie de médecine est une sorte de cri d'alarme sur le constat de l'ampleur de la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents que l'on pourrait qualifier d'épidémique. Le constat est fait que certains lycées aux Etats-Unis comptent plus de 10 % d'élèves se déclarants transgenres ou non binaires ou de genre incertain. En Australie, l'hôpital de Melbourne a multiplié par 200 le nombre d'enfants suivis pour dysphorie du genre. Le phénomène commence à prendre de l'ampleur en France.

« Quels que soient les mécanismes en cause chez l'adolescent – consultation exagérée des réseaux sociaux, plus grande acceptabilité sociale, ou exemple dans l'entourage – ce phénomène d'allure épidémique se traduit par l'apparition de cas, voire de foyers de cas dans l'entourage immédiat ». Ce concept appelé « Rapid Onset Gender Dysphoria »²³⁴ est décrit chez des adolescents surtout des adolescents dont la dysphorie se manifeste quasiment du jour au lendemain.

La prise en charge médicale croissante qui en résulte amène à la prudence « « Pour autant, une grande prudence médicale doit être de mise chez l'enfant et l'adolescent, compte tenu de la vulnérabilité, en particulier psychologique, de cette population et des nombreux effets indésirables, voire des complications graves, que peuvent provoquer certaines des thérapies disponibles ».

L'Académie de médecine, rappelle la décision de l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm en Suède, d'interdire l'usage des bloqueurs de puberté chez les mineurs de moins

²³⁴ Littman, L., Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 2018, 13(8).

de 18 ans souffrant de dysphorie du genre, le jugeant expérimental. « *Seuls les traitements hormonaux effectués dans le cadre d'une recherche approuvée par le comité d'éthique suédois pourront désormais être mis en œuvre* ».

3.4 Conclusion

La transsexualité, bien connue des endocrinologues, s'est vue élargie dans un concept plus large que la dysphorie avec le concept d'incongruence du genre et de ses variations. Cette décision a pour conséquence le passage vers une prise en charge copiée/collée du transsexualisme avec des traitements hormonaux et chirurgicaux sans que l'on ne se soit bien assuré d'une bonne évaluation des demandes et des attentes de ces jeunes. Ils ne peuvent en effet donner à cet âge un consentement éclairé, dès lors qu'ils n'en connaissent pas toutes les contraintes et les risques, surtout à un âge où ils n'ont eu aucune expérience sexuelle pour la plupart d'entre eux. Il n'y a actuellement aucune recommandation des instances médicales concernant l'incongruence du genre, la dysphorie du genre et les traitements médicaux et chirurgicaux chez les enfants. C'est pourquoi nous appelons de nos vœux à une clarification de la définition et l'approche de l'incongruence du genre, mais aussi de sa prise en charge pour éviter une mauvaise orientation des enfants et adolescents.

Les pratiques actuelles et celles demandées par les associations qui prônent une auto-détermination et l'absence de médicalisation diagnostic, ne répondent à aucun critère de la démarche de prise en charge médicale. Cette absence de suivi nuit à l'élaboration d'un diagnostic qui va de pair avec le diagnostic différentiel à la recherche d'une autre cause au mal être du mineur, à l'utilité de la mise en route d'un traitement qui est ici hors AMM (prescription des bloqueurs de puberté ou des hormones de la nouvelle réassignation), et à la nécessité d'une réévaluation régulière d'un traitement au long cours.

Aucune étude n'a été faite sur les conséquences à long terme de l'hormonothérapie pour les personnes transgenres.

Il est à noter qu'il n'y a à ce jour aucune recommandation française de prise en charge des enfants et adolescents transgenres porteurs ou non d'une dysphorie du genre. Une urgence quand autour de l'hexagone plusieurs pays rétropédalent et alertent (cf. : Annexe 20).

3.5 Recommandations

Nous demandons des **directives avec des recommandations d'interventions** médicales basées sur une évaluation multidisciplinaire et le développement de soutiens psychosociaux appropriés pour la prise en charge des enfants en questionnement de genre.

Nous demandons à ce que **les jeunes patients ayant reçu ces traitements prescrits hors AMM aient une création de dossier RCP avec un suivi sur plus de 10 ans pour étudier les conséquences à long terme de ces traitements.**

Nous demandons l'obligation d'une **évaluation minutieuse et une réévaluation tout au long du parcours de soin et de la prise en charge des enfants mineurs.**

Nous recommandons une prise en charge de 4 consultations psy et une réévaluation régulière de l'état de santé mentale des mineurs en questionnement de genre avec l'obligation de créer un dossier de suivi médical par enfant devant l'extrême fragilité de cette population, pour essayer d'étayer un diagnostic,

Nous demandons de mobiliser la médecine scolaire, avec la mise en place de dépistage et la prise en charge et orientation des élèves en souffrance. En ce qui concerne le mal être et le risque, nous avons appelé de nos vœux les consultations avec le médecin scolaire afin de dépister les violences faites à enfants et les incestes, qui touchent un élève sur cinq dans une classe. Toutefois, le manque de médecins scolaires et pour ceux qui restent la charge de plus en plus lourde de leurs missions pour le temps imparti à chaque consultation, nuisent à la prévention que nous appelons de nos vœux.

Nous demandons de toute urgence la mise en place de mesures pour la protection de la fertilité des enfants pris en charge avec une information précise de l'enfant et des parents avant toute intervention médicale et qui sera renouvelée par la suite.

A l'instar de la CNCDH, nous demandons « *la création au sein de l'Institut pour la recherche en santé publique (GIS-IReSP) d'un programme de recherche spécifique, doté de moyens financiers durables, portant sur la santé des personnes LGBTI. Ce programme devrait associer plusieurs institutions de recherche et prévoir des études spécifiquement consacrées aux Outre-mer. Un des premiers axes de recherche pourrait porter sur les conséquences à long terme de l'hormonothérapie pour les personnes trans et intersexes.* »

Nombre de jeunes et leurs parents font état de leurs craintes vis-à-vis des traitements hormonaux et de l'insuffisance ou de l'absence de leur information sur les effets secondaires qu'ils ont souvent découverts en les utilisant. **Nous demandons la rédaction d'une notice d'information sur les traitements, qui pourrait être effectuée par l'ANSM,**

Nous demandons de **saisir le Comité national consultatif d'éthique sur les questions du consentement éclairé des mineurs et la préservation de leur fertilité.** « *Il faut noter que les adolescents prépubères pris en charge et traités n'auront pas de gamétogénèse et pour préserver leur fertilité, il faudrait effectuer des prélèvements de tissu ovarien ou testiculaire, ce qui n'est pas pratiqué en France* »

Nous demandons **un suivi de pharmacovigilance pour les traitements prescrits hors AMM** : bloqueurs de puberté et hormonothérapie dans le sexe opposé avec inscription dans le dossier de suivi mon parcours de soins.

Nous demandons de ne donner la possibilité de changement de prénom qu'à des élèves lors de leur entrée au lycée pour laisser le choix d'un retour en arrière sans que l'élève mineur se déjuge vis-à-vis de sa famille, de ses camarades et du système éducatif.

Nous recommandons de vérifier que les différents sites traitants des phénomènes de genre n'aient pas une emprise et informent dans leur première page que la dysphorie du genre ou les phénomènes de genre chez l'enfant sont dans la majorité des cas transitoires.

4 Aspects juridiques sur l'identité des mineurs

On assiste depuis près d'une dizaine d'années à une évolution du droit au nom de l'égalité homme / femme²³⁵ puis de l'inclusion²³⁶ et, enfin, de la fluidité du genre à bas bruit qui semble bousculer la société jusqu'à déconstruire le droit.

D'un côté, selon Maître Hortense Roux « *Les stéréotypes enferment les hommes et les femmes. En sortir réussirait à tous. Il y a des hommes pour qui il est pesant d'être dans une posture de mâle, et qui seraient plus heureux s'ils pouvaient exprimer leur complexité* »²³⁷.

D'un autre côté, lors d'un interview à BFM TV, l'acteur Vincent Cassel s'est insurgé sur les tendances de la société considérant que : « *C'est presque honteux d'être un homme de nos jours. (...). Vous devez être plus féminin, plus vulnérable. Mais (...) si les hommes deviennent trop vulnérables, et trop féminin, je pense qu'il va y avoir un problème. Il concluait son propos par :*

²³⁵ « La notion d'égalité de genre est souvent utilisée pour désigner l'égalité entre les femmes et les hommes. Elle décrit une situation dans laquelle femmes et hommes jouissent de l'égalité des droits et des chances, où le comportement, les aspirations, les souhaits et les besoins des femmes et des hommes sont également valorisés et favorisés. Elle implique également d'assurer leur égalité dans l'accès aux ressources et dans la distribution des ressources ». C.f. : Portail internet du Conseil de l'Europe: Égalité de genre et approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes.

²³⁶ Selon le portail du conseil de l'Europe, « l'égalité de genre peut aussi se référer à des notions plus larges d'égalité en relation à l'identité de genre (les attentes et normes sociales associées à ce qui est masculin et féminin) et à l'orientation sexuelle ». C'est pourquoi il « a adopté un certain nombre de normes relatives à l'égalité des genre dans un large éventail de domaines, notamment la violence à l'égard des femmes, la participation équilibrée à la prise de décision politique et publique, l'approche intégrée de l'égalité dans les médias, l'éducation, la santé ou le sport . En vertu de ces normes, l'égalité de genre fait généralement référence à l'égalité entre les femmes et les hommes ». C.f. : « L'Unité Orientation Sexuelle et identité de genre (SOGI) du Conseil de l'Europe a été créée en 2014 pour relever les défis en matière de droits humains sur la base du mandat qui lui a été confié par la Recommandation CM/Rec(2010)5 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux États membres sur les mesures de lutte contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ». Voir aussi le rapport du Comité Directeur des Droits de l'Homme (CDDH) sur la mise en œuvre de la Recommandation CM/Rec(2010)5 du Comité des Ministres aux États membres sur des mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre du 16 septembre 2020 et en juillet 2022 le nouveau rapport sur la reconnaissance juridique du genre en Europe.

²³⁷ Madame Le figaro du 13 décembre 2022.

« j'espère ne pas être misogyne (...). Je suis entouré de femmes du matin au soir, parce que j'ai trois filles, une femme, une ex-femme et une mère »²³⁸.

Il est tout à fait légitime de protéger les droits de tout être humain. En revanche, il est plus curieux de promouvoir certaines revendications de minorité qui entraîneraient une totale remise en cause de nos règles juridiques alors que ces dernières respectent la dignité humaine.

Si les normes et mécanismes du Conseil de l'Europe visent à faire respecter les droits fondamentaux de tous, et notamment l'égalité en droits et la dignité de tous les êtres humains, y compris les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI)» elles les promeuvent également de son aveu même²³⁹. **S'agissant des mineurs, s'il faut les accompagner objectivement dans leur questionnement sans les orienter dans un sens ou un autre, il convient aussi de les protéger contre des violences ciblant leur apparence ou leur mode de vie choisie.** A cet égard, le rapport du Conseil de l'Europe intitulé « Sécurité à l'école : réponses du secteur de l'éducation à la violence fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité/l'expression de genre ou les caractéristiques sexuelles en Europe » va plus loin que celui l'UNESCO publié 2017²⁴⁰ (Cf.: supra Annexe 21). Le Conseil de l'Europe a publié un rapport en juillet 2022 portant sur les progrès réalisés par les pays européens pour garantir pleinement « la reconnaissance juridique du genre (RJG) » dans tous les domaines de la vie²⁴¹. Concernant plus spécifiquement **l'accès des mineurs à la RJG**, il y a des discussions dans de nombreux États membres sur la révision des limites d'âge avec la prise en compte de la maturité du mineur. Le rapport recommande aux États membres de veiller à ce que les procédures de RJG pour les mineurs reposent sur **le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant et de revoir en conséquence les limites d'âge implicites ou explicites.**

4.1 INTRODUCTION

Pour la plupart de nos compatriotes, non transphobes, la société humaine et donc la société française, est très majoritairement adhérente à une vérité biologique depuis la nuit des temps pour toutes les espèces notamment mammifères dont les humains : ces sociétés sont constituées, comme disent les anglophones, de mâles et de femelles et leur accouplement permet une descendance. On ne peut cependant nier des caractéristiques propres aux êtres humains: la faculté de réguler leur procréation, de corriger des anomalies génétiques mais aussi de penser

²³⁸ Interview du 18/02/2023V à 10h56.

²³⁹ <https://www.coe.int/fr/web/sogi/#>. Voir en annexe le chapitre 1 de son rapport relatifs aux droits des enfants.

²⁴⁰ Titre original: *Re | Shaping Cultural Policies: Advancing creativity for development* Publié en 2017 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, voir chapitre 9 « l'égalité de genre, la grande absente », page 189 et suivantes. Ce texte à l'origine consacré à la promotion de l'égalité des genres, Homme/Femme au titre de la Convention de 2005 a néanmoins reconnu qu'« Il est habituellement fait mention des jeunes, mais sans référence au genre alors qu'il est avéré que les filles et les jeunes femmes sont confrontées à des difficultés spécifiques du fait de leur genre, de même que les jeunes LGBTQI. Cela se vérifie dans presque toutes les mesures rapportées dans les RPQ ». (p.97)

²⁴¹ <https://www.coe.int/fr/web/sogi/-/new-report-on-legal-gender-recognition-in-europe>.

différemment la société, son identité par une construction intellectuelle qui peut aller, pour une petite minorité, jusqu'à refuser de reconnaître le sexe de naissance et faire croire au monde que chacun peut s'autodéterminer de ce point de vue et décider ou non de son genre, voire de son sexe, nonobstant l'invariabilité génétique du caryotype²⁴² de chaque individu.

Par le passé, la France a commis des erreurs sous la pression de minorités, par exemple lorsque l'inceste était tabou et la pédocriminalité encouragée dans la littérature des années 1970-1980 qui proclamait que des jeux ou relations sexuels avec des enfants étaient très épanouissants pour ces derniers. Avec le recul, on connaît aujourd'hui les dommages terribles causés à ces enfants victimes d'abus sexuels qui, à l'âge adulte, souffrent de stress post-traumatique qui peut les mener à la consommation d'alcool, de stupéfiants, à se scarifier, jusqu'à attenter à leur jours etc.

Il est donc urgent de remettre les choses en perspective pour éviter les erreurs des années passées de pays voisins comme la Suède, qui reconnaissent actuellement qu'il ne faut pas encourager les enfants à modifier leur genre. Ils préconisent désormais de les soutenir, si besoin avec une aide médicale et psychologique adaptée, pour surmonter un mal être transitoire, ou pour accompagner les personnes qui souffrent depuis leur petite enfance de dysphorie du genre conforté par un diagnostic effectué sur plusieurs années et qui perdure à l'âge adulte.

Cette nouvelle théorie autour du genre, qui utilise un vocabulaire vague et abscons, est scientifiquement fautive²⁴³. Elle est volontairement fautive parce qu'elle induit une confusion dans les esprits entre les personnes qui reconnaissent avoir une incongruence du genre, un ressenti profond d'être dans le corps du sexe opposé, et la dysphorie du genre qui n'en est que le symptôme d'une profonde souffrance éventuelle. Elle englobe aussi toute une série de personnes qui ne se reconnaissent pas dans les stéréotypes de genre qui ont prévalu dans nos sociétés. C'est pourquoi, ceux qui la prônent refusent tout diagnostic et considèrent tout opposant ou simple débattre comme systématiquement transphobe. Sociologiquement, cette théorie est aussi très discutable dès lors qu'elle vient non seulement déconstruire ce qu'est un homme, une femme, mais aussi tout le corpus juridique de protection qui régit notre société et sans lequel on ne pourrait pas vivre en société et dans un monde qui, au XXIème siècle est hyperconnecté et sans frontière pour la circulation du savoir comme des idées.

²⁴² Un caryotype normal contient 46 chromosomes classés en 23 paires dont 22 paires de chromosomes identiques (deux à deux), et 1 paire de chromosomes sexuels XX ou XY. La formule s'écrit : 46, XX pour une femme saine et 46, XY pour un homme sain.

²⁴³ Fondation Jérôme Lejeune « La question du genre intéresse des disciplines telles que la philosophie, la sociologie ou encore la psychologie. Parmi ceux qui s'intéressent à ce sujet, certains sont convaincus de l'exactitude d'une théorie dite « du genre » qui considère que l'identité sexuelle de l'être humain ne dépend pas du sexe biologique mais du ressenti subjectif de chacun. Cette théorie est l'objet de débat depuis les premiers temps de son élaboration. Elle demeure aujourd'hui un sujet de controverses, y compris chez ses promoteurs, qui se divisent entre divers courants. Pourtant, cette théorie est de plus en plus souvent présentée comme scientifiquement exacte, c'est-à-dire correspondant à un constat d'ordre biologique. De la description du développement du corps de la femme et du corps de l'homme, on passe, par exemple dans certains manuels scolaires, à une présentation de la sexualité humaine à partir de codes et d'éléments signant la théorie du genre. Dans le contexte de l'enseignement des SVT (science de la vie et de la terre), cette théorie semble alors cautionnée scientifiquement. La Fondation Jérôme Lejeune, organisme dédié à la recherche scientifique et à la bioéthique, refuse tout détournement de la science au profit d'une idéologie, quelle qu'elle soit. »

Mais pour examiner les difficultés de ces questions de société sous l'angle juridique, encore faut-il que la société, et surtout toutes ses composantes, accepte un débat ouvert, éclairé et apaisé, ce qui, hélas, ne semble pas encore être le cas aujourd'hui.

En 2017, la Cour de cassation a ainsi considéré que « *la reconnaissance par le juge d'un "sexe neutre" aurait des répercussions profondes sur les règles du droit français construites à partir de la binarité des sexes* » et a refusé pour cette raison de le faire entrer dans notre droit positif²⁴⁴. Si l'incongruence du genre est un aspect de la personnalité qui relève de la sphère privé et qui doit être respectée, elle peut avoir des conséquences sur la société, dans les rapport sociaux, juridiques qu'on ne peut nier et qui déstabilisent la société dans ses fondements, lorsque des personnes changent de genre sans toutefois changer de sexe (cf. ci-dessous infra I).

4.2 Le régime des mentions des éléments de l'état civil d'une personne

Conformément à l'article 57 al.1 du code civil, dans sa nouvelle rédaction issue de la loi de 2021²⁴⁵: « *L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant, les prénoms qui lui seront donnés, le nom de famille, suivi le cas échéant de la mention de la déclaration conjointe de ses parents quant au choix effectué, ainsi que les prénoms, noms, âges, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. Si les père et mère de l'enfant ou l'un d'eux ne sont pas désignés à l'officier de l'état civil, il ne sera fait sur les registres aucune mention à ce sujet* ».

Dans tous les énoncés des mentions écrites de l'état civil, une seule est donnée par les parents : le ou les prénom(s), les autres ne sont que des constatations (sexe) ou issues de la filiation (nom patronymique) et donc non choisis.

L'alinéa 3 ajoute: « *Les prénoms de l'enfant sont choisis par ses père et mère. La femme qui a demandé le secret de son identité lors de l'accouchement peut faire connaître les prénoms qu'elle souhaite voir attribuer à l'enfant. A défaut, ou lorsque les parents de celui-ci ne sont pas connus, l'officier de l'état civil choisit trois prénoms dont le dernier tient lieu de nom de famille à l'enfant. L'officier de l'état civil porte immédiatement sur l'acte de naissance les prénoms choisis. Tout prénom inscrit dans l'acte de naissance peut être choisi comme prénom usuel.* »

Lorsque le prénom n'est pas conforme à l'intérêt de l'enfant, le procureur saisi par l'officier d'état civil peut faire juger la chose par un juge²⁴⁶. C'est par exemple ce qu'a estimé un officier

²⁴⁴ 1ère civ., 4 mai 2017, n°16-17.189.

²⁴⁵ Loi N° 2021 -1017 du 2 août 2021 (art. 30) relative à la bioéthique.

²⁴⁶ Lorsque ces prénoms ou l'un d'eux, seul ou associé aux autres prénoms ou au nom, lui paraissent contraires à l'intérêt de l'enfant ou au droit des tiers à voir protéger leur nom de famille, l'officier de l'état civil en avise sans délai le procureur de la République. Celui-ci peut saisir le juge aux affaires familiales.

de l'état civil en Bretagne en 2022 en saisissant le procureur à propos du prénom d'Hadès, le dieu de l'enfer dans la mythologie grecque²⁴⁷.

Cela signifie donc qu'à l'exception des prénoms androgynes²⁴⁸, aussi appelés improprement prénoms « neutres ou unisexes », comme Camille, Claude, Dominique, Morgan etc., même anciens comme Patrice, Philippe, l'officier de l'état civil saisira le procureur au cas où le prénom donné ne correspond pas au sexe de l'enfant constaté à sa naissance.

4.2.1 Le prénom et le nom

4.2.1.1 Principes

L'identité d'un individu est constituée de l'ensemble des données de fait et de droit qui permettent juridiquement d'individualiser une personne (art 57 du Code civil ci-dessus): date et lieu de naissance, nom, prénom(s), filiation. Ils figurent sur l'acte de naissance ou d'adoption. En cela, ils revêtent un caractère obligatoire car ils sont indispensables pour la validité d'actes administratifs juridiques qui concerneront cet individu durant sa vie.

Néanmoins, pour le prénom, la loi autorise l'utilisation d'un prénom usuel, qui est soit le premier figurant sur l'état civil soit un suivant s'il en existe plusieurs sur l'acte de naissance. Un arrêt d'une cour d'appel²⁴⁹ a même précisé que : « *Le choix du prénom usuel s'impose aux tiers comme aux autorités publiques lesquels doivent respecter le droit de toute personne de faire usage de l'un quelconque de ses prénoms, sans que les tiers et les administrations aient à imposer à l'intéressé son premier prénom, si ce n'est pas celui dont il a choisi de faire usage* ». En pratique, cela peut poser quelques difficultés quant à la remise par la poste d'un objet recommandé (CAA Lyon, 25 oct. 2001, no 97-337, Boutarfa : RJF 2002, no 426.) ou quant à la validité d'acte de procédure.

4.2.1.2 Des tentatives de contourner le droit

Bien qu'une loi très ancienne du 6 fructidor an II interdise à tout(e) citoyen(ne) de porter un autre nom ou prénom ne figurant pas sur son acte de naissance, un usage contraire à la loi est pourtant toléré, sans doute faute de sanction et en considération d'événement historique comme la résistance ou le maquis ou autres pendant la seconde guerre mondiale. Toutefois, cet usage ne perdure jamais dans les faits car la personne qui utilise un nom autre que le sien, ou collé au

Si le juge estime que le prénom n'est pas conforme à l'intérêt de l'enfant ou méconnaît le droit des tiers à voir protéger leur nom de famille, il en ordonne la suppression sur les registres de l'état civil. Il attribue, le cas échéant, à l'enfant un autre prénom qu'il détermine lui-même à défaut par les parents d'un nouveau choix qui soit conforme aux intérêts susvisés. Mention de la décision est portée en marge des actes de l'état civil de l'enfant.

²⁴⁷ Avec leur avocat Pierre Stichelbaut, les parents sont venus plaider leur cause ce vendredi 3 mars 2023 devant une juge des affaires familiales du tribunal judiciaire de Saint-Malo pour avoir donné en Septembre 2022 le prénom d'Hardés à leur enfant, prénom déjà attribué par le passé en 2020 sans problème. Information donnée par Samuel Sauneuf pour le journal « le pays Malouin » Publié le 3 Mars 2023 à 18:02 sur le site du journal breton.

²⁴⁸ Un prénom androgyne est un prénom pouvant, avec la même prononciation, être porté tant par une personne de sexe féminin que masculin.

²⁴⁹ CA Lyon, 26 novembre 2008, 09/01017.

sien, demande la plupart du temps son changement officiel. Tel fut le cas du résistant Henry Tanguy, qui devint Henry Rol-Tanguy qui accola son pseudonyme de résistant à son nom ou encore du Général Leclerc de Hautecloque²⁵⁰. En revanche très rares sont les artistes à avoir sollicité un changement pour adopter leur nom de scène comme patronyme soit par substitution soit par ajout. Tel fut néanmoins le cas par exemple de Monsieur Patrick Bruel, né Maurice Benguigui et dont l'état civil depuis 2003 est Patrick Bruel-Benguigui.

Au niveau supérieur de la hiérarchie des normes, la Cour européenne des droits de l'homme CEDH²⁵¹ a relevé que les prénoms d'usage « *ne jouissent d'aucune consécration juridique* ».

Qu'on soit un étudiant mineur ou majeur, les actes officiels comme les diplômes d'Etat ne peuvent être délivrés qu'en conformité avec les mentions figurant à l'état civil.

Comme on ne peut imposer aux tiers un nom d'usage qu'on se serait choisi, le plus simple est d'en demander le changement officiel à l'officier de l'état civil dans les formes dictées par la loi.

4.2.1.3 Conditions d'un changement autorisé par la loi (article 60 à 61-4 C. Civ. ²⁵²)

L'article 56, I de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle a créé une section 2 bis dans le chapitre du code civil consacré aux actes de naissances, intitulée : « *De la modification de la mention du sexe à l'état civil (Articles 61-5 à 61-8)* ».

A l'époque déjà l'annexe 1 de la circulaire du 17 février 2017 de présentation de ladite loi précisait, dans les consignes pour l'appréciation de l'intérêt légitime au changement de prénom, que « le changement de prénom peut constituer l'une des étapes au changement de sexe de l'intéressé ».

L'annexe 2 renforçait cette idée, donnant comme exemple légitime de la demande, outre le changement dû à un prénom ridicule ou pour le franciser, *suite à une naturalisation par exemple, « la volonté de mettre en adéquation son apparence physique avec son état civil, en adoptant un nouveau prénom conforme à son apparence, et, ce, indépendamment de l'introduction d'une demande de changement de sexe ».*

²⁵⁰ L'identité de l'état civil du Général Leclerc, Marechal de France était Philippe de Hautecloque. Après avoir été plusieurs fois arrêté, il finit par rejoindre Londres en 1940 puis l'Afrique équatoriale. Pour éviter des représailles contre sa famille, il a pris le pseudonyme de « François Leclerc », le patronyme étant très fréquent en Picardie dont il était originaire. Comme d'autres, il sera déchu de la nationalité française par le régime de Vichy par décret du 14 janvier 1942. En novembre 1945, son changement d'état civil est publié au JO.

²⁵¹ Arrêt CEDH, 25-03-1992, n° 13343/87, §58.

²⁵² Quant au changement de nom, il convient de signaler une évolution récente qui permet depuis le 1er juillet 2022 de changer son nom de famille par simple déclaration à l'état civil. Désormais, une personne qui doit être majeure pourra choisir de porter le nom de sa mère, de son père ou les deux. Cette procédure, introduite dans le Code civil par la loi du 2 mars 2022 relative au choix du nom issu de la filiation, n'est possible qu'une fois dans sa vie. Un parent pourra aussi ajouter son nom, à titre d'usage, à celui de son enfant, en informant l'autre parent. Si l'enfant a plus de 13 ans, son accord sera nécessaire. La loi légitime cet usage comme déjà la coutume avait légitimé autrefois le nom d'usage du mari de la femme mariée. Pour tous les autres cas de demande de changement de nom, la procédure (adoption d'un autre nom que celui des parents, francisation du nom de famille, etc.) est inchangée et doit, par conséquent, passer par un agrément du ministère de la Justice, qui peut le refuser s'il estime que les raisons invoquées sont insuffisantes, et par une publication légale si la demande est acceptée. La modification des actes d'état civil doit intervenir 2 mois au minimum après la publication du décret autorisant le changement de nom reconnu comme légitime. Si un tiers s'oppose au changement de nom demandée, la modification des actes d'état civil ne pourra intervenir qu'à partir du jour où l'opposition est refusée.

Trois ans plus tard, l'article 35 de l'ordonnance n° 2019-964 du 18 septembre 2019²⁵³ prise en application de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice est venue modifier cette section pour l'assouplir davantage. Finalement l'article 60 du Code civil, actuellement en vigueur, régissant le changement de prénom est issu de la rédaction de l'article 34 de la loi n°2022-301 du 2 mars 2022, bien que cette dernière soit relative au choix du nom issu de la filiation²⁵⁴ (cf.: infra).

Il autorise désormais de demander à l'officier d'état civil, et non plus au tribunal comme par le passé, sous certaines conditions, son changement de prénom, y compris pour un mineur, et renverse la charge de la preuve quant à l'intérêt légitime. Désormais c'est à l'officier d'état civil de vérifier que la demande est motivée par un intérêt légitime et qu'elle ne contrevient pas à l'intérêt supérieur de l'enfant ou aux droits des tiers à voir protéger leur nom de famille. Si cet examen se révèle poser un problème, il en informe le procureur de la république qui pourra alors s'opposer audit changement. Si l'enfant a plus de treize ans, son consentement doit obligatoirement être recueilli.

Face à cette législation très favorable pour faciliter les changements de prénom dès 2016, le juriste lambda ne comprend pas très bien la position, *contra legem* du Conseil d'Etat.

En effet, dans sa décision du 28 septembre 2022, le Conseil d'Etat a refusé d'annuler la circulaire du 29 septembre 2021²⁵⁵ qui viole la loi « *pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire* » pourtant fondée sur l'illégalité au regard de la loi de 1794 selon laquelle « *aucun citoyen ne pourra porter de nom ni prénom autres que ceux exprimés dans son acte de naissance* ». Le Conseil d'Etat a préféré invoquer l'article L111-1 du code de l'éducation qui dispose que le service public de l'éducation « *veille à la scolarisation inclusive de tous les enfants, sans aucune distinction* ». Cette mesure viserait à « *lutter contre toutes les formes de discrimination, de harcèlement et de violence à l'égard des élèves transgenres* ». Il est très surprenant que la plus haute juridiction administrative préfère suivre l'avis, non fondé en droit, d'une minorité influente de personnes soutenue par quelques universitaires ou praticiens en sciences sociales pour écarter purement et simplement une loi qui, de plus de deux siècles, n'est ni désuète ni obsolète. En validant ce texte sans portée légale, le Conseil d'Etat en reconnaissant à l'élève la possibilité de changer de prénom, lui reconnaît par conséquent la possibilité de s'identifier dans un autre sexe que le sien, **alors que**

²⁵³ L'ordonnance est entrée en vigueur le 1er janvier 2020.

²⁵⁴ Le nouvel article L'article 61-3-1 du code civil est ainsi modifié par la loi de 2022:

1° Au début, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Toute personne majeure peut demander à l'officier de l'état civil de son lieu de résidence ou dépositaire de son acte de naissance son changement de nom en vue de porter l'un des noms prévus aux premier et dernier alinéas de l'article 311-21. Sans préjudice de l'article 61, ce choix ne peut être fait qu'une seule fois. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Le changement de nom est consigné par l'officier de l'état civil dans le registre de l'état civil en cours. Dans le cas prévu au premier alinéa du présent article, le changement de nom n'est consigné qu'après confirmation par l'intéressé devant l'officier de l'état civil, au plus tôt un mois après la réception de la demande. » ;

3° Après le mot : « fixées », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « au présent article s'étend de plein droit aux enfants du bénéficiaire lorsqu'ils ont moins de treize ans. Au-delà de cet âge, leur consentement est requis. »

²⁵⁵ Bulletin officiel de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports n° 36 du 30 septembre 2021. Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire. Lignes directrices à l'attention de l'ensemble des personnels de l'éducation nationale.

la loi interdit tout changement de sexe aux mineurs non émancipés. Le Conseil d'Etat contourne la loi et disqualifie le principe même de cette dernière qui est une loi de protection.

Il n'est pas inutile de rappeler que cette circulaire Blanquer, du nom de son auteur, alors ministre de l'éducation nationale, recommande que le « **prénom d'usage** » « **soit utilisé par l'ensemble des membres de la communauté éducative** ». Il s'agit en fait d'un prénom choisi par l'élève qui devra figurer « dans tous les documents qui relèvent de l'organisation interne (listes d'appel, carte de cantine, carte de bibliothèque », etc. Il est encore heureux que ce texte, sans véritable valeur juridique, rappelle néanmoins que « si l'élève est mineur, les deux parents devront toutefois donner leur accord » et que seul le prénom inscrit à l'état civil sera valide « pour les épreuves de certains diplômes nationaux ».

Mais cette circulaire va encore plus loin, puisque « *pour garantir les conditions d'une transition revendiquée* » (donc soit-disant autodéterminée par l'enfant), elle recommande aussi d'adapter « *l'usage des espaces d'intimité (toilettes, vestiaires, dortoirs)* », « *à la demande des intéressés et selon la disponibilité des lieux* ». En résumé, un établissement scolaire pourra « *autoriser l'élève qui se revendique trans à utiliser les toilettes et vestiaires conformes à son identité de genre* » ou encore, pour les internats, « *autoriser l'élève à occuper une chambre dans une partie de l'internat conforme à son identité* ». Ce qui est un danger par exemple pour les jeunes fillettes ou adolescentes, c'est de devoir partager vestiaire et dortoir avec des garçons qui se disent trans (MtoF = Mâle vers Femelle).

4.2.1.4 *La transidentité déstabilise le droit protecteur des plus fragiles*

Récemment, un très jeune trans garçon, (FtoM) non opéré évidemment vu son âge, mais socialement reconnu comme tel, a alimenté les médias²⁵⁶. Les faits : la mairie de Puteaux lui avait refusé l'accès au dortoir des garçons lors d'un séjour à la montagne. La maman de cet enfant était en colère considérant que son fils de 12 ans avait été victime de transphobie, de discrimination, considérant qu'il aurait dû être hébergé avec les garçons. Cet incident a eu lieu car on ne pouvait pas mettre cet enfant dans une chambre seule.

Or contrairement à ce que pense la mère de ce mineur, la mairie a été très responsable en prenant une telle décision sans aucune discrimination mais pour protéger ce jeune garçon. Certes, la situation l'a obligé à révéler sa transition sociale non par discrimination mais pour le protéger. Et, c'est un moindre mal car, de toute façon, ses camarades masculins auraient remarqué qu'il évitait les urinoirs. En effet, parmi les garçons affirmés dans leur sexe de naissance, peut être que certains plus âgés en sont à leurs premières expériences sexuelles, seuls par masturbation, ou cherchant à l'expérimenter avec une personne du sexe opposé.

Or, mettre ce jeune garçon trans, qui dispose encore de tous ses attributs sexuels féminins au milieu de garçons plus aguerris l'aurait mis potentiellement en danger. La maman aujourd'hui

²⁵⁶ Incident relaté par la presse et notamment par Le Figaro sur son site le 15 mars 2023 à 17h34.

accuse les autorités municipales mais si son fils s'était fait violer, non pas par sodomie mais bien comme une fille biologique, comment aurait réagi sa maman? Il est presque certain qu'elle aurait poursuivi les autorités municipales pour ne pas avoir pris les mesures ad hoc pour protéger son enfant. Dans ce type d'affaire, les difficultés financières ou seulement pratiques rentrent en ligne de compte. Accepter tous les enfants trans nécessiteraient donc d'avoir 4 types de toilettes et 4 types de dortoirs, tant que les personnes trans, quelles qu'elles soient ne sont pas opérées, ce qui concerne donc tous les mineurs.

La solution est loin d'être simple quand on sait déjà que, dans un tout autre domaine, des personnes à mobilité réduite ont beaucoup de mal, à accéder à certains lieux, à disposer de rampe d'accès, d'ascenseurs, de chemin avec des dispositifs sonores et au sol pour traverser les rues etc.

Il est à noter aussi que, malgré certains échanges parfois stériles lors des débats parlementaires, un enfant mineur non émancipé ne peut pas, même juridiquement (sans opération) changer de sexe, mais seulement de prénom avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale. On voit que ce qui relève de la vie privé impacte la vie en société et donc celles des autres.

Dans le monde des adultes le problème est encore plus compliqué puisqu'un violeur devenu MtoF durant son incarcération a demandé à aller dans une prison pour femmes au Royaume Uni, ce qui lui a quand même été refusé non par transphobie mais pour protéger les prisonnières d'une FtoM avec tous ses attributs masculins et qui plus est accusé de viol²⁵⁷.

Pourtant, au cas par cas, des législations étrangères²⁵⁸ accèdent aux demandes des MtoF malgré les protestations des militantes féministes, qui y voient un moyen pour des prédateurs sexuels d'accéder à des endroits réservés aux femmes, malgré les garanties prévues par le texte.

Se pose, pour les lieux publics et surtout les établissements scolaires, le problème des toilettes. Faut-il les rendre mixtes pour tous ? mais alors on fait fi du principe de précaution, eu égard au danger potentiel pour les femmes, et a fortiori les fillettes, ces dernières étant qualifiées par la communauté trans de « cisgenre ». Il n'est pas étonnant, dans ces conditions quand on connaît la vulnérabilité des femmes face aux agresseurs sexuels, de vouloir pour certaines adolescentes de plus en plus nombreuses se masculiniser jusqu'à aller au bout d'une transition MtoF pour avoir la paix et exercer le métier qu'elles ont choisi sans subir les sarcasmes de la gente masculine.

²⁵⁷ « Une femme transgenre condamnée pour viol n'ira pas dans une prison pour femmes » le 26/01/2023 (source AFP).

²⁵⁸ Au Canada, les autorités permettent aux criminels d'être incarcérés dans la prison qui correspond à l'identité de genre de leur choix. Mais cette politique met parfois en danger les femmes comme l'a révélé une enquête de « LA PRESSE » 1er octobre : une douzaine de détenus, dont le passé est violent, ont eu la possibilité d'être transférés dans des prisons pour femmes, après s'être déclarés comme transgenres. Mais les dérives existent . Ainsi détenu, Steve Mehlenbacher, qui a commencé à s'identifier comme femme et à se faire appeler Samantha entre 2018 et 2019 a ensuite réussi à se faire transférer dans l'une des cinq prisons pour femmes du Canada. Très vite, des codétenues l'ont accusé d'avoir menti sur son identité de genre pour avoir des relations sexuelles avec des femmes. L'une d'elles a d'ailleurs porté plainte, et le 27 juin 2022, Samantha a plaidé coupable du chef de harcèlement, tout en contestant les accusations d'agression sexuelle. L'enjeu pour les autorités est donc d'éviter que des détenus profitent de ce type de législation pour « adoucir » leur peine.

4.2.2 Le sexe

Le législateur, jusqu'à ce jour, n'a pas défini le sexe. Pourtant, celui-ci est appréhendé par les dispositions du Code civil sur l'état d'une personne puisqu'il doit, à ce titre, être mentionné sur les actes de l'état civil (art. 57 al. 1er C. civ.).

4.2.2.1 Principe: le sexe repose sur un constat médical ou pas

La mention du sexe fait partie de l'identité civile de la personne et emporte des conséquences. Le sexe ne peut être que masculin ou féminin²⁵⁹. C'est une donnée objective constatée, au vu des organes génitaux (soit pénis, testicules, prostate pour les hommes et vagin, clitoris, utérus, ovaires pour les femmes), à la naissance et déclaré et donc inscrit sur l'acte de naissance (art. 57al.1 c.civ susmentionné). Il n'est donc ni choisi, ni décidé ni a fortiori assigné par qui conque ; c'est un fait.

C'est la raison pour laquelle en 2017 la Cour de cassation²⁶⁰ a rejeté la demande d'un individu, de se voir substituer à « sexe masculin » sur son état civil un « **sexe neutre** » ou à défaut « intersexe », rappelant que « Si l'identité sexuelle relève de la sphère protégée par l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, **la dualité des énonciations relatives au sexe dans les actes de l'état civil poursuit un but légitime en ce qu'elle est nécessaire à l'organisation sociale et juridique, dont elle constitue et élément fondateur** ; (...) la reconnaissance par le juge d'un « sexe neutre » aurait des répercussions profondes sur les règles du droit français construites à partir de la binarité des sexes et impliquerait de profondes modifications législatives de coordinations. On peut se demander qui aurait intérêt à ruiner notre système juridique et notre organisation sociale.

Toutefois, l'alinéa 2 de l'article 57 du code civil prévoit les cas où la constatation du sexe du nouveau-né peut être une difficulté:

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

²⁵⁹ 1ère civ., 4 mai 2017, n°16-17.189 précité supra: la Cour de cassation considère que l'indication obligatoire du sexe (soit féminin, soit masculin) dans les actes de l'état civil « est nécessaire à l'organisation sociale et juridique, dont elle constitue un élément fondateur » et la Haute Juridiction ajoute - sous forme de mise en garde - que « la reconnaissance par le juge d'un "sexe neutre" aurait des répercussions profondes sur les règles du droit français construites à partir de la binarité des sexes ».

²⁶⁰ Cass. 1ère civ. 4 mai 2017 N°16-17-189.

Il peut aussi arriver qu'une erreur matérielle soit commise lors de la rédaction de l'acte de naissance. Dans ce cas, la rectification matérielle de l'acte est toujours possible, pour faire correspondre le sexe à la réalité biologique, ou corriger un tiret, à la place d'une virgule dans un prénom double : par exemple Pierre-Henri, à la place de deux prénoms Pierre, Henri. L'article 99 du code civil dont la rédaction est issue de la loi de 2021 susmentionnée indique la procédure à suivre :

« **La rectification des actes de l'état civil est ordonnée par le président du tribunal.**

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

L'annulation des actes de l'état civil est ordonnée par le tribunal. Toutefois, le procureur de la République territorialement compétent peut faire procéder à l'annulation de l'acte lorsque celui-ci est irrégulièrement dressé ».

Ce n'est que récemment que le sexe fait l'objet d'une attention particulière du droit puisqu'il lui est conféré certaines conséquences juridiques. Faisant partie de l'état de la personne, il a été longtemps la référence pour valider un mariage qui était jusqu'à la loi du 17 mai 2013 subordonné à la différence de sexe des époux²⁶¹. En fait, le sexe est avant tout une donnée naturelle, biologique, comme pour tout mammifère²⁶². Dès lors, on n'envisage pas sa dénaturation, et en principe sa mention dans l'acte de naissance ne peut être modifiée, à l'exception des cas de rectifications susmentionnés.

La liberté d'entretenir des rapports sexuels semblent pour certains le corollaire nécessaire de la liberté de disposer de son propre corps. Entre adultes consentants, l'exercice de la liberté sexuelle relève donc du droit au respect de la vie privée, tant qu'on est dans le consentement mutuel éclairé et pour les mineurs, à partir de 15 ans révolus, car en dessous de cet âge, on considère qu'il ne peut valablement consentir,²⁶³ à la fois par ignorance et comme un être fragile et vulnérable, influençable par des adultes qui devrait le protéger et non l'agresser sans violence sous couvert même parfois d'affection en apparence.

4.2.2.2 Conditions du changement de sexe à l'état civil article 61-5 et suivant du code civil

Le changement de sexe à l'état civil peut être demandé au Tribunal de grande instance par un majeur ou un mineur émancipé. **Toute personne majeure ou mineure émancipée qui**

²⁶¹ Le nouvel article 143 du code civil précise que « le mariage est contracté par deux personnes de sexe différent ou de même sexe »

²⁶² Selon l'éthologie Caillot d'Ivernoy « L'humain est un mammifère. Cela signifie entre-autre que c'est un animal vertébré caractérisé par la présence de mamelles, d'une peau généralement recouvertes de poils, d'un coeur à quatre cavités, d'un encéphale (cerveau) relativement développé. Le mammifère a une température constante et une reproduction presque toujours vivipare (dont les petits naissent complètement développés et sans qu'aucune membrane ne les enveloppe)».

http://www.mere-nature.com/humains/societe/quel_animal_est_lhumain.php

²⁶³ Loi N° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste

démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue de son entourage ou encore après obtention d'un changement de prénom, peut en obtenir la modification (art.65-1 c.civ), **y compris sans avoir subi des traitements médicaux**, une opération chirurgicale ou une stérilisation (art. 61-6 c.civ.).

Dès lors l'art 61-7 C.civ vient préciser : *Mention de la décision de modification du sexe et, le cas échéant, des prénoms est portée en marge de l'acte de naissance de l'intéressé, à la requête du procureur de la République, dans les quinze jours suivant la date à laquelle cette décision est passée en force de chose jugée.*

Par dérogation à l'article 61-4, les modifications de prénoms corrélatives à une décision de modification de sexe ne sont portées en marge des actes de l'état civil des conjoints et enfants qu'avec le consentement des intéressés ou de leurs représentants légaux.

Il résulte de ces dispositions, issues de la loi de 2016²⁶⁴ (article 61-6al.2), la reconnaissance par le législateur que le changement de sexe peut donc être fondé sur la seule volonté de l'individu : *« Le demandeur fait état de son consentement libre et éclairé à la modification de la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil et produit tous éléments de preuve au soutien de sa demande »*. La circulaire du 10 mai 2017 sensée expliciter l'article 56 de la loi de 2016, renvoie explicitement à la notion non juridique et floue de *« ressenti intime de la personne »*. On peut se demander pourquoi le législateur n'a pas encadré le changement de sexe, et a finalement autorisé implicitement de possibles aller-retour, en changeant plusieurs fois de sexe dans sa vie, dès lors qu'il n'y a pas eu de traitement et de chirurgie irréversible, promouvant de ce point de vue la fluidité du genre.

Pour autant, dans un souci de protection, les mineurs non émancipés ne peuvent pas demander un changement de sexe à l'état civil qui indique leur sexe de naissance. En conséquence un élève ne peut être inscrit par l'établissement scolaire que dans le sexe qui est le sien à l'état civil.

La loi de bioéthique du 2 août 2021 précitée a introduit, dans le code de la santé publique (CSP), un article L2131-6 pour traiter le cas très particulier et rarissime d'enfants intersexués diagnostiqués à leur naissance. Cet article dispose: *« La prise en charge d'un enfant présentant une variation du développement génital est assurée après concertation des équipes pluridisciplinaires des centres de référence des maladies rares spécialisés, dans les conditions prévues à l'article L. 1151-1. Cette concertation établit le diagnostic ainsi que les propositions thérapeutiques possibles, y compris d'abstention thérapeutique, et leurs conséquences prévisibles, en application du principe de proportionnalité mentionné à l'article L. 1110-5.*

²⁶⁴ Avant la loi du 18 novembre 2016, c'était la jurisprudence de la Cour de cassation qui depuis les années 1990 disait le droit sur ce point (Ass pl 11 décembre 1992 N° 91-11.900 et n°91_12.373, Semaine juridique 1993.II.21991, avec un note de Gérard Mémeteau, professeur émérite. Dix ans plus tard, la 1ère chambre civile de la haute juridiction considérait que la solution dégagée réalisait un juste équilibre entre les impératifs de sécurité juridique et d'indisponibilité de l'état des personnes d'une part, de la protection à la vie privée et de respect d'aux corps humain d'autre part. Cf. Cass. Civ 1ère 7 juin 2012 N° 10-26.947 et N°11-22.497.

Ces informations et l'avis issus de la concertation sont portés au dossier médical de l'enfant. L'équipe du centre de référence chargée de la prise en charge de l'enfant assure une information complète et un accompagnement psychosocial approprié de l'enfant et de sa famille et veille à ce que ces derniers disposent du temps nécessaire pour procéder à un choix éclairé.

Lors de l'annonce du diagnostic, un membre de l'équipe pluridisciplinaire du centre assurant la prise en charge de l'enfant informe les titulaires de l'autorité parentale de l'existence d'associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes présentant une variation du développement génital et, le cas échéant, de la possibilité d'accéder à un programme de préservation de la fertilité en application de l'article L. 2141-11.

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

Avec des influences néfastes, on persuade actuellement des enfants et adolescents, mal dans leur peau, surtout depuis la pandémie de la Covid 19 et des confinements qui en ont résulté, que leur sexe n'est pas déterminé biologiquement une fois pour toute mais qu'il leur a été "assigné" à la naissance, et qu'ils peuvent donc librement en changer, alors qu'ils ne souffrent d'aucune dysphorie. C'est la raison pour laquelle il est important de trouver les autres causes réelles de ce mal être et pour certains d'appriivoiser leur corps²⁶⁵.

En dehors des cas de réelles dysphories du genre qui majoritairement disparaîtront à l'adolescence, **on fait de ces enfants, au corps sain, des patients à vie**, et donc des consommateurs à vie de produits chimiques hormonaux fabriqués et commercialisés par des industriels. Certains deviendront des consommateurs récurrents de toujours plus d'opérations chirurgicales dans la poursuite du rêve chimérique d'un corps fantasmé qu'on leur a vendu comme le graal du remède à leur problème. Alors qu'ils n'ont même pas l'âge de déterminer leur avenir professionnel, ni d'anticiper leur vie sentimentale, ils auraient la capacité, le recul et la maturité suffisantes pour prendre des décisions irréversibles concernant leur vie intime, amoureuse, sexuelle, sans avoir eu la moindre expérience des deux dernières le plus souvent.

4.3 La notion de consentement libre et éclairé

4.3.1 De la nécessité absolue du consentement à un acte médical

Le principe du consentement pour valider un acte juridique est une notion essentielle en droit français. S'il ne peut exister, s'il est vicié, etc... il ne peut y avoir accord sur un acte quel qu'il soit. Le consentement suppose que la personne affiche une volonté éclairée lors de l'acceptation

²⁶⁵ Baptiste Beaulieu (médecin généraliste et écrivain) poursuit sa croisade pacifique contre l'intolérance avec son dernier livre « Les gens sont beaux », afin d'aider les enfants à accepter leur corps tel qu'il est et dire stop aux discriminations sur le physique. Cet ouvrage a reçu le prix Landerneau album jeunesse 2023.

de l'acte. Pour ce faire, elle doit être nécessairement autonome dans son choix, c'est à dire avoir la capacité juridique à consentir en toute connaissance de cause et à l'exercer sans contrainte.

4.3.1.1 *La capacité juridique à consentir à un acte juridique*

4.3.1.1.1 Pas de consentement sans capacité juridique

La capacité est l'aptitude définie par la loi de conclure un acte juridique valable ayant pour conséquence d'engager la responsabilité de celui qui le souscrit dans le cas où il n'exécuterait pas les obligations mises à sa charge par le contrat et qui, en conséquence, engage son patrimoine. Les personnes physiques disposent d'une capacité juridique, c'est-à-dire de l'aptitude à exercer leurs droits et obligations, ce qui implique la capacité de jouissance et la capacité d'exercice. La capacité de jouissance est celle qui suppose que l'individu puisse librement disposer de ses droits. Elle s'acquiert en principe dès la naissance. Quant à la **capacité d'exercice**, elle représente la possibilité de mettre à exécution ses droits. Elle ne peut être acquise dès la naissance, **car elle suppose que l'individu soit suffisamment mûr pour en disposer. L'âge retenu est donc celui de la majorité** (sauf cas exceptionnel des mineurs émancipés). Aussi, est-il impossible pour des mineurs de contracter avant leur majorité à l'exception des actes de la vie courante, tels que des petits achats. Comme les majeurs protégés, sous tutelle ou curatelle, on dit qu'ils sont frappés d'incapacité juridique : ils sont donc au regard du droit « incapables » à contracter, à consentir²⁶⁶...

L'incapacité se définit comme l'impossibilité de manifester une volonté autonome, libre et éclairée, créatrice de droits. Ainsi, la personne majeure ne disposant pas de toutes ses capacités mentales (par maladie, handicap, ou autres) et le mineur « immature » ont en commun une inaptitude à pouvoir administrer leur patrimoine et/ou prendre soin d'eux. Ils sont « incapables ». C'est une notion juridique qui a pour objectif d'apporter une protection juridique aux personnes vulnérables du fait d'un handicap ou influençables du fait de leur jeune âge et susceptibles de mettre en danger leur patrimoine mais aussi elles-mêmes. Le législateur a donc voulu protéger les incapables contre les tiers mal intentionnés et contre eux-mêmes.

4.3.1.1.2 Le principe de protection de l'incapacité du mineur et du majeur protégée

L'incapacité n'est jamais totale et peut atteindre les droits de la personne dans l'expression de sa jouissance ou de son exercice. L'incapacité de jouissance est toujours circonscrite : dans le temps (cas du mineur) ou pour certains droits. L'incapacité d'exercice, quant à elle, prive l'individu de l'exécution de droits, dont il reste toutefois titulaire, mais ils sont exercés par un représentant légal, le parent ou le tuteur.

²⁶⁶ sauf disposition expresse de la loi qui sont rares.

L'article 388 al.1 du code civil dispose : « **Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis.** » Pour le protéger, la loi l'a frappé d'une **incapacité d'exercice générale**. C'est pourquoi il ne peut pas acheter par exemple de voiture ou un appartement seul, même s'il en a les moyens financiers et doit se restreindre aux actes de la vie courante selon son âge: pain, livres, boisson non alcoolisées etc.

4.3.1.2 *Le droit commun du consentement*

4.3.1.2.1 Définition

Le verbe « consentir » vient du latin *consentio* qui signifie « être de même sentiment ». Le consentement est l'expression d'une liberté individuelle. En droit positif des obligations, le consentement est le fait de se prononcer en faveur d'un acte juridique, au sens large, unilatéral (un testament), bilatéral (une vente, un mariage) ou multilatéral (un contrat de promotion immobilière) et particulièrement, de toute convention, de tout contrat.

Concernant les conventions, le consentement des parties est au nombre des conditions posées par l'article 1128 du code civil, dont la rédaction est issue de l'ordonnance portant réforme du droit des contrats, entrée en vigueur le 1er octobre 2016. Cet acte de volonté se manifeste au moment de la conclusion du contrat, parfois précédée de négociations désormais encadrées par les articles 1112 et suivants du code civil.

En droit des obligations, le consentement se définit le plus souvent comme la rencontre d'au moins deux volontés. C'est la pierre angulaire du droit contractuel. Et, l'accord des volontés, avant d'être acté, est souvent précédé d'échanges d'informations, et en matière commerciale, de pourparlers. Il s'analyse donc comme une offre suivie d'une acceptation qui constitue alors le contrat dès lors que les parties se sont entendues, par exemple, sur la chose ou la prestation de service d'une part, et, le prix d'autre part, sachant que pour être valable **l'objet du contrat, c'est à dire son objectif et son contenu, doit être licite et certain pour reprendre les termes de l'article 1128 du Code civil²⁶⁷, et, les parties avoir la capacité juridique de consentir.** (*c.f. infra IV*).

Ce dispositif est donc complété par les articles 1113 et 1114 du code civil. Le premier énonce que : « *Le contrat est formé par la rencontre d'une offre et d'une acceptation par lesquelles les parties manifestent leur volonté de s'engager. Cette volonté peut résulter d'une déclaration ou d'un comportement non équivoque de son auteur.* »

²⁶⁷ Article 1128 du code civil: « Sont nécessaires à la validité d'un contrat :

1° Le consentement des parties ;

2° Leur capacité de contracter ;

3° Un contenu licite et certain. »

Mais, car il y a un mais, pour être valablement donné, le consentement doit respecter certaines conditions et ce, sous peine de nullité du contrat prononcée par le juge.

4.3.1.2.2 Le consentement doit être exprès, souvent tacite et parfois écrit²⁶⁸

Le consentement peut être oral, présumé ou explicite, par exemple avec un écrit. On pourra ainsi déduire le consentement d'une personne à partir d'une acceptation orale ou encore par des éléments apparents comme des actes répétés ou un comportement non équivoque comme l'acceptation de la livraison d'une chose commandée sans écrit.

Il ne s'agit pas là d'un problème de validité mais de preuve en l'absence d'un écrit. Comme Monsieur Jourdain²⁶⁹ faisait de la prose sans le savoir, nous passons notre temps à contracter lorsque nous faisons nos courses au marché, sur internet ou dans un magasin.

4.3.1.2.3 Les vices du consentement

Pour être pleinement et définitivement valable, le consentement donné doit être donné sur un acte licite par une personne capable juridiquement et être « existant », c'est-à-dire intègre et exempt de vice, ou pour dire les choses autrement : libre et éclairé.

Il peut donc arriver que le consentement des parties soit vicié et dans ce cas, il n'est pas valable comme le précise l'article 1109 C.civ.: *Il n'y a point de consentement valable si le consentement n'a été donné que par erreur ou s'il a été extorqué par violence ou surprise par dol.* C'est pourquoi l'article 1130 C. civ rappelle que les trois vices du consentement qui sont l'erreur, le dol et la violence doivent être appréciés *in concreto*.

Quant à l'article 1129 C.civ. il précise :« *Conformément à l'article 414-1, il faut être sain d'esprit pour consentir valablement à un contrat.* » A défaut il n'y a pas de consentement.

4.3.1.2.3.1 L'erreur (article 1132 à 1136 C.civ)

L'erreur est due à une fausse représentation apparente de la réalité ainsi qu'à un décalage entre les attentes connues du contractant et ce que **le contrat est réellement**.

Il y a ainsi erreur lorsqu'une partie s'est trompée sur un des éléments essentiels du contrat sans laquelle on n'aurait pas contracté. L'exemple type est l'achat d'un faux tableau, expertisé à tort comme un vrai. Sans cette erreur d'attribution, on ne l'aurait pas acheté.

²⁶⁸ Parfois, la loi impose un formalisme à la formation d'un contrat en vue d'établir une preuve irréfutable de l'existence et du contenu de l'engagement, et une date. Il en est ainsi de la validité d'un testament qui est subordonnée à sa réception par un notaire ou encore la validité d'un mariage subordonné à l'intervention du Maire pour constater le consentement des futurs époux

²⁶⁹ Pièce de Molière : « Le bourgeois gentilhomme ».

4.3.1.2.3.2 La violence (article 1140 à 1143)

Il y a violence lorsque le consentement a été donné sous la contrainte, celle-ci pouvant revêtir 3 formes :

- la violence physique lors de la signature du contrat,
- la violence morale par le chantage ou des menaces...,
- la violence économique, lorsqu'une partie abuse de la situation de précarité financière de son cocontractant pour le pousser à signer ledit contrat par exemple.

La violence suppose deux aspects : un aspect délictuel et un aspect psychologique. Le premier consiste en une menace illégitime. Le second est souvent la crainte déterminante de son consentement pour la partie « contrainte » et qui sera appréciée *in concreto* (par rapport au cas d'espèce examiné) par le juge. Sans cette violence, on n'aurait pas consenti à l'acte soumis.

Ce qui est intéressant ici c'est de savoir qu'en pratique, pour annuler un contrat pour violence, le juge est tenu de prendre en compte l'âge, le sexe et la condition de la personne victime. Il est ainsi plus facile de considérer comme cause de violence, des actes de harcèlement, de pression ou d'intimidation lorsqu'ils sont exercés sur des personnes fragiles, immature, naïve donc influençable et vulnérable.

4.3.1.2.3.3 Le dol (article 1137 à 1139 et suivent C. civ)

Le dol est sans doute le vice du consentement le plus courant. Il consiste en des manœuvres frauduleuses, tel que le mensonge, la désinformation, voir le silence de l'autre partie pour tromper le contractant. Sans ces manigances, ce dernier n'aurait jamais contracté ou pas dans les mêmes conditions s'il avait reçu une information complète et clairement exprimée. **Le dol existe dès lors que ces actions ou abstentions ont été réalisées dans l'intention de tromper l'autre partie pour l'amener à consentir.**

Depuis les années 1970, la jurisprudence²⁷⁰ considère aussi la réticence dolosive comme une dissimulation intentionnelle par un contractant d'une information déterminante pour l'autre partie, elle constitue donc un dol, cause de nullité. La réticence dolosive a été consacrée par l'ordonnance du 10 février 2016²⁷¹ qui a réformé le droit des contrats en l'introduisant à l'article 1137 C.Civ.

Pour constituer un vice du consentement et rendre invalide le contrat, encore faut-il que l'information ou le renseignement non révélé volontairement détienne un caractère

²⁷⁰ Civ. 3e, 15 janv. 1971, Civ.3ème 15 janv. 1971, n° 69-12.180 P: *RTD civ.* 1971. 839, obs. Lousouarn.

Civ. 3^e, 29 mars 2018, n° 17-12.028 : Le fait pour un vendeur de dissimuler, par son silence délibéré, l'existence d'une servitude relative au bien objet de la vente dans le dessein de réaliser cette vente, est constitutif d'une réticence dolosive -

²⁷¹ La loi n° 2018-287 du 20 avril 2018 a ratifié l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations.

déterminant pour le cocontractant, qui en connaissance de cet élément éclairant n'aurait pas contracté.

En tout état de cause, l'article 1144 précise que « *le délai de l'action en nullité ne court, en cas d'erreur ou de dol, que du jour où ils ont été découverts et, en cas de violence, que du jour où elle a cessé* ».

Ce dispositif sur les vices du consentement est complété par la notion d'**abus de faiblesse**. Il y a « abus de faiblesse » quand une personne mal intentionnée profite de la vulnérabilité d'une autre pour la conduire à faire un acte contraire à son intérêt, sachant que l'auteur de l'infraction a connaissance de l'état de faiblesse et de l'ignorance de sa victime. La vulnérabilité de celle-ci peut être due à son âge, à sa maladie, à son handicap physique ou mental. La victime peut être par exemple un mineur.

Lorsque l'auteur des faits exerce des pressions graves et répétées pour manipuler la victime de manière à fausser son jugement, celle-ci dispose de plusieurs solutions selon la situation: 1- soit obtenir la résolution à l'amiable du contrat, 2- soit, si la démarche à l'amiable n'aboutit pas, obtenir du juge la résolution judiciaire du contrat et d'éventuels dommages et intérêts : somme d'argent destinée à réparer le préjudice subi, 3 -soit porter plainte au pénal, cette démarche pouvant aboutir à la condamnation pénale de l'auteur des faits et la réparation de votre préjudice.

4.3.1.3 *Notion d'emprise et de dérive sectaire*²⁷²

Les pénalistes rappellent volontiers que « *la particularité de la matière pénale réside dans le fait que les infractions de droit commun coexistent avec celle de l'abus de faiblesse par sujétion psychologique. Les difficultés d'application de l'article 223-15-2 ont été énumérées par Jean-Pierre Jouglà à travers les décisions rendues sur ce fondement*²⁷³».

Maître Picotin estime, quant à lui, qu'il est nécessaire d'aller plus loin sur le plan législatif : *préciser les règles concernant la prescription et introduire la manipulation mentale dans le code pénal*²⁷⁴. On voit non seulement ces comportements opérés à l'égard des jeunes en questionnement et donc un peu fragile psychologiquement mais aussi dans le domaine des violences intra-familiales.

La période de l'adolescence est une époque dans la vie d'un individu assez vulnérable, alors même qu'il se considère déjà grand et libre de ses actes et idées, ce qui les conduit parfois à faire de grosses bêtises. Cette tranche de vie, avant l'âge adulte, correspond à une quête de soi-même, alors que le corps et l'esprit connaissent de grands bouleversements. L'adolescent se

²⁷² Des critères élaborés sur la base du travail accompli par plusieurs commissions d'enquêtes parlementaires ont permis d'établir un faisceau d'indices facilitant la caractérisation d'un risque de dérive sectaire : la déstabilisation mentale, le caractère exorbitant des exigences financières, la rupture avec l'environnement d'origine, l'existence d'atteintes à l'intégrité physique, l'embrigadement des enfants, le discours antisocial etc.

²⁷³ Revue de l'ENM Justice Actualités N°8 de 2013 consacrée aux dérives sectaires.

²⁷⁴ Ibid.

confronte aux adultes (parents, enseignants etc) mais aussi à de nouveaux discours, quitte à adhérer ou au contraire à rejeter ce qu'il rencontre, dès lors qu'il peut conserver son libre arbitre et ne pas tomber sous une quelconque emprise. Le pas est vite franchi quand on surfe sur les réseaux sociaux et qu'on y trouve de nouvelles idoles avec des forces de conviction aussi fortes que celles d'un gourou.

Si tous les sites et réseaux sociaux qui abordent le sujet de la transidentité ne sont pas intolérants pour les personnes n'appartenant pas à leur idéologie, il n'empêche que certains semblent répondre aux critères d'une dérive sectaire définie par la mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) comme « ***un dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte à l'ordre public, aux lois ou aux règlements, aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes*** ». Cette dérive se caractérise par la mise en œuvre, par un groupe organisé ou par un individu isolé, quelle que soit sa nature ou son activité, de pressions ou **de techniques ayant pour but de créer, de maintenir ou d'exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre**, avec des conséquences dommageables pour cette personne, son entourage ou pour la société. Ces groupes sectaires recrutent souvent des personnes fragiles, en quête de sens et ou d'identité. Les mineurs sont leurs premières victimes, surtout s'ils sont issus d'un milieu social non défavorisé. La première étape consiste alors à les isoler de leur environnement familial considéré comme transphobe à l'aide d'un discours bien rodé.

Par définition, un mineur non émancipé est protégé par la loi et le code civil, en particulier, pour tenir compte de son immaturité dû à son âge. De plus, bien que depuis 1984 un mineur puisse être reconnu responsable de ses actes, pour des questions financières de réparation, ses parents, en raison de l'exercice de l'autorité parentale, seront tenus solidairement responsables des actes de leur enfant qui habite sous leur toit. Si ce dernier a entraîné un dommage, ils pourront être condamnés eux-mêmes à la réparation du préjudice de la victime, sous certaines conditions (cf. : article 1242 du code civil).

Mais, en matière de droit ou d'actes ou de décision, **le mineur n'agit ou ne décide jamais seul car il n'a pas le discernement nécessaire pour les actes non usuels de la vie et dont les conséquences ne sont pas anodines** : ouverture d'un compte bancaire, jeux en lignes, achat d'un bien immobilier etc.

Dès lors, comment un enfant pourrait-il consentir à une « transition » dont il ignore toutes les conséquences? Quand bien même les connaîtrait-il, il est trop jeune, sans expérience de la vie, pour réaliser les implications sur toute sa vie future et reste un mineur incapable sur le plan juridique.

Laisser un enfant décider ou accéder à une demande radicale est irresponsable de la part les adultes sensés le protéger. Mais cela ne veut pas dire non plus ne rien faire face un enfant en

mal être et qui souffre depuis tout petit d'une dysphorie du genre. Or, on le sait, la plupart de ces adolescents ne souffrent, en fait, que d'une dysphorie du genre passagère, puisque pour la plupart, elle leur passera à l'âge adulte²⁷⁵.

4.3.1.4 *Le consentement en droit médical positif*

En France, le droit du « malade » d'être informé sur son état de santé, et donc à consentir à l'acte médical ou, le cas échéant, à refuser celui-ci est inscrit dans les textes depuis une loi de 1994²⁷⁶ après avoir été posé de manière moins complète par la jurisprudence en 1942, à l'occasion de l'arrêt Teyssier²⁷⁷.

Si la loi n°2002-303 du 4 mars 2002²⁷⁸, complétée par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005²⁷⁹ a reformulée le **principe ancien du respect de la volonté du patient**, elle ne répond pas à toutes les situations, pouvant même être en conflit avec les lois de bioéthique ou la loi dite Léonetti²⁸⁰ sur la fin de vie.

Dans les situations délicates susceptibles d'être rencontrées dans la pratique, le dialogue du médecin traitant ou de l'équipe médicale avec le patient reste indispensable.

4.3.1.4.1 Les obligations du médecin

D'un côté, d'après l'article R4127-5 du Code de la santé publique (CSP), « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* »

D'un autre côté, le patient doit donner son consentement après avoir reçu préalablement du médecin une information claire, complète, compréhensible et appropriée à sa situation. Cela signifie que le consentement du patient ne doit pas être obtenu sous la contrainte.

Si le consentement du patient peut être oral, mais toujours éclairé, c'est à dire donné après avoir reçu toutes les informations nécessaires pour décider en toute connaissance de cause, il existe des cas où ce consentement devra être donné par écrit.

²⁷⁵ Catherine Brémont Weill. Service d'endocrinologie, Hôpital Cochin - Port Royal. La dysphorie de genre. La place de l'endocrinologue. MCEd n°92 – Janvier 2018.

²⁷⁶ Le droit au consentement a été introduit sur le plan législatif par la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, JO 30 juillet 1994, p. 11056.

²⁷⁷ « comme tout chirurgien, le chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération dont il apprécie, en pleine indépendance, sous sa responsabilité, l'utilité, la nature et les risques ; qu'en violant cette obligation, imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits du malade, un manquement à ses devoirs médicaux qui constitue une faute personnelle se détachant de l'exercice de ses fonctions que l'administration des hospices a qualité pour régler (...) ». Décision du 28 janvier 1942, chambre des requêtes de la Cour de Cassation, Dalloz, 1942. Recueil critique, jurisprudence, p. 63. et Req., 28 janvier 1942, Parcelier c/ Teyssier DC 1942. 63 ; Gaz. Pal. 1942-1, p. 177.

²⁷⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé .

²⁷⁹ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite loi Léonetti. C'est la première loi spécifique à la fin de vie, introduit l'interdiction de l'obstination déraisonnable.

²⁸⁰ La loi n° 2016-87 du 2 février 2016, va plus loin que celle de 2005, dite Clays-Léonetti permet de mieux répondre à la demande à mourir dans la dignité par une meilleure prise en charge de la souffrance, et en clarifiant l'usage de la sédation profonde et continue, jusqu'au décès, en phase terminale. Elle complète et renforce le droit d'accès aux soins palliatifs mis en place dans la loi du 9 juin 1999.

Il faut noter que parmi les nombreuses obligations du médecin, il y a celles du Code de déontologie médicale inscrites aux R4127-1 à R4127-112 de la section 1 du CSP, dont certaines d'entre elles remontent au serment d'Hippocrate originel²⁸¹. On citera ci-dessous les plus importantes eu égard au sujet traité.

L'article R4127-2 al.1 du CSP prévoit ainsi : « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité* ».

Article R4127-4 rappelle une des plus fondamentales obligations du médecin, bien qu'il en existe des exceptions légales:

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

L'article R.4127-36 définit les conditions du recueil du consentement d'un patient : « *Les actes médicaux justifiant ce consentement doivent être entendus au sens large : en commençant par l'examen clinique habituel dont certains gestes peuvent être désagréables, comprenant d'éventuelles investigations complémentaires, différents traitements, la surveillance du traitement et de ses suites ; le consentement du patient porte également sur sa participation éventuelle à la formation d'étudiants ou de professionnels de santé (article L.1111-4, 8ème alinéa du code de la santé publique).*

Le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement est pour un médecin une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire. »

4.3.1.4.2 Les droits du patient et leurs limites

L'article L.1111-2 du CSP énonce : « **Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé [...]** » Il ne s'agit pas d'une possibilité mais d'un droit, affirmé tout au début du code de la santé publique parmi les droits fondamentaux : dignité de la personne, secret médical, etc. Le principe en est repris par le code de déontologie : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. *Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans les explications et veille à leur compréhension.* » Les arrêts rendus en la matière par la Cour de cassation ou le Conseil d'État reprennent systématiquement

²⁸¹ Le texte original de ce serment, rédigé sans doute au IV^{ème} siècle av. J. -C. ,est traditionnellement attribué au médecin grec Hippocrate.

ces caractéristiques concernant **l'information due au patient : elle doit être « loyale, claire et appropriée.**

Le législateur a énuméré avec une grande précision l'ensemble des éléments sur lesquels doit porter cette information : « *L'information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.*²⁸² » **Dans le cas des traitements spécifiques pour une transition, l'information doit être claire en indiquant de manière intelligible leurs effets secondaires non seulement réversibles mais aussi et irréversibles.**

Si la personne ne veut pas savoir, sa volonté doit également être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de transmission, comme celui du virus du Sida (VIH), affection contaminante qui était très présente dans les esprits lorsque le texte a été rédigé en 2002²⁸³.

En conséquence, **en miroir du droit de consentir, se trouve le droit de refuser. Le non - consentement constitue en réalité un refus.** Le refus s'entend ici dans son acception la plus classique, la manifestation d'un « non-vouloir », d'une opposition. Le refus constitue une **véritable décision unilatérale du patient** ; on s'écarte alors de la logique consensuelle qui a marqué la loi Kouchner de 2002. Il n'y a en effet aucune rencontre des volontés, le médecin ne souhaitant pas se voir opposer un refus dès lors que sa proposition est celle qu'il juge « *la meilleure pour son patient. Bien que mentionné dès 2002, le refus de soins n'était pas consacré comme un droit subjectif. La mention qui y était faite se cantonnait aux obligations du professionnel de santé dès lors que, par son refus, le patient se mettait en danger. Jusqu'en 2016, il était tenu par une obligation de moyens, celle de tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables. C'est un droit jusqu'ici en miroir du consentement car ne pas dire oui c'est finalement dire non, le consentement et le refus sont les deux faces d'une même pièce.* ». La loi dite *Claeys-Leonetti* du 2 février 2016 consacre solennellement le droit de refuser des soins, insérant un nouvel alinéa à l'article L. 1111-4 qui dispose que « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement.* ». En s'adressant directement au patient, le législateur en a fait un véritable droit subjectif, au même titre que le droit au consentement, à l'information (CSP, art. L. 1111-2) ou au respect de sa dignité (CSP, art. L. 1110-2)²⁸⁴. »

Toutefois, ce droit de refus du malade n'est pas irréfutable. Il supporte des exceptions tirées de motifs relatifs à la santé publique ou même à la sécurité de la société et donc de l'ordre public.

²⁸² « Refus de soins et urgence vitale » Mémoire en Master II de la santé par Cécilia GUILLEVIN- Université de Rennes- Septembre 2019.

²⁸³ Loi n°2002-303 du 4 mars de 2002 dite loi Kouchner, du nom du ministre de la santé de l'époque.

²⁸⁴ « REFUS DE SOINS ET URGENCE VITALE » Mémoire en Master II de la santé par Cécilia GUILLEVIN- Université de Rennes- Septembre 2019 p. 9 et suivantes.

Par exemple, un juge pénal est habilité à interférer dans la sphère d'autonomie des personnes en leur ordonnant de se soigner ; il s'agit notamment des délinquants toxicomanes et sexuels. **Lorsque l'irresponsabilité pénale a été retenue et motivée par une abolition du discernement, le juge peut contraindre la personne à se soigner.** De même, en matière de sécurité publique, une personne atteinte de troubles mentaux qui génère un danger pour des tiers peut, à la demande du préfet, être admise en unité de soins psychiatriques sans consentement.

Enfin, si le refus peut entraîner un préjudice irréparable comme la mort du malade, alors on est face à urgence vitale qui, selon l'Académie de médecine²⁸⁵, se définit comme « *une situation qui met en jeu, dans l'immédiat, à court terme la vie des patients* ». On peut regretter que la loi ne donne pas de solution quant à l'opposabilité d'un refus de soins vitaux en situation d'urgence, exprimée par une personne majeure et capable qui ne souffre d'aucun trouble mental, d'autant que la jurisprudence du Conseil d'Etat²⁸⁶ est contestée par une partie de la doctrine depuis l'entrée en vigueur de la loi Kouchner de 2002.

De plus, il convient de distinguer deux situations dans lesquelles le recueil du consentement est soumis à des règles particulières et notamment concernant les mineurs.

Concernant un patient mineur, ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui prennent les décisions relatives à la santé de celui-ci. Toutefois, s'agissant d'un adolescent ou pré-adolescent capable et suffisamment mature pour exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et les titulaires de l'autorité parentale doivent concerter leur volonté avec celle du mineur. En cas de désaccord, le juge pour enfant pourrait être saisi pour trancher (cf. **infra II**) .

Ce qui laisse, néanmoins, le juriste perplexe, c'est la précision relative aux connaissances scientifiques à un instant T, sachant que le code de déontologie précise que « *tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de Développement Professionnel Continu (DPC)*²⁸⁷ » (art. R.4127-11 du CSP) et que la loi rappelle que toute décision médicale doit être prise en application des données actuelles de la science²⁸⁸. Le médecin est donc pris entre deux écueils à éviter : d'un côté, il doit s'appuyer sur ce qui est connu et validé, mais de l'autre, il doit à son patient tout ce que l'innovation et la recherche procure comme chance, sans tomber dans l'expérimentation qui est soumise à un autre

²⁸⁵ Rapport d'un groupe de travail de l'Académie nationale de médecine, Commission IX (Chirurgie, Anesthésiologie, Réanimation, Urgences), 2012.

²⁸⁶ Dans leur décision, le juge administratif avait considéré que les médecins « lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ». CE, réf., 16 août 2002, Mme F. c. CHU de Saint-Étienne.

²⁸⁷ Le DPC, prévu par l'article L.4021-1 du CSP, est une démarche qui a pour objectif le « maintien et l'actualisation des connaissances, des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. »

²⁸⁸ Ce principe a été posé par la Cour de cassation dès 1936 (C. Cass. chambre civile, décision du 20 mai 1936 dit arrêt Mercier) puis a évolué avec une certaine ambiguïté, notamment depuis 2002. L'article R4127-32, dont la rédaction est en vigueur depuis le 08/08/2004 énonce : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

dispositif légal. *Les cas difficiles doivent toujours être traités collégalement par la prise de décision lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) après une étude complète du dossier du patient.*

4.3.2 Cadre légal d'une prise en charge médicale d'un mineur

Le cadre légal de la prise en charge des mineurs, en matière de santé est complexe et se complexifie à mesure des demandes de mineurs concernant par exemple une transition de genre, une chirurgie esthétique avec ou pas des implants etc. En conséquence, tout professionnel de santé²⁸⁹, en lien avec des mineurs, doit connaître et respecter les règles spécifiques qui sont supposées garantir une prise en charge sécurisée de l'enfant dans l'intérêt supérieur de ce dernier.

4.3.2.1 Les droits du patient mineur de moins de 18 ans

Est-il besoin de rappeler que selon les dispositions du Code civil, le mineur – c'est à dire toute personne n'ayant pas 18 ans révolus – n'a pas l'exercice de ses droits civils.

Se pose alors, en matière médicale comme en droit pénal, **la question du discernement de l'enfant**. Dans la mesure où une décision médicale touche à la santé relève d'un droit strictement personnel du patient, **la question est de savoir si le mineur peut consentir seul à sa prise en charge médicale (traitement, opération, etc.) et dans quelles conditions**.

En matière de santé sexuelle, il existe des dispositions particulières relatives à la contraception des mineures. Ainsi l'article L. 5134-1 du CSP, modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, pose t-il des principes en matière d'information, de consentement et de secret médical.

En effet, toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement.

Exceptionnellement, concernant les mineurs, le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux adolescents, dans l'intérêt supérieur de ces derniers devrait-on souligner.

²⁸⁹ Rapport Recommandation N°13 : Conduire en enquête auprès des services (hospitaliers, MDA) et des professionnels libéraux pour établir un état des lieux, qualitatif et quantitatif, de l'accompagnement des mineurs trans et en exploration de genre; veiller à un maillage territorial de l'offre d'accompagnement des mineurs, en consolidant les équipes spécialisées et en soutenant la formation et le travail en réseau des autres professionnels impliqués dans leur suivi (de ville, MDA ...).
Recommandation N° 14 : Saisir le Comité national consultatif d'éthiques sur les questions du consentement éclairé des mineurs et la préservation de leur fertilité.

Il est à noter que la délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une telle prescription, ou encore celles d'examens en lien avec la prise en charge, sont protégées au plan contraceptif et gynécologique par le secret pour les personnes mineures²⁹⁰.

L'article L.1111-4 al.9 du CSP dispose : « *Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables* ».

Il convient de relever que cette disposition ne requiert pas la notion d'urgence. En conséquence le traitement s'imposerait dès lors qu'il a pour finalité de préserver la santé du mineur, sans nécessairement qu'il soit urgent²⁹¹.

Enfin, concernant la vaccination, le dépistage et plus encore le traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST) chez un mineur, s'il n'existe aucun texte spécifique pour les mineurs, il convient donc de se référer à l'article L. 1111-5 du CSP combiné à l'article L. 1111-4 du CSP qui prévoit que "Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale (...) qui risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables ».

4.3.2.2 *La notion de décision médicale pour sauver ou soigner, voir réparer*²⁹²

Dans le domaine médical, la « décision » est le centre ou la raison d'être de l'acte médical: c'est l'acte fondamental de l'exercice de la médecine. Le processus de la décision médicale, en présence d'un patient ou d'une collectivité, consiste à choisir un mode d'investigation, poser un diagnostic puis proposer un traitement ou de le différer.

Si le médecin doit respecter les choix d'un patient, en cas de refus de traitement ou d'interruption de ce dernier, notamment en fin de vie, le médecin retrouve sa complète liberté d'appréciation concernant un mineur, dont la santé est gravement en danger, conformément à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique précité.

On peut penser, à l'inverse, que si une demande de Transition médicale d'un mineur, soutenue par ses parents, (qui risqueraient sinon de tomber sous le coup de la loi du 31 janvier 2022²⁹³

²⁹⁰ La contraception d'urgence n'est pas soumise à prescription obligatoire et peut s'effectuer à titre gratuit dans les pharmacies. Dans les établissements d'enseignement du second degré, elle peut être délivrée par les infirmières.

²⁹¹ L'avis n° 628 du 15 juillet 2015 au nom de la commission des lois du Sénat indique quant à lui que "(...) quel que soit l'acte médical envisagé, il reviendra au médecin d'apprécier si cet acte "s'impose pour sauvegarder la santé" de la personne mineure (...) ». Mais il n'a aucune force légale ne saurait protéger le praticien. Selon l'Académie de médecine, l'urgence vitale est « une situation qui met en jeu, dans l'immédiat, à court terme la vie des patients ». Il convient de préciser que l'urgence à elle seule est une notion qui inclut l'urgence vitale mais qui la dépasse car en matière médicale une urgence n'est pas nécessairement une urgence vitale.

Dans ce cas de refus du ou des titulaire de l'autorité parentale, Mme Stéphanie Tamburini, juriste en responsabilité médicale (qui collabore avec la MACSF) recommande aux praticiens de contacter le Procureur de la République ou le substitut de garde afin de l'informer de la situation et d'obtenir son aval à la réalisation des soins.

²⁹² GRENIER « Décision médicale » In : Dictionnaire de la pensée médicale sous la direction de D. LECOURT 2004 Paris PUF Quadrige.

²⁹³ LOI n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045097703>

en cas de refus), est faite à un médecin, endocrinologue, voire un chirurgien, celle-ci ne doit pas, ipso facto, être acceptée sans examen et diagnostic préalables effectués par le praticien. Ce dernier peut aussi prendre l'avis d'un confrère, ou encore confier le mineur à une équipe pluridisciplinaire spécialisée non pas dans les seules transitions mais dans l'analyse et l'accompagnement des jeunes en souffrance et, le cas échéant, jusqu'à l'ultime étape en cas de dysphorie du genre avérée au-delà de son adolescence. C'est bien ainsi que les sénateurs ont interprété la loi précitée du 31 janvier 2022 (cf. **infra IV**).

Alors pourquoi encourager un mineur souffrant d'un mal être profond à opter seulement pour la voie de la transition de genre qui n'est peut-être pas la solution, surtout avec des mastectomies²⁹⁴ pour les jeunes adolescentes qui ne sont jamais sans risque ?

4.3.2.3 *Les risques des opérations chirurgicales chez les enfants*

En médecine, comme dans bien d'autres domaines, le risque zéro n'existe pas, surtout en chirurgie, quel que soit le type d'opération, et ce nonobstant le respect de toutes les règles de l'art, et sans négligence.

Car la chirurgie, même légère et bien maîtrisée, n'est pas totalement anodine pour le corps humain, qui subit une intervention extérieure, sans compter les risques propres aux techniques d'anesthésie.

L'information du patient est donc primordiale pour donner un consentement éclairé, c'est à dire en toute connaissance de causes, des bénéfices /risques et autres des effets secondaires.

4.3.2.3.1 Le premier des risques : l'anesthésie.

Lors de l'anesthésie générale, des réactions allergiques, voire mortelles, sont possibles, comme ce fut le cas très médiatisé d'un ministre endormi au curare et qui faillit ne pas se réveiller.

Les conséquences d'un accident d'anesthésie sont extrêmement variables : de la simple éruption cutanée au décès.

Les anesthésies même locorégionales peuvent donner lieu à des complications graves bien que peu fréquentes : paralysie(s) et/ou insensibilité(s) plus ou moins étendue(s), temporaire(s) ou permanente(s), accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche...

4.3.2.3.2 Le risque hémorragique

Avant toute intervention, le praticien doit contrôler avec son équipe le bon fonctionnement de la coagulation sanguine du patient afin d'éliminer le maximum de risques. Sachant que des médicaments tels que l'aspirine, ou tout coagulant comme *l'héparine* favorisent le saignement,

²⁹⁴ La mastectomie consiste à enlever la totalité du sein c'est à dire toute la glande mammaire, l'aréole, le mamelon et une partie de la peau du sein.

il convient de s'assurer par exemple que le patient a bien arrêté son traitement avant d'être opéré.

4.3.2.3.3 Le risque infectieux

Malgré la stérilisation des instruments et de toutes les précautions prises, il peut arriver une contamination microbienne pendant l'opération ou dans la période post opératoire immédiate. Après l'intervention, le malade doit être régulièrement examiné pour détecter toute éventuelle rougeur, douleur, ou fièvre qui doit alors alerter patient et chirurgien. Dans certains cas, afin de parer toute contamination, le ou la patient(e) peut être amené(e) à prendre des antibiotiques avant et après l'opération pour éviter, autant que faire se peut, d'être infecté(e) par des germes. Malheureusement, malgré toutes ces précautions, une infection peut survenir avec des conséquences qui varient d'un(e) patient(e) à un(e) autre, notamment en fonction de l'importance du germe incriminé et du type d'opération.

4.3.2.3.4 Le risque cicatriciel

Tous les patients n'ont pas la même capacité de cicatrisation. Certains créent l'exacte quantité de tissu nécessaire à une suture fine et souple, alors que d'autres en produisent beaucoup trop. On parle alors de cicatrice hypertrophique. Elles finissent par s'aplanir dans les 18 mois (au maximum) suivant l'opération.

4.3.2.3.5 Les risques liés aux produits implantés

Chirurgie esthétique - rétractation de la prothèse, Implants mammaires, prothèses diverses, substances injectées, fils de tractions etc. peuvent tous provoquer des désagréments dus à leur composition et à leur fabrication (infection, allergie, rupture, migration, déplacement, résorption, induration...).

Si les risques thérapeutiques ne dépendent pas directement du chirurgien, ce dernier a néanmoins le devoir de les prévenir au mieux et surtout de les traiter s'ils se concrétisent.

4.4 Respect du corps humain et autodétermination

4.4.1 Les principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain en droit positif

4.4.1.1 *Portée des principes*

4.4.1.1.1 Les lois dites de bioéthiques

Les lois dites de bioéthiques adoptées en 1994 ont eu pour objet la protection de l'être humain non seulement contre les atteintes aux tiers, mais également contre les atteintes que la personne peut se porter à elle-même.

Pour autant, le législateur n'est pas allé jusqu'au bout de l'exercice des définitions. S'il a pris soin de distinguer le corps humain de ses éléments et produits, il n'a pas donné de définition au « corps humain ». Or l'adage veut que l'on ne distingue pas là où la loi n'a pas distingué. Néanmoins, la doctrine est venue proposer comme définition du corps humain. Celui-ci serait « l'enveloppe charnelle » et « ce qu'elle renferme²⁹⁵ ». La loi du 29 juillet 1994, est la première du genre. Elle a été révisée et complétée dix ans plus tard²⁹⁶. Elle a inséré un nouveau titre dans le Code civil, créant pour la première fois un véritable statut juridique du corps humain. Les grands principes du corps humain se trouvent désormais inscrits dans le Code civil. Les autres règles se trouvent notamment dans le Code de la santé publique. Le Chapitre II du code civil du titre premier s'intitule « **Du respect du corps humain** » (Articles 16 à 16-9).

Ses dispositions issues de la loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - (art. 2) énoncent:

Article 1 « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ».

Article 16 - 1 :

« *Chacun a droit au respect de son corps.*

Le corps humain est inviolable.

Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »

L'article 16-1-1 (issu de la loi n°2008-1350 du 19 décembre 2008 - art. 11)

« *Le respect dû au corps humain ne cesse pas avec la mort.*

Les restes des personnes décédées, y compris les cendres de celles dont le corps a donné lieu à crémation, doivent être traités avec respect, dignité et décence. »

Article 16-2 (rédaction issue de la loi n°2008-1350 du 19 décembre 2008 - art. 12)

« *Le juge peut prescrire toutes mesures propres à empêcher ou faire cesser une atteinte illicite au corps humain ou des agissements illicites portant sur des éléments ou des produits de celui-ci, y compris après la mort. »*

Article 16-4 «(modifié par la la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 23)

« *Nul ne peut porter atteinte à l'intégrité de l'espèce humaine.*

Toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes est interdite.

²⁹⁵ L. Mayaux, Droit civil : les personnes, Ellipses, Universités-Droit, 1998, n°11.

²⁹⁶ La loi du 6 août 2004, relative à la bioéthique, a réformé les lois de 1994 sans apporter de changement au Code civil.

Est interdite toute intervention ayant pour but de faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne vivante ou décédée.

Sans préjudice des recherches tendant à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies, aucune transformation ne peut être apportée aux caractères génétiques dans le but de modifier la descendance de la personne. » Pourtant, tel est le cas lorsque qu'une transition chirurgicale aboutit à la stérilité de la personne qui a changé de genre et de sexe après une opération complète : vaginoplastie (création du vagin à partir d'organe masculins pour un MtF) et phalloplastie (création d'un pénis pour un FtoM).

Les articles suivant du code civil ont aussi été introduits par la loi l'article 3 de la loi n°94-653 du 29 juillet 1994 (publiée au JORF du 30 juillet 1994):

Article 16-5

« Les conventions ayant pour effet de conférer une valeur patrimoniale au corps humain, à ses éléments ou à ses produits sont nulles. »

Article 16-6

« Aucune rémunération ne peut être allouée à celui qui se prête à une expérimentation sur sa personne, au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de produits de celui-ci. »

Article 16-7

« Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle. »

Article 16-8 (créé par la Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 3)

« Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur ni le receveur celle du donneur.

En cas de nécessité thérapeutique, seuls les médecins du donneur et du receveur peuvent avoir accès aux informations permettant l'identification de ceux-ci. »

Article 16-8-1 issu de la LOI n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 5 dispose:

« Dans le cas d'un don de gamètes ou d'un accueil d'embryon, les receveurs sont les personnes qui ont donné leur consentement à l'assistance médicale à la procréation.

Le principe d'anonymat du don ne fait pas obstacle à l'accès de la personne majeure née d'une assistance médicale à la procréation avec tiers donneur, sur sa demande, à des données non identifiantes ou à l'identité du tiers donneur, dans les conditions prévues au chapitre III du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique. »

Article 16-9 introduit par la Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 précitée rappelle enfin que: ***« Les dispositions du présent chapitre sont d'ordre public. »***

Le non-respect de ces règles, en matière de bioéthique, se trouve sanctionné pénalement.

4.4.1.1.2 Dispositif répressif contre les mutilations sexuelles

Depuis très longtemps hélas, on déplore dans le monde, y compris en France, des mutilations sexuelles, comme l'excision ou de l'infibulation, le plus souvent infligées aux filles par la volonté de famille ou communauté à laquelle appartient l'enfant et qui perpétue des rites d'un autre temps. Selon l'OMS, « *les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiqués à des fins non thérapeutiques* »²⁹⁷.

Chez les garçons les mutilations sexuelles sont plus rares et interdites aussi en France. Elles sont classées en deux catégories : d'une part, celles qui empêchent l'homme d'éjaculer, le rendant le cas échéant stérile (castration et pénectomie) et, d'autre part, toute modification invasive des organes sexuels masculins telle que la subincision. De plus, les chirurgies non vitales pratiquées²⁹⁸ sur les enfants intersexes avant ses deux ans, correspondant à une norme sociale subjective, est considérée comme une mutilation par l'ONU, puisqu'il n'y a aucune raison ou cause vitale en jeu²⁹⁹.

Les mutilations génitales sont considérées, en France, comme un crime puni de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende, selon l'article 222-9 du Code pénal. Qu'elles aient eu lieu dans l'hexagone ou à l'occasion de vacances au pays d'origine, dès lors que les victimes, quelle que soit leur nationalité, vivent sur le sol français, leurs agresseurs sont passibles des sanctions pénales susmentionnées.

Paradoxalement, certains crient à la mutilation génitale des enfants intersexués et opérés tout bébé, alors que les mêmes encouragent des mineurs qui se cherchent, identitairement parlant, à engager une transition de genre et de sexe jusqu'à la chirurgie. Les deux situations sont cependant incomparables puisque le sexe neutre n'existe pas en droit français (**cf. infra I**). Dans le premier cas, il convient de se rapprocher au plus près de la vérité biologique. Dans le second cas, en revanche, la « transition » même avec un changement de sexe chirurgical, doublée d'une indispensable hormonothérapie à vie, ne restera qu'apparente. **Car, quoiqu'il advienne sur le ressenti de la personne ainsi opérée, son génome restera toujours celui de sa naissance : XX ou XY.**

²⁹⁷ Près de 125 000 femmes ont subi une mutilation sexuelle en France, selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire de 2019. © Studio graphique FMM. Depuis les années 1980, près d'une trentaine de procès d'exciseuses ou de parents d'enfants mutilés sexuellement ont eu lieu en France.

²⁹⁸ Ce type d'opération permet à un garçonnet de pouvoir uriné debout

²⁹⁹ Pour sa part, l'Unicef déclare au journal suisse « le temps » que « la circoncision masculine est en général moins invasive que l'excision, et que ses conséquences sont, la plupart du temps, moins graves. Néanmoins, il s'agit aussi en principe d'une violation du droit de l'enfant à son intégrité physique ». Cf. sexe, religion et hygiène: la justice ouvre le débat de la circoncision »- journal suisse Le Temps.

4.4.1.2 *Limites des principes*

4.4.1.2.1 Des atteintes licites à l'intégrité et à l'inviolabilité du corps humain.

La première concerne les vaccinations obligatoires pour se protéger soi-même et protéger les autres...

La deuxième est relative à une victime qui peut refuser de se soigner, en refusant de suivre un traitement ou de subir une opération chirurgicale.

Ces exceptions sont donc des atteintes licites bien qu'elles soient contraires au principe d'indisponibilité.

L'article 16-3 du code civil (modifié par la Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 9) pose une exception en matière médicale mais de manière très encadrée par deux conditions: la nécessité thérapeutique et le consentement du patient. :

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

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

Quant au principe de l'indisponibilité du corps il avait été reconnu de longue date, bien avant l'apparition des lois de bioéthiques.

Là encore, la violation de ces règles relatives au respect de l'intégrité physique de la personne humaine sont assorties de sanctions pénales prévues aux articles 511-2 et suivants du Code pénal (CP).

Ainsi, le fait d'obtenir d'une personne un de ses organes contre un paiement est-il punissable par l'article 511-2 CP. De même, le fait de prélever un organe sur une personne vivante majeure sans que le consentement de celle-ci ait été recueilli dans les conditions prévues à l'article L 1231-1 du Code de la santé publique est passible de la peine de l'article 511-3 du CP, comme le fait de recueillir ou prélever des gamètes sur une personne vivante sans son consentement écrit, et éclairé devrait-on ajouter (cf. article 511-6 du Code pénal).

4.4.1.2.2 Le droit face au suicide

Les règles en cette matière ont beaucoup évolué ces dernières décennies pour que la protection de la vie humaine concerne tant le droit à la vie, mais aussi et, de plus en plus, ce qu'on pourrait qualifier de « droit à la mort. »

Contrairement au droit britannique d'antan, le droit français n'a jamais réprimé pénalement le suicide même si des religions ou la morale peuvent condamner ou ont pu condamner un tel acte. En droit, « *chacun est donc libre de se donner la mort* », comme chaque personne majeure est libre de disparaître du jour au lendemain, ce qui complique la tâche des officiers de police judiciaire en cas non pas de disparition volontaire mais inquiétante pouvant déboucher sur le constat d'un accident mortel, d'homicide par imprudence, d'un meurtre, ou pire d'un assassinat³⁰⁰.

En revanche, en droit français si l'auteur du suicide raté ne peut être pénalement poursuivi, l'appel ou la provocation au suicide est réprimée aux articles 223-13 à 223-15 du Code pénal depuis la loi du 31 décembre 1987. En conséquence, est punissable le fait de provoquer le suicide d'autrui lorsque la provocation se trouve suivie du suicide ou d'une tentative de suicide³⁰¹ (TS) ainsi que la propagande ou la publicité en faveur de produits, objets ou méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort³⁰². La volonté ne peut se réaliser que dans la mesure où le corps est en vie. Dès que le corps est mort, la volonté disparaît. Le corps est le révélateur empirique, physique de l'être humain. Il est même le sanctuaire biologique de la personne .

Avec le harcèlement scolaire ou sur les réseaux sociaux, des jeunes qui ne supportent plus les moqueries et/ou persécution de leurs camarades de classe ou interlocuteurs « sur la Toile » en viennent à se suicider. Se pose alors la question de savoir si ces jeunes ont été poussés ou non au suicide par des injures, photographies volées, ou actions immondes des autres jeunes de sa génération, connus ou pas.

Comment se résout le conflit entre la protection pénale du corps humain et la volonté de la personne qui subit une atteinte à son corps ? Quelle maîtrise sur son corps le droit pénal reconnaît-il à la personne humaine ?³⁰³.

Le droit pénal français ne tient pas compte du consentement de la victime aux fins d'exclure la responsabilité pénale de l'auteur d'une infraction, contrairement à d'autres droit étranger. Par exemple, en Allemagne³⁰⁴, le consentement de la victime est un fait justificatif pour les atteintes à l'intégrité physique. D'autres Etats européens³⁰⁵ l'ont même érigé en fait justificatif général.

³⁰⁰ Homicide volontaire préparé c'est à dire un meurtre avec préméditation.

³⁰¹ C'est aussi le cas de femmes poussé au suicide par leur compagnon.

³⁰² L'introduction dans notre droit de cette incrimination fait suite à la publication du livre « Suicide : mode d'emploi » pour ne pas rater son suicide et dont les conseils auraient été à l'origine de multiples passages à l'acte réussis.

³⁰³ Pénélope Gontier , Mémoire de Master de droit pénal : « Protection du corps humain et volonté individuelle en droit pénal »

³⁰⁴ X. Pin, « La théorie du consentement de la victime en droit pénal allemand », RSC 2003.259

³⁰⁵ Le Portugal et l'Italie, cité par X. Pin, article préc. n°4.

4.4.2 Autodétermination et responsabilité des mineurs

La responsabilité civile, contrairement à la responsabilité pénale, n'exige pas la volonté de son auteur. C'est pourquoi un tout jeune enfant qualifié d'*infans*, qui n'a pas encore de discernement ou une personne dénuée de conscience, ou incapable majeur, engage-t-elle pleinement sa responsabilité personnelle en cas de faute, négligence, accident etc.

Le greffe de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a publié un guide sur l'interprétation de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (CSDHLF)³⁰⁶, c'est à dire sur le Droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance³⁰⁷. Certes, ce texte ne lie pas la Cour. Il est cependant très instructif et montre à quel point la jurisprudence de la Cour vient bouleverser les ordres juridiques internes des pays européens, signataires de ladite convention.

4.4.2.1 *Le droit à l'autodétermination*

4.4.2.1.1 Interprétation de ce principe

Le droit à l'autodétermination été reconnu et consacré par la Cour européenne des droits de l'Homme³⁰⁸, à l'occasion de deux arrêts sur le fondement de l'article 8 de la convention européenne des droits de l'homme relatif au respect à la vie privée³⁰⁹. Ce nouveau droit que le corpus juridique français doit intégrer n'est pas sans soulever de nombreuses interrogations tant il modifie en profondeur l'appréhension juridique des pouvoirs de la personne sur son corps à toutes les époques de sa vie.

Dans un arrêt *Pretty* du 29 avril 2002, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a reconnu pour la première fois, nonobstant l'emploi de termes prudents, que les dispositions de **l'article**

³⁰⁶ La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CSDHLF), communément appelée Convention européenne des droits de l'homme, est un traité international signé par les États membres du Conseil de l'Europe le 4 novembre 1950 et entré en vigueur le 3 septembre 1953. Elle a été ratifiée par la France.

La Convention se réfère à la Déclaration universelle des droits de l'homme, proclamée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948. Le respect des obligations par les États parties à la convention est contrôlé dans le cadre d'une procédure de plainte individuelle ou étatique. La cour (CEDH) chargée de l'appliquer et de la faire respecter siège à Strasbourg

³⁰⁷ Guide mis à jour au 31 août 2022 - Le système mis en place par la Convention a ainsi pour finalité de trancher, dans l'intérêt général, des questions qui relèvent de l'ordre public, en élevant les normes de protection des droits de l'homme et en élargissant la jurisprudence dans ce domaine à l'ensemble de la communauté des États parties à la Convention

Article 8 de la Convention – Droit au respect de la vie privée et familiale

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

³⁰⁸ CEDH : le droit à l'autodétermination (*Pretty c. Royaume-Uni*, 2002, § 61), l'intégrité physique (*J.L. c. Italie*, 2021, § 118). La Cour a également estimé que la possibilité pour une requérante d'exercer un choix conscient et réfléchi quant au sort à réserver à ses embryons touchait un aspect intime de sa vie personnelle et relevait à ce titre de son droit à l'autodétermination, et donc de sa vie privée (*Parrillo c. Italie* [GC], 2015, § 159).

³⁰⁹ Selon la Cour, la Convention n'établit aucune forme particulière de ce consentement, lorsque le droit interne fixe certaines exigences expresses, celles-ci doivent être respectées pour que l'ingérence soit considérée comme étant prévue par la loi (*Reyes Jimenez c. Espagne*, où les requérants avaient donné un consentement oral pour une opération alors que la loi exigeait un consentement écrit).

8 de la Convention consacrent « l'existence d'un droit à l'autodétermination » . Sur le fondement de l'article 8 alinéa 1er, la Cour a ainsi admis que l'interdiction de la pratique du suicide assisté par le droit pénal d'un Etat puisse constituer une ingérence dans le droit au respect de la vie privée des personnes concernées par cette interdiction. Toutefois, sur le fondement de l'article 8 alinéa 2, elle reconnaît dans le même temps que l'existence de considérations d'intérêt général -essentiellement tirées de la nécessité de protéger la vie des personnes les plus vulnérables ainsi que de la prévention d'incontestables risques d'abus puissent justifier, l'existence de règles nationales portant interdiction générale de la pratique du suicide assisté³¹⁰.

Dans sa thèse soutenue en 2015³¹¹, intitulée « Le droit à l'autodétermination de la personne humaine » avec comme sous-titre « *Essai en faveur du renouvellement des pouvoirs de la personne sur son corps* » Mme Scarlett-May Ferrié tente d'apporter des réponses ou du moins des éclairages. Selon elle, « *le droit à l'autodétermination peut être défini comme le pouvoir d'exiger d'autrui le respect de ses choix effectués dans le cadre de sa vie privée lorsqu'ils sont amenés à se réaliser sur son corps* ». Mais elle ajoute que le droit positif est insatisfaisant car « *l'émergence d'un nouveau droit dans l'ordre juridique implique nécessairement de savoir comment l'exercer, c'est-à-dire de saisir ses contours et ses limites et de s'assurer de sa garantie: sans limite, l'exercice du droit à l'autodétermination serait indéniablement un danger pour le maintien de l'ordre juridique interne; sans garantie, il serait stérile* ». C'est là le cœur de la problématique dès lors que ce droit est exercé par un mineur.

Si l'on transpose, de *lege feranda*, ce raisonnement à l'autodétermination d'un enfant mineur, il convient d'admettre qu'un Etat comme la France pourrait prendre des dispositions dans l'intérêt supérieur de l'enfant qui, certes retarderait son éventuelle autodétermination à devenir transgenre, mais protégerait son consentement non encore éclairé, faute d'expériences sexuelles, voir amoureuses et en l'absence de toute questionnement raisonnable et ouvert, sans parti pris ni des praticiens ni de son entourage familial. Comment admettre qu'une chirurgie ou même un traitement hormonal, dont les conséquences sont irréversibles et à vie, puisse être le fruit pour un adolescent, d'une décision murie et prise en toute connaissance de cause, dès lors qu'il serait entouré par des personnes le soutenant uniquement dans un projet au départ flou résultant d'un mal être bien connu à cet âge et qui risque d'obérer sa vie future. On peut relever, à cet égard, le peu d'intérêt de ces jeunes pour la préservation d'une possibilité de descendance qui peut être compromise par les traitements.

Il est évident que parmi ces jeunes mineurs, certains d'entre eux, devenus adultes, prendront la décision de transiter de genre, car elle aura été murie et réfléchi en acceptant toutes les conséquences en termes de procréation, de traitement à vie, d'effets secondaires possibles de l'hormonothérapie etc. Ils souhaiteront sauter ce pas pour mieux vivre leur « genre » ou plus

³¹⁰ Par Pierre-Olivier Koubi-Flotte, Avocat : L'arrêt Pretty ou la consécration par la Cour européenne de l'application de l'article 8 de la Convention aux questions de fin de vie- article publié sur le site villagedejustice.com le 19/04/2013.

³¹¹ Thèse publiée en 2018 IRGS.

exactement leur sexualité dans un corps qui correspondra enfin à leur être, tel qu'ils le ressentent depuis longue date et pas seulement leur pré-adolescence. C'est ce que l'on appelait jusqu'à récemment le transsexualisme.

Les conventions comme celles des droits de l'enfant (CIDE) de 1989 ou la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants (Conv. Strasbourg, COE 1996) reconnaissent aux mineurs, y compris aux plus petits, le droit d'exprimer leur opinion, en fonction de l'âge et de la maturité acquise, le droit d'être écouté et le droit de demander le respect de leur opinion. Aussi les articles 3 et 12 de la CIDE reconnaissent-ils le droit de l'enfant d'être écouté et de participer aux décisions qui le concernent³¹².

Ce droit doit, on l'a vu, doit être appréhender *in concerto*, c'est à dire par rapport à la maturité intellectuelle, à la capacité de discernement de l'enfant et dans l'intérêt supérieur de ce dernier. Si tel n'est pas le cas, les titulaires de l'autorité parentales devront décider à sa place, ou, le cas échéant, l'aider à décider en toute liberté une fois les enjeux compris par le mineur³¹³.

La circulaire du Jeudi 30 septembre 2021 du ministère de l'Education nationale fut publiée « pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire. (...) ». « L'École, en tant que service public fondé sur les principes de neutralité et d'égalité, se doit d'accueillir tous les élèves dans leur diversité et de veiller à l'intégration de chacun d'eux », peut-on lire dans le préambule. Est-il besoin de rappeler qu'à cette époque les jeunes ont souffert d'un long confinement au printemps 2020 et ont été stigmatisés, comme agent pathogène dangereux pour leurs aînés. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que les jeunes déjà mal dans leur peau avant la Covid19 se soient posé beaucoup de questions depuis sur les origines de leur mal être, plus aigu et d'une plus grande ampleur, semble-t-il, que celui des générations précédentes d'adolescents?

4.4.2.1.2 L'appréciation du discernement et de la maturité du mineur

4.4.2.1.2.1 L'appréciation du discernement en droit civil

Selon, l'étymologie le verbe « discerner » vient du latin *discernere*, c'est à dire séparer, mettre à part. Le substantif « le discernement » est donc la capacité de « tamiser », de « séparer le vrai du faux ». Pour les pénalistes, il s'agirait, pour une personne humaine, de la « capacité à distinguer le bien du mal » ou du « libre- arbitre ³¹⁴ ». Le discernement dans le langage courant

³¹² Un point de vue italien intéressant à cet égard : «Le droit reconnu aux enfants et aux adolescents à participer à la construction de leur vie englobe le droit de recevoir des informations sur leur condition, d'être accompagnés dans la formation de leur opinion et le droit de créer les conditions pour qu'une telle opinion soit entendue et acceptée. Comme mentionné, les tâches de la *provision* sont de plus en plus caractérisées comme un ensemble d'activités nécessaires pour soutenir les choix des enfants et des adolescents, plutôt que comme des activités destinées exclusivement à la protection des mineurs.

³¹³ « Les droits des enfants en milieu hospitalier-Un équilibre délicat entre protection et participation aux décisions » Anna Rosa Favretto and Christian Crocetta. 70-77- <https://doi.org/10.4000/revss.5001> - open édition journal.

³¹⁴ Art. 122-1 et 122-8 du Code pénal.

est donc la capacité d'une personne à appréhender les choses et à les comprendre. Un individu qui agit sans discernement est une personne qui agit sans avoir la conscience de faire une action bien ou mal.

Curieusement, la notion de discernement n'est pas définie par le législateur de manière générique puisque le Code pénal et le code civil y font différemment référence. Concernant le discernement de l'enfant, son appréciation d'un point de vue juridique est assez complexe. Tout d'abord, il convient de rappeler qu'en droit positif « enfant » désigne « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans », sauf stipulation législative nationale contraire, conformément à la CIDE de 1989. Les dispositions en droit positif interne sur le critère du discernement des enfants résultent des articles 12 de la Convention de New York³¹⁵ et 3 de la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants³¹⁶.

Toutefois, ces conventions internationales ont jugé utile de renvoyer aux autorités étatiques l'appréciation de la capacité de « discernement » ou de « *communiquer* » du mineur.

En fait, la notion d'enfant renvoie à l'idée de fragilité ou de vulnérabilité d'une personne qui n'a pas terminé son développement psychique et physique pour parvenir à l'état d'adulte et donc d'un majeur capable juridiquement de 18 ans révolus et plus.

« C'est donc au regard de cet état de fragilité de l'enfant que se pose finalement la question de son discernement »³¹⁷. (...) . « La vulnérabilité de l'enfant impose que les pouvoirs publics adoptent les mesures nécessaires à la protection et à la garantie de ses intérêts. Ce faisant, les différents instruments de protection des droits de l'enfant reconnaissent à tout enfant la capacité d'exprimer son point de vue sur les questions le concernant ou d'être informé des conséquences possibles de son opinion, dès lors qu'il est considéré comme ayant un discernement suffisant. »

Le droit français fixe, dans certains cas, un âge-plancher pour l'exercice des droits par un enfant. Il s'agit d'une appréciation *in abstracto* du législateur qui ne prend alors que l'âge en compte. Par exemple, le consentement de l'enfant ayant 13 ans dans le cadre de l'adoption plénière. En revanche, pour demander la nationalité française par déclaration ou son émancipation, le mineur doit être âgé de 16 ans révolus.

³¹⁵ « 1. Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.
2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'un organisme approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale. »

³¹⁶ « Un enfant qui est considéré par le droit interne comme ayant un discernement suffisant, dans les procédures l'intéressant devant une autorité judiciaire, se voit conférer les droits suivants, dont il peut lui-même demander à bénéficier :
a. recevoir toute information pertinente; b. être consulté et exprimer son opinion; c. être informé des conséquences éventuelles de la mise en pratique de son opinion et des conséquences éventuelles de toute décision. »

³¹⁷ Le discernement de l'enfant dans les conventions internationales et en droit comparé - Placide Mukwabuhika Mabaka, Dans Recherches familiales 2012/1 (n° 9), pages 143 à 152.

En application des conventions précitées, l'article 388-1 al.1er du Code civil dispose que : « *Dans toute procédure le concernant, le mineur capable de discernement peut, sans préjudice des dispositions prévoyant son intervention ou son consentement, être entendu par le juge ou, lorsque son intérêt le commande par la personne désignée par le juge à cet effet* ». L'audition de l'enfant ne dépend donc pas, objectivement, de son âge. Elle repose sur un seul critère subjectif : son discernement. La notion de discernement s'entend de la faculté du mineur d'apprécier avec justesse les situations. Selon le Défenseur des enfants³¹⁸, « *cette notion recouvre la capacité pour l'enfant de comprendre ce qui se passe, d'appréhender la situation qu'il vit, de pouvoir exprimer ses sentiments à ce propos* »³¹⁹.

Très souvent, les juges civils français, comme ceux de bien d'autres pays, apprécient la capacité de discernement *in concreto*, veillant à ce que l'intérêt de l'enfant puisse toujours primer. Finalement, **l'examen de la capacité de discernement** doit se baser non pas sur une réalité abstraite mais plutôt en fonction de la maturité concrète de l'enfant. **En conclusion, la capacité de discernement de l'enfant ne devrait être apprécié qu'au cas par cas et en considération de la nature et de l'importance ou de la gravité de l'acte considéré, comme par exemple, accepté ou refusé un traitement médical.**

4.4.2.1.2.2 L'appréciation du discernement en droit international

En droit international, si le législateur invite à faire participer l'enfant aux décisions qui le concerne, il ne faudrait pas croire que c'est l'enfant qui décide seul mais avec l'éclairage des parents, de son tuteur, ou le cas échéant de son avocat. Ce sont bien les représentants légaux titulaires de l'autorité parentale du mineur non émancipé qui décident pour lui, et dans son intérêt, après avoir échangé avec lui et recueilli son avis sinon ses souhaits qui ne sont pas forcément retenus totalement in fine.

Pour des démarches aussi importantes qu'une transition sociale, ou de sexe avec recours à un traitement hormonal, voire une opération mutilante comme la mastectomie, il ne serait pas déraisonnable de reprendre l'appréciation de la notion de discernement du droit pénal spécifique aux mineurs. En effet, l'article 122-8 du code pénal pose le principe de l'irresponsabilité absolue des mineurs de moins de treize ans, alors que des mineurs de plus de treize ans seraient capables de discernement à apprécier *in concreto*. Trop jeunes pour mesurer pleinement leurs actes, ces mineurs délinquants ne peuvent faire l'objet que de « mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation ». **Que dire alors de leur discernement pour envisager une vie dont ils n'ont même pas idée avec une transition précoce et préjudiciable à leur bonne santé physique et physiologique?**

³¹⁸ Rapport annuel du défenseurs des droit. 2008, p. 191.

³¹⁹ Ce texte relatif à toute audition du mineur en justice, (dont le domaine d'application dépasse l'hypothèse la plus courante du divorce des parents du mineur) fonde le principe général de son droit à être entendu dans toute procédure le concernant, directement ou non. Le discernement est donc pour le juge le seul critère préalable à l'audition du mineur. voire le site internet de Dalloz actu étudiant 10 avril 2015. <https://actu.dalloz-etudiant.fr/a-la-une/article/le-discernement-seul-critere-prealable-a-laudition-du-mineur/h/dcbff7551675db67475f52ba377a9a4d.html>

De ce point de vue, les nouvelles règles pénales applicables aux mineurs délinquants peuvent nous porter un éclairage intéressant sur cette notion de discernement d'un mineur.

4.4.2.2 *L'appréciation du discernement en droit pénal pour un raisonnement a pari*

Le droit pénal mentionne la notion de discernement au sujet des irresponsables que sont les jeunes mineurs et les adultes qui souffrent de troubles psychiques ou neuropsychiatriques du discernement et prive l'intention de son support nécessaire à toute incrimination. En effet, si le discernement est une conscience du bien et du mal, qui échappe comme telle à une définition juridique, il n'intervient jamais positivement dans la qualification d'une infraction.

Sous l'impulsion des traités internationaux précités, un nouveau code de justice pénale des mineurs (CJPM) est entré en vigueur le 30 septembre 2021³²⁰ et remplace l'ordonnance historique du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. C'est ainsi que l'article 11-1 al.2 de ce code rappelle les principes selon lesquels :

« Les mineurs de moins de treize ans sont présumés ne pas être capables de discernement. Les mineurs âgés d'au moins treize ans sont présumés être capables de discernement. »

L'alinéa premier qui le précède dispose que : *« Lorsqu'ils sont capables de discernement, les mineurs, au sens de l'article 388 du code civil, sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils sont reconnus coupables ».*

Enfin, son alinéa 3 est très éclairant sur la notion de discernement puisqu'il explique qu' **« Est capable de discernement le mineur qui a compris et voulu son acte et qui est apte à comprendre le sens de la procédure pénale dont il fait l'objet »** .

En conséquence de l'article L11-1 alinéa 2, l'article 11-4 précise qu'*« Aucune peine ne peut être prononcée à l'encontre d'un mineur de moins de treize ans »* tandis que l'article L11-3 prévoit que : *« Les mineurs déclarés coupables d'une infraction pénale peuvent faire l'objet de mesures éducatives et, si les circonstances et leur personnalité l'exigent, de peines ».*

Si la loi pénale prévoit l'irresponsabilité relative des mineurs âgés d'au moins treize ans révolus, c'est parce que l'on considère, qu'à cet âge, les notions d'interdit, de bien et de mal peuvent être comprises d'enfants plus ou moins précoces ou matures, bien que ce ne soit pas nécessairement le cas pour certains d'entre eux. C'est la raison pour laquelle, les infractions commises par des mineurs de treize ans au moins doivent être appréciées *in concreto*, c'est à dire au vu de la capacité de compréhension du jeune délinquant pour adapter la sanction pénale : une peine pour les plus matures ou encore une mesure de surveillance et d'éducation pour les adolescents dont la capacité de discernement n'est pas encore évidente.

³²⁰ Loi n° 2021-218 du 26 février 2021 ratifiant l'ordonnance n° 2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de la justice pénale des mineurs.

La référence la plus intéressante de cet article L11-1 al.3, sur le discernement du mineur, est qu'il renvoie à la notion de compréhension qu'on pourrait transposer ainsi en matière de décision de transition de genre: le mineur doit comprendre et vouloir, en toute connaissance de cause, sa transition sociale (changement de vêtement, d'apparence, de prénom et donc d'état civil) ou totale avec un changement physique de sexe, et, les impacts sur sa santé à long terme des bloqueurs de puberté, des prises de testostérone pour les filles ou de progestérone pour les garçons, les éventuelles opérations qui s'apparentent plus à des mutilations volontaires (comme une mastectomie) que de la chirurgie esthétique, voir réparatrice avec réduction ou augmentation des seins ou pose de prothèse mammaire après un cancer sein par exemple.

4.5 Un enfant est un mineur sans capacité juridique

Comment peut-on demander le consentement d'un mineur sur un sujet dont il ignore tout et qui, même a priori éclairé avec l'information suffisante, il ne peut en appréhender pleinement les enjeux sur le reste de sa vie. Tout au plus, peut-on ou doit-on recueillir son avis, car mineur, il n'a pas la capacité juridique et pas celle de disposer de son corps. On a vu par le passé que la notion de consentement chez le mineur avait donné lieu à des interprétations et des intentions abusives avant la loi du 21 avril 2021 sur la protection des mineurs contre la pédocriminalité³²¹, considérant que faute de s'être débattue vigoureusement et avoir crié, une fillette de 11 ans avait donc consenti à un rapport sexuel avec un adulte.

L'évolution législative n'est pas sans danger lorsqu'elle concerne aussi les personnes les plus sensibles et influençables que sont les majeurs incapables et les mineurs. Pourtant, il n'y a pas de paradoxe au plan juridique sinon en apparence trompeuse. Il conviendrait de ne pas négliger, et a fortiori ne pas nier au nom de l'autodétermination, la fragilité et le manque de maturité des mineurs, comme des majeurs protégés, face à des actes aux conséquences graves et irréversibles que certaines personnes les encouragent à réaliser dans leur soi-disant intérêt de bien être, les autres étant considérés comme des opposants tous transphobes. Or, ses encouragements sont rarement dans l'intérêt supérieur de l'enfant, bien au contraire.

Il n'est pas inutile de rappeler que, par sa naissance, tout être humain acquiert des droits subjectifs mais que certaines personnes sont privées de la possibilité d'exercer leurs droits pour incapacité. Ces dernières sont inaptes à pouvoir agir seules et à exercer, en toute connaissance de cause et donc librement, leurs propres droits subjectifs. Cela concerne seulement deux catégories de personnes : les mineurs et les majeurs protégés qu'une altération des facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir seuls à leurs intérêts (C. civil, art. 488)³²².

³²¹ Loi N° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste.

³²² voir le site de la CNAF.

On assiste depuis la première guerre mondiale à la réduction des incapacités de protections. Ainsi au fil du temps, chaque fois que la personne protégée est susceptible d’agir elle-même ou est capable de donner un avis, lui reconnaît-on l’exercice de ses droits y afférents. La femme mariée, autrefois incapable, est désormais l’égale de l’homme en droit. Au XXI^{ème} siècle, la plupart des femmes³²³ ont accès à l’information et sont souvent indépendantes financièrement. Leurs conjoint(e)s participent de plus en plus à la vie de famille et aux tâches domestiques. Il est légitime que, dans ces conditions, ayant un avis aussi éclairé que les hommes, les femmes disposent non seulement des mêmes droits mais aussi puissent les exercer elles-mêmes librement.

Il en va différemment pour les majeurs incapables qui sont sous un régime judiciaire de protection légale ou des enfants.

4.5.1 Un régime juridique de protection des mineurs

Concernant le mineur, faut-il le rappeler, le législateur français l’a défini à l’article 388 du code civil comme « *l’individu de l’un ou l’autre sexe qui n’a point encore l’âge de dix-huit ans accomplis* ». **En conséquence, le mineur est soit une fille, soit un garçon.**

C’est bien pour protéger cet enfant - mineur par définition, qui est considéré par la société et le droit comme un être qui ne peut se défendre contre lui-même et contre les autres, en raison notamment de sa naïveté, sa candeur, ses émotions, de sa fragilité et donc de sa vulnérabilité à toutes sortes de mauvaises influences- que l’article 1146 du code civil dispose : « *Sont incapables de contracter [...] les mineurs non émancipés* », un mineur ne peut donc pas conclure un contrat. On parle d’une incapacité d’exercice qui s’étend à toute la période de la minorité. Cette incapacité cesse à la majorité (c’est à dire à partir du jour d’anniversaire de ses 18 ans) ou avec l’émancipation, à partir de 16 ans sauf pour certains actes, notamment en matière commerciale. En conséquence, et, conformément à l’article 388-1-1 du même code, un « *administrateur légal représente le mineur dans tous les actes de la vie civile, sauf les cas dans lesquels la loi ou l’usage autorise les mineurs à agir eux-mêmes* ». La plus-part du temps, il s’agit de ses parents titulaires de l’autorité parentale, ou d’un seul en cas de famille monoparentale ou encore d’un tuteur, c’est à dire d’un proche ou d’un tiers si le mineur est sous la protection de l’Aide social à l’enfance (ASE).

4.5.1.1 *L’incapacité juridique n’est pas une sanction*

Elle qui doit pallier l’incapacité naturelle à pouvoir exercer seul ses droits³²⁴ faute d’expérience, de maturité et d’esprit éclairé suffisant. L’enfant a certes des droits qu’il convient de respecter

³²³ En 2020, en France hors Mayotte, le taux d’activité des femmes âgées de 15 à 64 ans s’établit à 67,6 %, contre 74,5 % pour les hommes ; les femmes représentent 48,5 % de la population active au sens du Bureau international du travail.(Source : BIT).

³²⁴ « Droits de l’enfant et incapacité juridique de l’enfant. Entre droit international et législation nationale » Jean-Marie Plazy - Caisse nationale d’allocations familiales | « Informations sociales » 2007/4 n° 140 | pages 28 à 37.

mais les sciences notamment celle du corps et de la neurologie nous ont appris que **l'enfant est « un être en construction » même au-delà de sa majorité**. Son cerveau et son corps se développent encore durant ces jeunes années d'adultes jusqu'à environ 25 ans. C'est pourquoi les prises de drogue même dites abusivement « douces » comme le cannabis sont très toxiques pour les enfants, et encore plus dangereux pour les petits par rapport à leurs conséquences bien moindres sur des adultes d'âge mûr.

L'âge de la majorité a varié dans les temps, eu égard à la maturité de chaque génération selon les époques (cf. : Annexe 22)

4.5.1.2 *L'incapacité juridique est une protection légale*

L'article 389-3 du code civil dispose en effet que son administrateur légal le représente dans tous les actes civils, sauf pour les cas dans lesquels la loi ou l'usage l'autorise à agir seul.

L'article 8 de la CIDE précise que les États signataires s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris son nom. Et l'article 61-3 du Code civil dispose que le changement de nom de l'enfant nécessite son consentement personnel lorsque ce changement ne résulte pas de l'établissement ou d'une modification de son lien de filiation. La capacité d'exercice reconnue au mineur est ici totale, puisque son refus du changement de nom ne peut qu'être respecté par ses parents et par le juge. Il en va de même en cas d'interruption volontaire de grossesse. Depuis la loi du 4 juillet 2001, la jeune fille mineure dispose d'un véritable droit pour décider seule d'interrompre sa grossesse. Si l'article L. 2212-7 du Code de la santé publique dispose encore que lorsque la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale est recueilli, il ajoute que lorsque la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou que le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. La reconnaissance d'une capacité d'exercice est ici indéniable, mais demeure une exception, eu égard aux conséquences très compliquées d'une maternité non désirée d'une enfant précoce.

4.5.2 Le discernement des mineurs et le droit de la responsabilité

Il est généralement admis qu'en droit, la responsabilité s'entend de **l'obligation de répondre de ses actes**, en en assumant toutes les conséquences afférentes. Elle exige, un fait (souvent une faute, ou une négligence), un préjudice pour la victime et l'existence d'un lien de causalité comme condition préalable et générale pour sa mise en œuvre. La causalité est donc le critère qui justifie, sur le plan juridique, l'imputabilité et donc la répression des délits civils (fautes ou négligence) au sens général du terme. Mais la loi française, comme bien d'autres, requiert aussi, pour qu'un acte soit imputable à une personne, que l'auteur dudit acte dispose de toutes ses facultés mentales et psychiques. **Cela impose donc l'examen de la capacité de discernement de l'auteur de l'acte afin de déterminer si on peut le lui imputer non pas**

seulement sur un plan factuel, mais sur le plan légal. Toutefois, depuis 1984, l'irresponsabilité subjective du mineur n'est plus la règle afin de pouvoir indemniser les victimes. Ils sont donc responsables de leurs actes mais leurs parents sont aussi responsables du fait de leurs enfants mineurs qui ont causé un dommage à une victime, les assurances prenant éventuellement le relai de l'indemnisation financière de cette dernière (cf. : article 1242 du code civil).

Eu égard aux développements précédents sur le discernement, cette règle de l'imputabilité n'est pas d'application absolue pour les actes posés par des enfants, d'autant que le discernement de l'enfant n'est pas pris en compte de la même manière et droit civil et en droit pénal.

Le mineur ne pouvant pas agir seul ne peut donc exercer lui-même ses droits. Juridiquement « incapable », il doit être représenté, et ce sont généralement ses parents qui agissent en son nom et à sa place. En matière de responsabilité civile, il en va de même. Le principe est le régime de la responsabilité présumée des parents pour les faits commis par leurs enfants, car ils exercent l'autorité parentale. **Ce principe élude donc la question de la capacité de discernement de l'enfant dans la mise en jeu de la responsabilité civile.**

4.5.2.1 *L'exercice des droits du mineur par le ou les représentants légaux titulaires de l'autorité parentale*

4.5.2.1.1 Dans la vie quotidienne

Comme cela a été expliqué en droit civil, le régime de la minorité de l'enfant est un régime de protection. Selon son âge et sa maturité, l'enfant peut accomplir certains actes usuels de la vie quotidienne comme acheter du pain, prendre un transport en commun etc. Dans tous ces actes qui entraînent une manipulation d'argent, c'est soit en cash donné par le représentant légal soit au moyen d'un porte-monnaie électronique, ou un autre titre prépayé, fourni avec l'accord de celui-ci.

Une personne de moins de 18 ans n'est pas autorisée à souscrire un compte bancaire, sans l'accord de son ou ses représentants légaux (ses parents ou son tuteur). Ces démarches sont donc effectuées par les parents ou le tuteur qui choisissent de souscrire un compte en ligne, ou au guichet, pour le mineur. A cette fin, ils remplissent un questionnaire et transmettent les documents indispensables à la banque tel que l'état civil du mineur, de son représentant légal, livret de famille ou jugement de tutelle etc. En France, la plupart des banques n'acceptent d'ouvrir un compte, surtout en ligne, qu'à des mineurs d'au moins 16 ans avec des cartes bancaires à autorisation systématique ou dans le cadre de mécanismes soit de porte-monnaie soit de carte bancaire prépayée. Le représentant légal a donc accès à l'historique des dépenses et peut bloquer à tout moment la carte bancaire du mineur, par exemple en deux clics d'ordinateur, sachant qu'aucun découvert n'est autorisé.

Néanmoins pour les plus jeunes de moins de 16 ans, un compte peut être ouvert par le représentant légal du mineur, souvent pour lui constituer un pécule et lui apprendre à travers la gestion de son tuteur ou de son parent, à gérer son argent. En outre, les parents peuvent toujours ouvrir un compte ou un livret à leur enfant dès la naissance et, par définition, sans le consentement de ce dernier mais dans son intérêt bien compris. L'enfant pourra en général, à 12 ans, ouvrir un compte dans certains établissements bancaires s'il n'en a pas encore ou encore gérer le sien pour les dépôts tout seul mais avec l'autorisation systématique du représentant légal pour tout retrait.

Comme l'indique le site gouvernemental, un enfant mineur peut avoir un compte bancaire ou un livret d'épargne mais l'usage qu'il peut en faire est limité et progresse avec son âge.

La responsabilité du ou des représentants légaux reste entière en matière civile. En effet, dans tous les cas, les parents ou le tuteur sont responsables des fonds et des mouvements sur les comptes de l'enfant mineur, donc de moins de 18 ans.

Le représentant légal doit rendre des comptes à l'enfant dès ses 16 ans sur l'usage éventuel qu'il fait de son argent, et toujours dans le but de son éducation et de son entretien.

Le représentant légal qui a ouvert le compte demeure toujours responsable des dettes de l'enfant mineur.

4.5.2.1.2 En matière de santé

Dans un arrêt du 15 mars 2017, la Cour de cassation a dû se prononcer pour la première fois sur l'intervention du juge aux affaires familiales (JAF) dans le conflit parental relatif à la santé d'un enfant. Il s'agissait d'une mère qui souhaitait soumettre son enfant à un traitement médical à base d'hormones de croissance car il ne mesurait que 1m 32 alors qu'il avait déjà 12 ans. Elle avait saisi le JAF afin qu'il l'autorise à passer outre le refus du père de l'enfant ; les parents étant séparés, ils exerçaient conjointement l'autorité parentale sur l'enfant qui vivait alternativement chez l'un et chez l'autre.

De manière générale, les soins, traitements, opérations, rendus nécessaires par l'état de santé de l'enfant relèvent de l'autorité parentale des père et mère. Ce pouvoir de décision des titulaires de l'autorité parentale est fondé sur l'article 371-1 du Code civil. L'article L. 1111-2 du Code de la santé publique rappelle, quant à lui, que **le droit d'information du mineur est exercé par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale** et divers textes spéciaux prévoient aussi que le pouvoir de décision en matière médicale appartient en principe aux titulaires de l'autorité parentale.

Lorsque les deux parents exercent en commun l'autorité parentale, les décisions relatives à la santé de l'enfant doivent donc être nécessairement prises par les deux sauf si l'acte médical envisagé relève du domaine de la présomption d'accord de l'article 372-2 du Code civil.

Selon le Professeur Adeline Gouttenoire³²⁵, « *la détermination des contours de la catégorie des actes médicaux usuels n'est cependant pas évidente. En font incontestablement partie les soins obligatoires comme certaines vaccinations, les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes, soins dentaires de routine), les soins habituels chez l'enfant (traitement des maladies infantiles ordinaires) ou chez tel enfant particulier (poursuite d'un traitement ou soins d'une maladie récurrente, fût-elle grave). En revanche, **peuvent difficilement être considérés comme des actes usuels : la décision de soumettre l'enfant à un traitement nécessitant une hospitalisation prolongée et le recours à un traitement lourd ou comportant des effets secondaires importants.** Le traitement médical à base d'hormones de croissance fait évidemment partie de la catégorie des actes non usuels eu égard aux risques qu'il présente et à ses effets secondaires* »³²⁶.

Dans ces conditions, il en serait de même pour la prescription des hormones sexuelles masculines à un enfant né fille qui veut être un garçon(FtoM).

4.5.2.2 *Quel consentement pour quelle responsabilité ?*

L'article L. 112-3 al. 1 du Code de l'action social et des famille dispose : « **La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.** » (Rédaction issue de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant).

Le régime de la minorité, on ne le répètera jamais assez, n'est pas instauré pour le brimer mais pour le protéger notamment contre lui-même faute de maturité. On sait que l'émotion peut compromettre le discernement et donc un consentement non éclairé, notamment chez les personnes vulnérables, comme les majeurs sous tutelle et les enfants.

En conséquence, l'autorité parentale mise en place par le législateur est là pour veiller à l'éducation mais aussi éviter les mises en danger de son enfant. Or, une transition de genre, voire de sexe, irréversible peut être un danger non seulement quant aux risques chirurgicaux mais ensuite sur l'impact de la santé³²⁷, de la vie sociale, sexuelle et affective du mineur devenu adulte. En effet, des études³²⁸ démontrent une plus grande fragilité des personnes transgenres sous hormones, et a fortiori après opération par rapport au reste de la population. Tous ces adolescents en mal d'être, à l'âge où la voix, le corps, la pilosité se transforment... souffrent à

³²⁵ Adeline Gouttenoire, Professeur de droit privé et sciences criminelles à Bordeaux à la Faculté de droit de Bordeaux, Directrice de l'Institut des Mineurs de Bordeaux et Membre du CERFAPS (Centre Européen d'Études et de Recherches en Droit de la Famille, des Personnes et de la Santé), Directrice scientifique des Encyclopédies de droit de la famille.

³²⁶ Réf. : Cass. civ. 1, 15 mars 2017, n° 16-24.055, F-D

³²⁷ HAS, Note de cadrage : Parcours de transition des personnes - 7 septembre 2022.

³²⁸ Enquête « Transgenres : les dérives des traitements pour changer de sexe » Par Victor Garcia et Alix L'Hospital, L'EXPRESS publié le 22/02/2023 <https://www.lexpress.fr/sciences-sante/transgenres-les-derives-des-traitements-pour-changer-de-sexe-EP2XKYW5OFD6BEUUB2EEYB67AQ/>

l'évidence. Mais peu souffrent d'une véritable **dysphorie du genre**, qui se définit, comme la souffrance dûe à une **incongruence très marquée** du genre et mal vécue de se ressentir dans le sexe opposé à celui constaté à la naissance.

Par conséquent, s'en remettre à la seule demande et / ou décision de l'enfant pour « une transition », qu'elle soit seulement sociale ou même médicale, n'est pas une démarche responsable de la part des d'adultes.

Il serait paradoxal sur le plan juridique d'interdire à un(e) mineur(e) d'acheter de l'alcool, comme une bière alcoolisée à 4 % mais de reconnaître qu'il pourrait décider « seul » de se transformer pour la vie dans le sexe opposé à celui constaté à sa naissance, alors qu'il (ou elle) n'est pas encore devenu(e) un homme ou une femme. Sait-on ce que risque un enfant dans son développement futur si on lui « zappe » l'étape de la puberté.

Nombreux sont ceux qui relèvent le paradoxe suivant : en deçà de 15 ans (âge de la majorité sexuelle), un(e) jeune ne peut pas être considéré(e) comme consentant(e) à une relation sexuelle avec un adulte (loi de protection contre la pédocriminalité de 2021³²⁹), tandis que vers 11 ans, certains médecins et parents considèrent, à tort, qu'un jeune peut donner son consentement « éclairé » à prendre des bloqueurs de puberté puis des hormones pour changer de sexe ?

L'autodétermination de l'enfant entraîne certes sa participation à des décisions qui le concernent mais il ne doit pas décider seul et sans questionnement préalable avec toutes les réponses qui lui sont dues. L'autodétermination, actuellement revendiquée par certains, n'est pas celle du droit international mais un artifice pour déresponsabiliser les adultes (enseignant, parents, soignants) et, par conséquent, faire porter tout ce poids sur l'enfant sans qu'il ne s'en rende compte, ce qui n'est pas admissible.

Le statut de la minorité étant un statut protecteur, pourquoi devrait-on priver ces jeunes de cette protection, au nom d'une autodétermination jusqu'au boutisme, en les laissant, voire en les encourageant à s'engager dans un changement de sexe de fait, en mettant en œuvre la transition sociale et/ou médicale qu'ils souhaitent alors qu'ils n'ont pas la capacité de mesurer la portée de leurs actes? Bien qu'inaudibles pour la communauté LGBTQI+, des jeunes disent regretter la transition qu'ils ont pourtant réclamée, pendant leur enfance ou leur adolescence, avec force (jusqu'à menacer de se suicider pour certains afin d'obtenir l'accord des parents pour transiter sous prétexte d'une dysphorie du genre réelle ou simulée quand la souffrance psychique n'est pas due à leur incongruence du genre). Ces jeunes « détransitionneurs » appellent, eux-mêmes aujourd'hui, les adultes à plus de prudence pour les nouvelles jeunes

³²⁹ Loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste.

générations et à prendre en considération les retours en arrière des pays comme la Suède ou le Danemark³³⁰.

Ces « détransitionneurs ne peuvent pas tous faire machine arrière quand les traitements médiacaux ont été pris au-delà de six mois, à fortiori quand ils ont subi des actes chirurgicaux, mastectomies ou changement de sexe anatomique.

Qu'advient-il quand des jeunes reprocherons à leurs parents, tuteurs, enseignants et médecins de ne pas les avoir protégés, en les laissant décider alors qu'ils n'avaient ni la maturité ni le discernement nécessaire pour envisager les conséquences de leur demande de transition.

Comment les adultes, notamment les représentants légaux, les parents pourront-ils s'abriter derrière un prétendu consentement d'un enfant de 10 ou 14 ans ?

Quel genre de consentement peut donner un enfant ou un adolescent à un changement de sexe, alors même qu'il ne peut acheter une canette de bière dans un supermarché ou ouvrir seul un compte bancaire ? **Par nature, leur consentement est vicié par un dol**, en plus du fait qu'il soit juridiquement incapable à consentir seul.

4.6 Les différentes options face à la souffrance/au mal être d'un mineur

Les questionnements sur soi³³¹, désormais appelés identitaires, ont toujours existé chez les enfants, se traduisant chez un petit nombre par un véritable mal-être face à leur identité sexuée. Pour la plupart d'entre eux (de 61 à 90 % selon les études publiées) le trouble cesse une fois passée la puberté.

Mais, à l'heure actuelle, **l'approche prudente du questionnement identitaire des enfants, qui nécessite un accompagnement psychologique, voir médical, se voit rejetée au profit d'une approche « trans-affirmative » au nom de l'autodétermination.**

4.6.1 Le nécessaire questionnement du jeune et du praticien

Un constat qui interroge la société et le juriste : en une décennie, la question d'identité de genre est venue au centre des débats sociaux alors qu'elle ne concernait, jusque dans les années 2010, en France, qu'une dizaine de cas par an, et en particulier des garçons. Désormais cette question concerne plus d'un millier d'enfants par an, et, situation nouvelle, majoritairement des adolescentes.

L'explication réside pour certains dans le fait que nos sociétés occidentales sont en panne de repères. Par conséquent, la quête de sens et la quête d'identité apparaissent, comme une sorte

³³⁰ Article publié sur le site de la RTS publié le 27 juin 2021 à 08:34 intitulé « La Suède freine sur la question du changement de sexe des mineurs » (sujet radio: Frédéric Faux - adaptation web: Tristan Hertig.

³³¹ « L'incontournable questionnement identitaire » Jean Brichaux in « L'éducateur spécialisé en question(s) (2005), pages 15 à 29 » et « Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels ? » Lyda Lannegrand-Willems in « Enfance 2012/3 (N° 3), » pages 313 et suivantes.

de quête du Graal moderne dans une société où les canons de la beauté et donc de l'apparence compte beaucoup, voire trop.

4.6.1.1 Définitions : genre et identité du genre

Le concept de « genre » est une « *construction socio-psychologique des images de la femme et de l'homme* ». On distingue ici le sexe biologique du genre. « *On ne naît pas femme, on le devient* », écrivait en 1949 Simone de Beauvoir. *C'est cette construction socio-psychologique qui est rendue par ce concept de genre. Le terme réfère au groupe femmes et au groupe hommes dans une société donnée, à un moment donné. Il implique un savoir sur la différence sexuelle mais aussi sur le pouvoir qui organise et hiérarchise les groupes*³³² ».

En tant que concept, l'approche du « genre » analysait au début des années 2010 « *les rapports de pouvoirs entre les femmes et les hommes basés sur l'assignation des rôles socialement construits en fonction du sexe* ». L'approche genre est, à l'origine, de nature sociologique et avait pour objectif final de viser l'autonomisation de femmes pour atteindre l'égalité des droits entre les femmes et les hommes ainsi qu'un partage équitable des ressources et des responsabilités entre les femmes et les hommes³³³.

En fait c'est toute la prégnance des stéréotypes de genre que cette approche remettait en question, la femme refusant le rôle du sexe faible et l'homme du rôle du sexe trop viril.

Force est de constater que la notion d'identité de genre est venue troubler cette approche et le terme « assignation » a été détourné de sa finalité axée sur les rôles femme / homme d'origines culturelles, sociologiques, religieuses, etc. et non sur l'orientation d'un genre ressenti. « L'identité de genre » serait dorénavant choisie et non pas subie.

Pour les partisans de cette théorie, un sexe est assigné à la naissance à l'individu qui peut, en grandissant, le réassigner s'il ne lui convient pas. Cette approche purement intellectuelle est erronée puisqu'on sait que toute sa vie, **un individu né avec un caryotype 46 XY (ou 46XX) le restera jusqu'à la fin de ses jours** malgré ses ressentis et son éventuelle transition avec, le cas échéant, une chirurgie lourde de changement de sexe.

L'identité du genre (Gender Identity en anglais) est le sentiment d'appartenance à son sexe biologique. Le rôle du genre (Gender Role) constitue l'expression externe de la masculinité ou de la féminité. Les personnes transgenres, qui se disent et se reconnaissent « transgenres », ressentent un manque de correspondance, c'est à dire un décalage total entre leur sexe

³³² Brochure de l'OIF « Egalité des sexes et développement, concepts et terminologie ».

³³³ Documents d'orientation stratégique genre et développement du ministère français des Affaires étrangères (DOS 2017-2012, 2013 et DOS 2014-2017).

biologique de la naissance et leur identité sexuelle perçue intimement au plus profond d'eux-mêmes.

4.6.1.2 *De la transition sociale du genre des mineurs au changement de sexe.*

Chaque enfant qui se questionne légitimement sur son identité n'a pas à être encouragé(e) ou blâmé(e). Il ou elle doit avant tout être écouté et accompagné sur la voie qui devrait être la meilleure pour lui en toute neutralité.

L'Association Juristes pour l'Enfance (JPE)³³⁴, qui est sollicitée depuis plusieurs années par des chefs d'établissement scolaire et, plus récemment, par des parents, (qui demandent une expertise juridique sur ces situations dans lesquelles des filles convaincues – ou en tout cas désireuses – d'être des garçons demandent à être considérées comme tels et vice versa), s'est entourée d'experts pluridisciplinaires pour appréhender le sujet dans l'intérêt de l'enfant.

Ses travaux, comme d'autres, font le constat que la transition sociale réclamée par un enfant le met, la plupart du temps, sur les rails d'un processus dont il devient plus ou moins prisonnier, et sous l'influence de ses pairs pour s'engager trop souvent vers la transition médicale irréversible, sans pouvoir en mesurer les conséquences faute d'information et de maturité suffisante pour en comprendre les enjeux à l'aune d'une vie qui débute.

Pour le Docteur Christian Flavigny³³⁵, pédopsychiatre, *il est clair que c'est une manière pour ces adolescents de manifester un « désarroi », un « malaise » que les parents doivent les aider à dénouer.* Lors du colloque de l'AJE en 2020, l'ex avocate Olivia Sarton précisait que 62% des jeunes qui se déclarent « trans » souffrent de troubles psychiques, et 48% de troubles traumatiques.

Pourtant, aider ces jeunes, qui se questionnent souvent du fait d'un mal être, est possible sans les orienter dans un sens ou un autre. Bien évidemment, il faut prendre au sérieux ce qui leur arrive, chercher et donc diagnostiquer les réelles difficultés qu'ils expriment par ces demandes de changement de genre et ou de sexe et essayer de les accompagner dans la réponse la plus idoine à leur cas particulier pour chacun d'entre eux. Très souvent, il s'agira de les aider à s'accepter avec l'identité sexuée qui est la leur, et si possible s'aimer ainsi.

³³⁴ Cette association pour la promotion et la défense des droits de l'enfant est composée de juristes venant de divers horizons (universitaires, magistrats, avocats...), et de professionnels de l'enfance. Elle a depuis 2002 pour but de sensibiliser, alerter, protéger. Face aux situations de transitions dans lesquelles des filles souhaitaient devenir des garçons ou demandaient à être considérées comme tels et vice versa par les établissements scolaires et les parents, l'Association Juristes pour l'enfance a « sollicité des professionnels des autres disciplines concernées, des médecins, des psychologues notamment, afin de bénéficier de leurs lumières pour que sa propre expertise juridique ne soit pas à côté de la plaque, désincarnée, mais bien connectée à la réalité de ces situations afin d'être utile et constructive ». L'association a organisé, avec une autre association *Familles et Liberté* un colloque sur « le questionnement de genre chez les enfants et les adolescents » le 20 novembre 2020 qui a donné lieu à un livre, sous-titré « analyse, jeux...les spécialistes répondent » publié en octobre de la même année aux éditions ARTEGE. Elle est consultante auprès du CES de l'ONU.

³³⁵ Le Dr Flavigny est aussi psychanalyste et auteur de l'essai *Aider les enfants transgenres* (cf. *Aider les enfants « transgenres »* – Christian Flavigny)

Il est donc indispensable de leur ouvrir une ou plusieurs options, autres que celle de la seule la transition de genre. Face à son mal être réel ou ressenti, l'attitude des adultes, parents et médecins doit être bienveillante et constructive.

Il faut aider et accompagner l'adolescent qui souffre en passant le plus souvent par « sa prise en charge psychothérapeutique » et diagnostiquer impérativement, comme on l'a vu, les causes de sa souffrance afin de trouver la meilleure solution à son problème. Dans la plupart des cas, les causes seront de nature médicale, voire mentale : dépression, bipolarité, autisme, schizophrénie, anorexie mentale, etc. Parfois le jeune voudra se réconcilier avec un corps qu'il n'aime pas, en changeant quelques apparences : chirurgie esthétique du nez, des paupières, de la bouche, des oreilles ou encore des joues, des lèvres parfois de ses seins comme de ses fesses. Cette chirurgie-là moins mutilante est aussi de plus en plus demandée par les jeunes adultes et les adolescent(e)s.

On peut s'interroger aussi sur d'autres manières auxquelles peut avoir recours un(e) jeune pour se réconcilier avec son corps et, au minimum, d'attendre pour s'engager dans un processus de chirurgie et a fortiori de transition de genre irréversible - aux effets secondaires qui sont loin d'être anodins - d'avoir la maturité nécessaire et suffisante pour réaliser les risques et conséquences de ces actes graves et invasifs : stérilité rendant la procréation impossible, pas de désir ou de plaisir sexuel, des traitements à vie qui peuvent se voir menacer par des pénuries de médicaments et obérer la qualité sinon la vie de la personne transgenre, pour ne pas dire transsexuelles etc.

4.6.2 Le mal être des adolescents réel ou supposé et les options chirurgicales

Après un diagnostic posé par une équipe spécialisée, le jeune pourra être orienté pour soigner ses éventuelles pathologies comme la schizophrénie, la bipolarité, la dépression etc. S'il n'aime vraiment pas son corps - du fait de sa comparaison aux modèles véhiculés par les réseaux sociaux ou tout simplement parce qu'il n'aime pas sa « tête » ou elle n'aime pas sa poitrine (trop petite ou au contraire trop grosse), le(la) jeune pourra alors avoir recours à la chirurgie esthétique moins problématique qu'un changement de sexe chirurgical mais non exempt de risques. Après une thérapie ayant mis le doigt sur les causes de leur souffrance, certain(e)s jeunes accepteront leur homosexualité, en voulant seulement masculiniser pour les filles, ou féminiser pour les garçons, leur look, leur mode de vie, leur quotidien sans vouloir in fine transiter, c'est à dire changer de genre (FtoM ou MtoF, cf.: *supra II - B*).

De plus en plus d'enfants ont recours à la chirurgie et se pose alors le problème de l'aide du bistouri pour être bien dans leur corps : esthétique, implants mammaires pour redonner du volume, pathologique, transition. Dans un article intitulé « *De l'influence des camarades à la chirurgie plastique : pourquoi de plus en plus d'adolescents optent pour le scalpel* ». Lors

d'une interview le Dr Gilardino³³⁶ de l'Hôpital de Montréal pour les enfants, a expliqué, d'une part, les raisons qui amènent les adolescents à opter pour la chirurgie plastique et, d'autre part, les risques associés à ce type d'intervention. L'American Society of Plastic Surgeons précisait que le nombre d'adolescents qui ont subi une chirurgie plastique a doublé aux USA entre 2000 et 2008. Ce sont 219 000 opérations esthétiques qui auraient été pratiquées sur des patients âgés de 13 à 19 ans durant cette période, car « *beaucoup d'adolescents cherchent à améliorer leur image corporelle en passant sous le bistouri* » : c'est la dictature des canons de l'apparence imposés par les réseaux sociaux qui l'emporte aujourd'hui sur toute réflexion profonde³³⁷.

Le Dr Gilardo nous apprend qu'un des types de chirurgie plastique qu'il pratique le plus chez les jeunes, tant les filles que les garçons, est la chirurgie mammaire, les jeunes rencontrés étant très préoccupés par la taille de leurs seins. Certaines filles souhaitent une intervention pour corriger une malformation, notamment quand elles présentent une asymétrie mammaire assez importante. « *D'autres présentent une hypertrophie mammaire qui peut causer de graves douleurs au cou et au dos ainsi que d'autres problèmes fonctionnels. Il y a aussi des garçons qui veulent subir une chirurgie mammaire à cause d'une gynécomastie, une hypertrophie anormale des glandes mammaires chez les garçons durant la puberté*³³⁸ ». Cette gynécomastie est souvent liée à un trouble hormonal que les crèmes appropriées n'ont pas pu réduire. Dans ce cas, la chirurgie est le seul moyen pour un garçon de retrouver un torse qui ne le gêne plus. Dans sa jeune patientèle, le Dr Gilardo opère aussi beaucoup de nez. Pourtant, dit-il, « *nombreux ont de beaux visages, mais ils ne sont pas satisfaits de la taille ou de la forme de leur nez. Dans certains cas, ils veulent se faire opérer pour corriger un nez qui a été brisé ou régler des problèmes respiratoires. En substance, les jeunes veulent être acceptés socialement, en particulier par leurs pairs, et l'image corporelle joue un grand rôle dans leur perception d'eux-mêmes* ». L'apparence toujours l'apparence... alors que les modes changent et passent vite.

Néanmoins, la chirurgie ne devrait pas être considérée comme « la solution » mais devrait plutôt être envisagée en dernier recours, dans le cadre des différentes options de traitement à proposer.

A la question « *sur quoi vous basez-vous pour déterminer si la chirurgie est la bonne option pour lui? ...* », le médecin québécois répond : « *Un seul mot : maturité* »³³⁹. **La maturité joue**

³³⁶ <https://www.hopitalpourenfants.com/infos-sante/pathologies-et-maladies/de-linfluence-des-camarades-la-chirurgie-plastique-pourquoi-de>

³³⁷ Il faut être une star reconnue, d'âge mûr et détachée de toute forme de pression, comme la chanteuse Zazie, pour **oser** déclarer publiquement et assumer à 58 ans : « Ma lutte à moi c'est de ne pas me conformer aux injonctions de la société » (Paris-Match du 12 mars 2023) et plus spécifiquement de ses dérives devrait-on ajouter. Ses propos rejoignent en cela ceux de la journaliste du Figaro et essayiste, Eugénie Bastié, dans l'article intitulé « Déconstruire les déconstructeurs » - publié le 15 mars 2023 sur le site du Figaro - qui déplorent l'attitude de la jeune génération en ces termes : « Cette philosophie du caprice fabrique une génération qui voit les mots des blessures et dans les idées des outrages. »

³³⁸ Ce phénomène peut parfois provenir de perturbateur endocrinien ou de rejets de médicament hormonaux dans les eaux usées retraitées.

³³⁹ La maturité joue un rôle majeur dans l'ensemble du processus. Au Québec, un jeune de 14 ans a le droit de signer un formulaire de consentement pour subir une intervention chirurgicale. Maintenant, dans le cas d'une chirurgie plastique et d'autres interventions de ce type, je crois qu'une importante composante émotionnelle entre en jeu, et il est primordial que l'adolescent

un rôle majeur dans l'ensemble du processus. Le praticien rappelle aussi les complications qui peuvent survenir lors d'une chirurgie plastique et déjà évoquées.

En France, on fait le même constat. Ainsi le journal *Le Parisien* daté du 15 février 2023 titrait-il : « *Une dérive inquiétante - Ces jeunes accros à la chirurgie esthétique* » basant son dossier sur un livre-enquête de deux de ses collaboratrices, Elsa Mari et Ariane Riou³⁴⁰. Aujourd'hui ce sont les 18-34 ans qui ont le plus recours à ces pratiques. Ce livre révèle comment, à côté des phénomènes de transitions amplifiés par les réseaux sociaux, le business de la chirurgie esthétique, pas toujours exercé par des personnes de l'art, pousse les jeunes et surtout les filles « à se modifier, s'altérer, *s'artificialiser* » avec les mêmes méthodes d'influenceurs(ceuses). Aussi, de plus en plus de jeunes adeptes du botox, de l'acide hyaluroniques etc. passent-ils sous le bistouri. On apprend ainsi que la France est le 8ème pays au monde en nombre d'actes réalisés sur les visages et sur les corps.

Mais la vraie question est posée par les journalistes : ***à quoi ressemblera la société de demain si la jeunesse d'aujourd'hui n'est plus capable de s'aimer ?***

4.7 Portée de la loi combattant les thérapies de conversion³⁴¹

Le droit international des droits de l'homme et les loi française de la bioéthique proposent plusieurs stratégies pour mettre enfin un terme, dans un cadre de justice sanitaire, aux thérapies de conversion nocives.

La « *Thérapie de conversion* » est une expression générique désignant des pratiques de natures très diverses, qui se fondent toutes sur la croyance selon laquelle l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne peuvent et devraient être changées.

*Ces pratiques visent à transformer (ou le prétendent) une personne gay, lesbienne ou bisexuelle en une personne hétérosexuelle, et une personne trans ou de genre variant en une personne cisgenre.*³⁴² »

Mais pour le corps médical, comme pour les juristes, si les thérapies de conversion pour réprimer des orientations sexuelles telles que l'homosexualité sont en effet une aberration au XXIè siècle qui doit être sanctionnée, pousser des enfants - qui souffrent d'un mal être dans leur corps - à se convaincre qu'ils sont transgenres et que tous leurs problèmes disparaîtront après une transition réussie, est également une démarche toute aussi aberrante et condamnable. Il en va cependant différemment pour les adultes qui, depuis longtemps, deviennent transsexuels. Fort de leur expérience et sans rien regretter, Ils sont les premiers à reconnaître

soit accompagné d'un adulte de confiance qui le soutiendra tout au long du processus. L'adolescent peut s'attarder sur une toute petite chose, sans arriver à voir le portrait global. C'est là qu'un parent peut intervenir pour l'aider à voir les choses plus clairement ou à prendre des décisions appropriées.

³⁴⁰ « Génération Bistouri - Enquête sur les ravages de la chirurgie esthétique chez les jeunes » Ed. Lattes février 2023

³⁴¹ Loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022 , PO 1er février 2022.

³⁴² Définition du rapport de l'ONU « sur les pratiques de thérapie conversion » 2020

que la transition totale n'est pas forcément réparatrice de **tous** les maux de l'individu qui souffre ou pas d'une dysphorie du genre.

Concernant plus précisément les enfants, bien que les lois ne distinguent pas entre adultes ou enfants sauf au niveau de quantum de la peine, la problématique est la même en matière de théorie de conversion. A cet égard, la loi du 31 janvier 2022 sanctionne « *Les pratiques, les comportements ou les propos répétés visant à modifier ou à réprimer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, vraie ou supposée, d'une personne et ayant pour effet une altération de sa santé physique ou mentale...* ». Donc les « thérapies » ou plus exactement, en l'espèce, les endoctrinement de conversion cisgenre en LGBT+³⁴³ ne sont pas plus admises que les « thérapies » de conversion de LGBT+ en cisgenre, plus connues et plus fréquentes par le passé.

En France, une incrimination créée par le législateur doit être « *claire* » et « *intelligible* »³⁴⁴, afin que la loi pénale s'applique de la même manière à tous, quelle que soit l'origine, la race, la religion ou les croyances des délinquants. A défaut, elle pourra être censurée par le Conseil constitutionnel.

Quant au principe de légalité criminelle, il s'accompagne d'un autre principe consubstantiel, celui de l'interprétation stricte de la loi pénale, comme l'indique l'article 111-4 du Code pénal.

4.7.1 Genèse de la loi n° 2022-92 du 31/01/2022 et ses principes

4.7.1.1 La problématique

En 2012 dans sa thèse de psychologie, Jean-Michel Pinière rappelait que des approches *behavioristes*, c'est à dire comportementalistes, présentaient l'homosexualité « *comme un conditionnement qui peut faire l'objet d'un déconditionnement, et cela même dans un contexte interculturel, comme en témoigne l'intérêt de Baldwin et Baldwin (1989), pour le passage de l'homosexualité à l'hétérosexualité des garçons d'une tribu de Papouasie. Mais, disait-il, les « neurosciences ont de leur côté tenté de démontrer que l'homosexualité serait innée, en rapportant des différences qu'ils auraient observées dans la structure de l'hypothalamus (Le Vay, 1991), ou sur certains gènes (Hamer, 1993) »* ».

4.7.1.1.1 Position de l'Union européenne

³⁴³ Le Lancet - Tome 9, NUMÉRO 9, 40, Septembre 2022: VF « Ce que la psychiatrie peut faire pour mettre fin à la thérapie de conversion LGBT » : « *La mise à jour périodique des recommandations professionnelles sur les soins appropriés est une alternative utile aux interdictions législatives de plus en plus répandues. De telles interdictions risquent de normaliser une réglementation législative et judiciaire excessive de la pratique médicale. Aux États-Unis, cette portée excessive a ouvert la voie à l'interdiction récente de la pratique médicale pour traiter la dysphorie de genre sur la base de directives de traitement fondées sur des preuves établies de longue date, et l'a qualifié à tort de maltraitance d'enfants. Le renforcement des lignes directrices éviterait également une criminalisation excessive ou des inquiétudes quant à d'éventuelles atteintes à d'autres droits de l'homme* ».

³⁴⁴ Cons. const., décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999 « relative à la loi portant habilitation du gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie législative de certains codes », JO du 22 décembre 1999, p. 19041, considérant 13.

Le 1er mars 2018, le Parlement européen a adopté une résolution sur la situation des droits fondamentaux dans l'Union européenne (2017/2125(INI)), dans laquelle, pour lutter contre le harcèlement et les discriminations des personnes LGBTI+, il se «*félicite des initiatives interdisant les thérapies de conversion pour les personnes LGBTI et la pathologisation des identités transsexuelles*³⁴⁵; *prie instamment tous les États membres d'adopter des mesures similaires qui respectent et défendent le droit à l'identité de genre et l'expression de genre (65)* » et «*invite les États membres à mettre pleinement en œuvre la directive sur les droits des victimes*³⁴⁶ *à relever les lacunes dans leur système de protection des droits des victimes et à y remédier, en portant une attention particulière aux groupes vulnérables, tels que les enfants, les minorités et les victimes de crimes de haine (69)* ». (cf. : Annexe 23. L'étendue de la violence basée sur la SOGIESC (sexe, origine ethnique, orientations sexuelles etc.)

4.7.1.1.2 Rapport 2020 de l'ONU

En 2020, est présenté à l'Assemblée général de l'ONU un rapport³⁴⁷ commandé à un expert indépendant pour exposer le résultats des travaux de recherche effectués sur les « thérapies de conversion » au moyen desquelles leurs partisans et praticiens cherchent à changer les orientations sexuelles non hétéronormées et les identités de genre non cisnormées.

En son 20ème point de l'aperçu général, ce rapport aborde ce qu'on appelle les **thérapies de conversion**. On peut lire «*Le terme «*thérapie*», qui vient du grec, signifie «*soins*». Or, les «*thérapies de conversion*» sont tout le contraire : *fondées sur la pathologisation médicalement erronée de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, ces pratiques causent de graves souffrances et des traumatismes psychologiques et physiques.**

*En 2012, l'Organisation panaméricaine de la santé a déclaré que les «*thérapies de conversion*» n'avaient aucune justification médicale et représentaient une menace grave pour la santé et les droits humains des personnes qui en étaient victimes*³⁴⁸. *En 2016, l'Association mondiale de psychiatrie a estimé qu'il n'y avait aucune preuve scientifique solide montrant que l'orientation sexuelle innée pouvait être changée*³⁴⁹, *des conclusions appuyées par de nombreuses associations professionnelles partout dans le monde*³⁵⁰».

³⁴⁵ Au 1er février seuls quelques pays européens avaient devancé la France en transposant la directive, comme Malte, certaines régions d'Espagne, et l'Allemagne, qui a interdit les thérapies de conversion pour les mineurs. Quant au gouvernement britannique, il a annoncé le 17 01 2023 son intention de publier un avant-projet de loi pour interdire toutes les thérapies de conversion, y compris celles visant les personnes transgenres. Cette promesse remonte, dans les faits à 2018 qui fait rarissime avait été salué par la reine Elizabeth II.

³⁴⁶ Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil.

³⁴⁷ Conseil des droits de l'homme Quarante-quatrième session -5 juin-3 juillet 2020/ Point 3 de l'ordre du jour : Promotion et protection de tous les droits de l'homme, civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement. Pratique des thérapies dites « de conversion » - Rapport de l'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre*.

³⁴⁸ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17703.

³⁴⁹ https://3ba346de-fde6-473f-b1da-98661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_e7d4dac33acd4000921b942f7ec70df0.pdf.

³⁵⁰ Therapies Focused on Attempts to Change Sexual : Orientation (Reparative or Conversion Therapies) COPP POSITION STATEMENT- Approved by the Board of Trustees, March 2000 Approved by the Assembly, May 2000 <http://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2900013-1>,

L'expert explique sur un plan historique l'apparition de ces théories au XIX^{ème} siècle dans une morale très rigide d'alors avec d'autres valeurs³⁵¹.

Le point suivant est aussi très éclairant sur l'appréhension du sujet par les psychiatres : « 21. Chez les professionnels de la santé, il est généralement contraire à l'éthique que de chercher à traiter quelque chose qui ne soit pas une maladie³⁵² ; le personnel médical est tenu par le principe « ne pas nuire » de ne pas proposer de traitements considérés comme inefficaces ou visant à obtenir des résultats inatteignables³⁵³. C'est pour ces raisons, entre autres, que le groupe indépendant d'experts de médecine légale du Conseil international pour la réadaptation des victimes de la torture, composé d'éminents spécialistes internationaux de la médecine légale de 23 pays, a estimé que proposer des « thérapies de conversion » constituait une forme de tromperie, de publicité mensongère et d'escroquerie³⁵⁴ .»

4.7.1.1.3 Rapport en France sur la santé et aux parcours de soins des personnes trans

En janvier 2022, a été remis au Ministre français de la Santé un rapport « *Relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans* ». Ce rapport précisait dès le début que « **L'accompagnement des mineurs apparaît comme un sujet particulièrement délicat. Face à un nombre croissant depuis 10 ans de mineurs en interrogation de genre et en demande de transition, les réponses apparaissent insuffisantes et géographiquement mal réparties** ».

Ce rapport réclamait en outre, la « dépathologisation de la transidentité » et l'autodétermination des personnes seules à même de définir leur identité de genre qui sera intégrée dans la loi du 31 janvier 2022³⁵⁵. Pour autant, cette revendication dépasse largement les frontières de notre pays, les personnes trans et pro trans affirmant que chacun devait être libre de choisir son identité de genre, sans se laisser imposer « *un modèle hétéronormé binaire* »³⁵⁶. Preuve en est,

http://media.mlive.com/news/detroit_impact/other/APA_position_conversion%20therapy.pdf, www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf et Lucas Ramón Mendos (Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes), "Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called 'conversion therapies'", 2020. Disponible à l'adresse suivante : ilga.org/Conversion-therapy-global-research-ILGA-World.

³⁵¹ Au point 22 on peut lire : « Comme l'a déjà indiqué l'Expert indépendant, la pathologisation d'orientations sexuelles et d'identités de genre différentes est le résultat de processus historiques (voir A/73/152)11. À la fin du XIX^e siècle, des scientifiques ont commencé à examiner des comportements considérés comme moralement inacceptables, notamment l'homosexualité et le travestissement 12, les qualifiant en définitive de maladies, et ont imaginé d'éventuels traitements pour les guérir. La plupart des écoles de psychologie et de psychiatrie, confortées par les classifications des maladies mentales en vigueur dans les années 1940 et jusqu'au début des années 1970, proposaient des « thérapies de conversion »13.

11 www.researchgate.net/publication/282671297_The_legacy_of_medicalising_homosexuality_A_discussion_on_the_historical_effects_of_non-heterosexual_diagnostic_classifications.

12 Jack Drescher, "Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual", Archives of Sexual Behavior, vol. 39.

13 ilga.org/Conversion-therapy-global-research-ILGA-World.

³⁵² www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032493/. Ce que la psychiatrie peut faire pour mettre fin à la thérapie de conversion LGBT

³⁵³ www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/ et www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/.

³⁵⁴ www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X20300366.

³⁵⁵ Loi N° 2022-92 du 31 janvier 2022, JORF du 1er février 2022.

« Les nombreux échanges réalisés par la mission, les évolutions du contexte international (CIM 11)³⁵⁶ l'ont convaincue qu'un changement de paradigme dans les parcours de soins des personnes trans est à la fois nécessaire, attendu et possible. Les changements doivent reposer sur des principes éthiques et politiques : dépathologisation de la transidentité, autodétermination des personnes seules à même de définir leur identité de genre, non-discrimination, égalité géographique et sociale d'accès aux soins. Les travaux à venir de la HAS doivent par ailleurs contribuer à intégrer l'état des connaissances, dans les pratiques de soins. »

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

la dernière version de la classification Internationale des maladies éditée par l'OMS (CIM 11) qui a transféré la codification de « l'incongruence de genre » du chapitre des affections psychiatriques vers celui des troubles de la santé sexuelle tout en définissant celle-ci.³⁵⁷

4.7.1.2 Les principes de la loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022

Quelques temps plus tard ; le Parlement français adoptait la loi N° 2022-92 du 31 janvier 2022, sur le fondement de la résolution européenne précitée et du rapport précité, *interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne*, et a créé à cette occasion une nouvelle incrimination au sein du chapitre V du code pénal relatif aux atteintes à la dignité des personnes.

En conséquence, sur le plan légal, le chapitre V du code pénal contient dorénavant une nouvelle section 1 quinquies, qui contient un unique article 225-4-13 qui dispose :

« Les pratiques, les comportements ou les propos répétés visant à modifier ou à réprimer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, vraie ou supposée, d'une personne et ayant pour effet une altération de sa santé physique ou mentale sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende ».

Ces peines sont aggravées et font encourir trois ans d'emprisonnement et 45 000 € à leur auteur, lorsque les faits sont commis sur une victime vulnérable (mineur ou victime particulièrement vulnérable pour une autre raison que la minorité), en présence d'un mineur, par un ascendant ou toute personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait, une pluralité d'auteurs ou par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne, par le biais d'un support numérique ou électronique.

4.7.1.2.1 Une finalité claire : lutter contre les pratiques dites de thérapies de conversion

Ce nouvel article 225-4-13 du code pénal (CP) vise donc à sanctionner celui qui, par ses agissements, tend à la modification ou à la répression de l'orientation sexuelle ou l'identité de genre de la victime. La finalité de la loi est de lutter contre les pratiques dites de thérapies de conversion, qui peuvent prendre la forme, comme le soulignait la proposition de loi³⁵⁸, *« d'entretiens, de stages, d'exorcisme ou encore de traitements par électrochocs et injection d'hormones. Elles sont susceptibles aussi d'altérer le jugement de la victime en lui faisant croire qu'une modification de son orientation sexuelle ou de son identité de genre est possible ».*

³⁵⁷ La CIM est la norme internationale en termes d'information de santé. La CIM 11 est entrée en vigueur le 1er janvier 2022 pour analyser les données médicales au niveau mondial. Elle a une vocation universelle et est utilisée par les états membres de l'OMS pour établir notamment ses statistiques de morbi-mortalités.

³⁵⁸ Proposition de loi N° 4021 du 23 mars 2021 interdisant *les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne*.

4.7.1.2.2 Rôle des associations

De plus la loi n°2022 92 modifie en ces termes l'article 2-6 du code de procédure pénale (CPP) pour élargir aux associations l'exercice des droits reconnus à la partie civile en cas d'infraction de thérapie de conversion : « **Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, se proposant par ses statuts de combattre les discriminations fondées sur le sexe, sur les mœurs, sur l'orientation sexuelle ou sur l'identité de genre, peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les discriminations réprimées par les articles 225-2 et 432-7 du code pénal et les articles L. 1146-1 et L. 1155-2 du code du travail, lorsqu'elles sont commises en raison du sexe, de la situation de famille, des mœurs, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre de la victime ou à la suite d'un harcèlement sexuel.** (...) ».

L'association peut également exercer les droits reconnus à la partie civile en cas d'atteintes volontaires à la vie ou à l'intégrité de la personne et de destructions, dégradations et détériorations réprimées par les articles 221-1 à 221-4, 222-1 à 222-18, 225-4-13 et 322-1 à 322-13 du code pénal, lorsque ces faits ont été commis en raison du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou des mœurs de la victime, dès lors qu'elle justifie avoir reçu l'accord de la victime ou, si celle-ci est un mineur ou un majeur protégé, celui de son représentant légal. (...).

En cas d'atteinte volontaire à la vie, si la victime est décédée, l'association doit justifier avoir reçu l'accord de ses ayant-droits. »

La notion d'identité de genre, introduite par la loi n° 2022 92, est donc venue compléter la liste des discriminations possibles passibles de sanctions dans différents codes. Par exemple, selon l'article 432-7 CP : « *La discrimination définie aux articles 225-1 et 225-1-1, commise à l'égard d'une personne physique ou morale par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elle consiste : 1° A refuser le bénéfice d'un droit accordé par la loi ; 2° A entraver l'exercice normal d'une activité économique quelconque ».*

4.7.2 Les ambiguïtés rédactionnelles de la loi et des conséquences mal maîtrisées

Si le but avéré de ce texte est de proscrire toute « rééducation » d'une personne qui ne se reconnaît pas comme « hétérosexuelle », en conformité avec les exigences du principe de légalité, il n'en demeure pas moins que le texte aurait dû viser explicitement toutes les thérapies de conversion, quelles qu'elles soient. Il en résulte des dispositions dont la rédaction pourrait se retourner contre des personnes dont les enfants ou jeunes patients qui s'interrogent, sans réellement se sentir et sans vouloir, de leur propre chef et en toute connaissance de cause,

changer de genre, voire de sexe avec à terme une lourde chirurgie irréversible entraînant parfois des traitements à vie.

4.7.2.1 Une interprétation objective difficile

4.7.2.1.1 Concernant les médecins

L'article 3 de la loi du 31 janvier 2022 ajoute un article L. 4163-11 dans le code de la santé publique qui dispose, en visant les médecins :

*« Le fait de donner des consultations ou de prescrire des traitements en prétendant pouvoir **modifier** ou **réprimer** l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, vraie ou supposée, d'une personne est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. »*

Cette loi entend protéger les enfants des brimades ou rééducations comme nos pays ont pu en connaître jusqu'à l'aube du XXI^{ème} siècle. Bien que légalisée, l'homosexualité, ou même avant la fluidité du genre déjà évoquée par Simone de Beauvoir qui ne se cachait pas d'être bisexuelle, était mal perçue par une partie de la population, ce type de comportement heurtant la morale de certains.

Dans ce dessein, la loi condamne la commission du délit institué par l'article L4163-11 du CSP jusqu'à l'interdiction d'exercer la profession de médecin pour une durée maximale de dix ans. Le délit est assorti de circonstances aggravantes lorsque la pratique médicale est perpétrée au préjudice d'un mineur ou d'une personne vulnérable.

La loi du 31 janvier 2022 est si courte et si complexe dans sa rédaction qu'elle laisse planer plusieurs incertitudes. C'est sans doute ce dispositif légal, à la rédaction sibylline, qui a conduit l'académie de médecine à se prononcer par application du principe constitutionnel de précaution, et ce, dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Dans un article du 11 février 2022 paru dans la *Revue Dalloz Actualité*, la Professeure de droit Pénal à l'Université de Nanterre, Audrey Darsonville considère que pour un médecin, *« Faire usage de ses compétences médicales pour prétendre pouvoir influencer sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne est interdit mais échanger et exposer à un patient le parcours médical afférent à un changement de sexe est licite »*.

La loi permet aussi de punir de deux ans de prison et de 30 000 euros d'amende les médecins qui prétendent soigner l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne. Ces médecins risqueront également une interdiction d'exercer jusqu'à dix ans.

Sur ce dernier point, les sénateurs ont voulu préciser que ne devrait pas être punissable le professionnel de santé qui invite son patient à la prudence et à la réflexion avant de s'engager dans un parcours de transition. C'est pourquoi l'article 4163-11 al.2 du CSP dispose :«

L'infraction prévue au premier alinéa n'est pas constituée lorsque le professionnel de santé invite seulement à la réflexion et à la prudence, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe ».

4.7.2.1.2 Concernant les parents des mineurs

Quant à l'article 1 de la loi qui a introduit cet article 225-4-13 CP, il pose le même principe, à l'égard des parents que l'article 4163-11 al. 2 CSP à l'égard des médecins en affirmant que : *« L'infraction prévue au premier alinéa n'est pas constituée lorsque les propos répétés invitent seulement à la prudence et à la réflexion, eu égard notamment à son jeune âge, la personne qui s'interroge sur son identité de genre et qui envisage un parcours médical tendant au changement de sexe ».* En d'autres termes, le dialogue et le questionnement ouverts seraient autorisés, tant qu'ils ne se transforment pas par des actions ou menaces répétées pour convaincre la personne de changer ses orientations de genre et/ ou sexuelles.

S'agit-il d'une disposition interprétative de la loi elle-même ?

C'est ce que tend à démontrer la Professeure Darsonville, considérant qu'il s'agit là d'une alerte que le législateur a voulu destiner aux juges *« afin de les sensibiliser à la différence à opérer entre des propos illicites car de nature à entraîner une atteinte à la victime et des propos bienveillants destinés uniquement à inciter le destinataire à la prudence et la réflexion.*

Cette disposition ne vise que les « propos répétés » et non les pratiques et comportements qui paraissent ne jamais pouvoir être licites puisqu'ils ne pourraient pas être perpétrés dans un contexte bienveillant. La loi protège donc les thérapies qui auraient pour objet « l'accompagnement d'une personne dans son questionnement quant à son orientation sexuelle ou son identité de genre.

Toutefois, une telle précision n'est pas nécessaire dès lors que les propos incriminés sont ceux qui altèrent la santé physique ou mentale du destinataire et donc qu'un dialogue ou une thérapie d'accompagnement ne remplissent pas cette condition d'une atteinte à la personne. »

4.7.2.1.3 La position mesurée de l'académie de médecine

Sur le plan médical, et moins d'un mois après l'adoption de la loi du 31 janvier 2022, et après un amendement³⁵⁹, finalement non voté visant à protéger de toute chirurgie invasive les personnes intersexuées, l'Académie de médecine a appelé dès le 25 février 2022, donc bien avant une affaire qui a bien agité les esprits fin 2022 au sein de la DILCRAH³⁶⁰, à une *« grande prudence médicale chez l'enfant et l'adolescent, compte tenu de la vulnérabilité, en particulier psychologiques, de cette population et des nombreux effets indésirables, voire des*

³⁵⁹ Le 11 février 2022 l'Assemblée Nationale a supprimé, l'amendement LERM porté par le député Raphaël GERARD visant à lutter contre les mutilations subies par les enfants intersexes, ces enfants nés avec des caractéristiques sexuelles ne correspondant pas aux classiques de la masculinité et de la féminité.

³⁶⁰ La Dilcrah, délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti -LGBT, placée sous la tutelle du gouvernement . Voir article Le Point 2 février 2023.

complications graves, que peuvent provoquer certaines thérapeutiques disponibles. A cet égard, il est important de rappeler la décision récente (mai 2021) de l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm d'interdire désormais l'usage des bloqueurs d'hormones ». Quant aux traitements chirurgicaux, notamment la mastectomie autorisée en France dès l'âge de 14 ans, et ceux portant sur l'appareil génital externe (vulve, pénis) il faut souligner leur caractère irréversible.

Aussi, face à une demande de soins pour ce motif, est-il essentiel d'assurer, dans un premier temps, un accompagnement médical et psychologique de ces enfants ou adolescents, mais aussi de leurs parents, d'autant qu'il n'existe aucun test permettant de distinguer une dysphorie de genre « structurelle » d'une dysphorie transitoire de l'adolescence. De plus, le risque de surestimation diagnostique est réel, comme en atteste le nombre croissant de jeunes adultes transgenres souhaitant « détransitionner ». Il convient donc de prolonger autant que faire se peut la phase de prise en charge psychologique »³⁶¹.

4.7.3 Revenir aux intentions protectrices premières du législateur

4.7.3.1 Les enjeux : Ne pas substituer aux souffrances des mineurs d'autres souffrances

Le code civil refuse aux mineurs le changement de sexe, le législateur tenant compte de l'immaturation liée à leur âge qui ne leur permet pas de prendre en toute connaissance de cause et donc avec le discernement nécessaire des décisions susceptibles d'impacter toute leur vie. Or, si les adultes comme les parents et médecins accèdent aux demandes plus ou moins raisonnables des jeunes de s'engager dans un changement de sexe de fait, en mettant en œuvre la transition sociale et/ou médicale qu'ils réclament alors qu'ils n'ont pas la capacité de mesurer la portée de leurs actes, comme cela a été précédemment démontré, on les prive de cette protection établie par le régime de la minorité et en violation de l'intérêt supérieur des enfants qu'ils sont.

La loi de 2022 est sibylline car le questionnement ne doit pas être provoqué par l'adulte qui se rendrait alors coupable de transphobie si ce questionnement pouvait apparaître aux yeux du mineurs comme orienté. Or vouloir sanctionner un questionnement, même insistant mais ouvert pour amener le jeune à réfléchir est non seulement sain mais le condamner aboutirait alors à condamner ce qui l'encourage dans un sens ou un autre. Convaincre une mineure de 14 ans d'attendre sa majorité pour réaliser sa mastectomie, avec en attendant un suivi psychologique et ou un accompagnement de soutien médical au cas où le mal être de la jeune fille cacherait une autre pathologie à diagnostiquer et à soigner ne devrait pas être incriminable. En revanche, encourager un jeune à couper les ponts avec sa famille et l'entraîner dans un groupe soutien pour l'inciter à réaliser sa transition complète devrait être considéré aussi comme une thérapie de conversion avec des méthodes toutes aussi sectaires. On voit que faire la part des choses est finalement très difficile pour le juriste et que les juges pourraient être amenés à condamner des

³⁶¹ Communiqué de l'Académie de médecine publié sur son site le 25 février 2022 : « La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents » Cf. : Annexe 13.

parents ou des médecins qui recommandent la prudence, et pas de chirurgie avant au moins la majorité de l'enfant, comme le préconise l'académie de médecine.

4.7.3.2 *Des influenceurs passibles de sanctions pénales ?*

Si la « Thérapie de conversion » est une expression générique désignant des pratiques de natures très diverses, qui se fondent toutes sur la croyance selon laquelle l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne peuvent et devraient être changées. Il semblerait que des personnes « trans » tentent, à travers les réseaux sociaux, de convaincre des personnes en questionnement et plus particulièrement des mineurs en pleine crise identitaire due, bien souvent, aux multiples transformations du corps et de l'esprit à cet âge, relèvent aussi de cette définition légale.

Les pratiques que la loi est enfin venue condamner visent à transformer (ou le prétendent) une personne gay, lesbienne ou bisexuelle en une personne hétérosexuelle, et une personne trans ou de genre variant en une personne *cisgenre*. Force est de constater que certaines communautés *pro ou transgenre* poussent des jeunes en mal être à se convaincre qu'ils ne sont pas dans le bon sexe, le bon corps et ou le bon genre. Ces influenceurs et influenceuses³⁶², à travers des blogs et des réseaux sociaux, tendent à isoler le jeune de ses proches qui s'interrogent avec lui, pour le diriger le plus rapidement possible vers une communauté de soutien avec des praticiens pro-trans genre et aptes à l'aider dans sa transition le plus rapidement possible. De tels comportement devraient aussi être considérés comme des pratiques de conversion de *cisgenre* à *transgenre*. La loi n'est pas sens unique.

Les réseaux sociaux ne sont pas que des plateformes de partage de contenus en ligne entre amis, réels ou non, mais de véritables lieux numériques d'influence et de commerce.

L'activité des influenceurs et des influenceuses est la production de contenus numériques, présentés généralement comme des avis indépendants ou des témoignages d'expériences personnelles. Si certains de ces contenus sont le résultat d'une activité désintéressée, dans bien d'autres, ils sont le résultat d'une activité plus ou moins commerciale déguisée. En conséquence, le statut de l'influenceur/influenceuse peut varier entre consommateur, professionnel, simple internaute, conduisant à l'application de règles différentes selon son statut.

Dans un arrêt du 10 février 2021, la Cour d'appel de Paris a **défini l'influenceur comme « une personne active sur les réseaux sociaux, qui par son statut, sa position ou son exposition**

³⁶² « L'influenceur et le droit : un cadre légal éclaté qui leur impose des responsabilités variées » par Marie Malaurie-Vignal, professeur à l'Université de Paris Saclay (Versailles-Saint-Quentin en Yvelines). Contributeur pour le Club des juristes, article publié sur le site de Mydigitalweek le 27 Novembre 2022. A cet égard, il est regrettable que la Proposition de loi n° 456, déposée sur le bureau de l'AN le 15 novembre 2022 et portée notamment par le député écologiste Aurélien Taché, « visant à encadrer les pratiques commerciales et publicitaires liées au marché de l'influence sur internet » ne cible que le statut et l'encadrement légal de l'activité des influenceurs soit lié à un contrat commercial et ou salarié. Il conviendrait que le gouvernement propose un projet de loi plus ambitieux comme semblait l'appeler de ses vœux le ministre de l'économie et des finances.

médiatique est capable d’être un relais d’opinion influençant les habitudes de consommation dans un but marketing »³⁶³. Selon l’article 20 de la loi n° 2004-575 du 21/06/2004 pour la confiance dans l’économie numérique et transposant la directive européenne 2005/29/CE sur le commerce électronique incluant les pratiques commerciales déloyales, **les influenceurs doivent préciser que leur communication découle d’un partenariat avec une marque ou un professionnel et qu’ils sont rémunérés pour faire la promotion des produits qu’ils présentent**. Il est rappelé sur le site du Centre Européen des Consommateurs France que : « *Les influenceurs en France ne doivent pas porter atteinte à la dignité humaine : ne pas heurter la sensibilité de leur public, ne pas dévaloriser une autre personne en fonction de critères physiques, radicaux ou religieux, ne pas banaliser la violence, etc. Si le contenu promu est à destination des enfants ou adolescents mineurs, ils doivent être informés que l’autorisation des parents sera nécessaire. Les influenceurs ne doivent pas non plus commettre d’actes de concurrence déloyale c’est-à-dire dénigrer les produits ou services d’une marque concurrente ou d’un autre influenceur* ».

Quant à l’Autorité de Régulation Professionnelle de la Publicité (ARPP), elle définit l’influenceur comme « *un individu exprimant un point de vue, ou donnant des conseils, dans un domaine spécifique et selon un style ou un traitement qui lui sont propres et que son audience identifie* »³⁶⁴.

Selon une enquête de la DGCRF sur les pratiques commerciales des influenceurs, publiée sur son site le 23 janvier 2023, « *sur la soixantaine d’influenceurs qu’elle a ciblés depuis 2021, 6 sur 10 ne respectaient pas la réglementation sur la publicité et les droits des consommateurs. Elle a ainsi engagé plusieurs procédures pour rappeler à l’ordre voire sanctionner les fautifs.*» Alors que dire des influenceurs et influenceuses qui ne sont pas soumis à la loi de 2004 ni au code de déontologie de la CCI³⁶⁵?

En tout état de cause, rémunéré ou pas, l’influenceur est responsable du contenu qu’il met sur les réseaux sociaux. En conséquence, puisqu’il est titulaire de comptes sur ces plateformes, il est considéré comme un « *utilisateur d’un service de partage de contenus en ligne* ». Il est alors considéré comme **directeur de la publication** au sens de la loi du 29 juillet 1982 sur la communication audiovisuelle et considéré comme éditeur de contenus au sens de la loi de confiance dans l’économie numérique du 24 juin 2004. Il peut être obtenu le retrait des contenus

³⁶³ CA Paris, pôle 5 chambre 15, 10 février 2021, n°19/17548.

³⁶⁴ Document ARPP de 2017 sur la communication publicitaire digitale. De plus le Code des pratiques loyales en matière de publicité de la Chambre de Commerce Internationale contient des dispositions générales, reconnues par l’ensemble des professionnels. Certaines, depuis l’origine, s’appliquent directement à la publicité qui s’adresse aux enfants. C’est ainsi que : « La communication commerciale ne doit pas exploiter l’inexpérience ou la crédulité [des enfants ou des adolescents] » (article 18 du code CCI). « La communication commerciale ne doit comporter aucune déclaration ou aucun traitement visuel qui risquerait de causer aux enfants ou aux adolescents un dommage sur le plan mental, moral ou physique » (article 18 du code CCI). Le respect de ces principes doit s’apprécier selon la sensibilité du corps social à un moment donné et selon celle du public exposé à la publicité.

³⁶⁵ D’après le professeur Marie Maleurie précitée « l’influenceur pourrait être poursuivi s’il diffame une personne ou l’injure (loi du 29 juillet 1881) ou s’il tient des propos racistes ou fait du cyber harcèlement, ou encore ou s’il contrevient à une disposition spécifique (comme par exemple la loi Evin sur la publicité des alcools ou la réglementation relative à la publicité sur les produits financiers). La responsabilité de l’influenceur pourrait également être engagée sur des fondements spécifiques au droit de la communication audiovisuelle.»

litigieux par voie judiciaire ou extrajudiciaire, en les signalant et en dialoguant avec les réseaux sociaux concernés selon les procédures mises en place par le *Digital Services Act*.³⁶⁶

Par ailleurs, une proposition de loi n° 456, déposée le 15 novembre 2022 sur le bureau de l'Assemblée nationale, et portée par le député écologiste Aurélien Taché, vise « à encadrer les pratiques commerciales et publicitaires liées au marché de l'influence sur internet »³⁶⁷.

Il faut souligner qu'il existe aussi une réglementation spécifique des influenceurs et des influenceuses pour le secteur de la santé ou encore lorsqu'il s'agit d'enfants influenceurs.

4.7.3.2.1 Concernant le domaine de la santé

La loi n° 2019-774 du 24 Juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a élargi le dispositif de transparence notamment aux influenceurs en ajoutant un 7-bis au I de l'article L.1453-1 qui prévoit que « *les entreprises produisant ou commercialisant des médicaments et autres produits médicaux figurant dans une liste ou assurant des prestations associées à ces produits doivent rendre publics, sur un site internet public unique, l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des conventions qu'elles concluent* », non seulement avec les personnes énuméré du 1° au 9° mais aussi (7°bis) avec : *"Les personnes qui, dans les médias ou sur les réseaux sociaux, présentent un ou plusieurs produits de santé, de manière à influencer le public* ». La loi de 2019 est complétée sur ce point par le décret n° 2019-1530 du 30 décembre 2019 relatif à la transparence des liens d'intérêts entre les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé à usage humain et les personnes mentionnées au 7bis du I de l'article L. 1453-1 du code de la santé publique. Ce dispositif DMOS³⁶⁸ vise donc à réglementer les avantages accordés par les industriels du secteur pharmaceutique/santé aux professionnels de santé.

Il faut néanmoins savoir que, nonobstant ce dispositif DMOS, il existe en parallèle un marketing d'influence non interdit qui offre beaucoup d'avantages par rapport aux pratiques traditionnelles. En effet, un(e) influenceur(ceuse) santé, qui ne vente pas les mérites d'un produit spécifique, influence les comportements grâce à son statut, à sa manière de penser ou à son exposition médiatique. Il ou elle est capable de générer un véritable « buzz » autour d'un événement auprès de sa communauté. Il ou elle amplifie considérablement les messages y compris de pseudo message de prévention sur les réseaux sociaux.

³⁶⁶ Le règlement Digital Services Act (DSA) signé par le Conseil et le Parlement européen le 19 octobre 2022 vise à faire diminuer la diffusion de contenus illégaux et à instaurer plus de transparence entre les plateformes en ligne et leurs utilisateurs. Il doit être applicable au 1er janvier 2023 et au plus tard le 1er janvier 2024.

³⁶⁷ « L'influenceur et le droit : un cadre légal éclaté qui impose des responsabilités » par Marie Malaurie, Professeure à l'Université de Paris Saclay (Versailles-Saint Quentin en Yvelines) contributeur pour le Club des juristes, article publié sur le site de Mydigitalweek - le 27 Novembre 2022.

³⁶⁸ Décret n° 2020-730 du 15 juin 2020 relatif aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé. Il a été pris pour l'application de l'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou prestations de santé, elle-même ratifiée par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite loi DEMOS ou encore anti cadeau.

Les marketeurs(les) dans le domaine de la santé utilisent les influenceurs(ceuses) comme levier avec une approche axée sur les clients. Or, ces derniers ne sont liés directement ni à des laboratoires, ni à des établissements de santé. Ils sont donc hors du champ du dispositif DMOS, arrivant en seconde ligne non explicitement visé par la réglementation. Désormais, le monde médical et pharmaceutique n'utilise plus seulement les relations-presse mais aussi des influenceurs(ceuses) santé, comme des patients qui connaissent bien leur sujet et qui sont des relais d'opinion très efficaces.

Si une difficulté venait à surgir à propos de ces influenceurs(ceuses) non professionnel(le)s, les juges feraient nécessairement une différence entre les influenceurs(ceuses) rémunéré(e)s et ceux/celles qui ne le sont pas, se heurtant peut-être alors à un problème de preuve du contrat entre le marketeur(teuse) et l'influenceur(ceuse). Cela ne sera pas sans conséquence dans le cas d'un influenceur/ (ceuse) transgenre par exemple. Car inciter des personnes, et surtout des mineurs, à franchir le cap de la transition (jusqu'à son terme) dans son étape médicamenteuse, voire chirurgicale plus tard, n'est pas sans impact économique.

On ne peut nier les enjeux et les sommes en jeu de ce secteur d'activité tant au plan pharmaceutique (avec les hormones etc.) que médical, avec les prescriptions souvent hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et d'éventuelles chirurgies invasives³⁶⁹. Il est important de savoir que ces médicaments, prescrits hors AMM chez les enfants mineurs, ne répondent pas à la législation de la réglementation européenne (ne bénéficiant d'aucune Accès Précoce et Compassionnel (APC qui a remplacé les ATU)³⁷⁰ à destination des enfants de 17 ans et moins). Certains professionnels demandent, à juste titre, que les jeunes patients, ayant reçu ces traitements prescrits hors AMM, ou par AMM détournée, ce qui revient au même sur le plan légal, bénéficient d'une création de dossier avec un suivi sur plus de 10 ans, ce qui n'est pas aujourd'hui le cas. Certes, la prescription hors AMM est prévue par le code de la santé publique (article L.5121-12-1 CSP) mais doit demeurer exceptionnelle. Quant aux APC, ils sont accordés par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (ANSM) si, et seulement si, l'Intérêt du patient le recommande. Concernant ces produits hormonaux, on n'a pas de recul sur les effets secondaires à long terme c'est à dire sur des enfants devenus adolescents puis adultes. Aucune étude sur 10 et a fortiori 15 ans n'a jamais été effectuée semble-t-il. Il faut savoir que dans cette situation, les obligations d'information -à l'égard du patient ou de son représentant légal pour les mineurs ou majeurs incapables- qui pèsent sur le médecin sont renforcées en cas de prescription hors AMM puisqu'il **doit** porter la mention « Hors AMM » sur l'ordonnance (articles L.5121-12-1 CSP, L.162-4 et L.162-1-7 CSS) et tracer dans le dossier de son patient les raisons pour lesquelles il a choisi d'avoir recours à une prescription hors AMM (article L.5121-12-1 CSP et *cf. : infra Partie II*).

³⁶⁹ Le marché des chirurgies de « réassignation » est estimé à 1,5 milliard de dollars en 2026 selon une étude, selon Olivia Sarton, juriste de formation et directrice scientifique de l'AJE depuis 2019., avec des moyens détaillés pour le faire croître encore.

³⁷⁰ Depuis le 1er juillet 2021, le régime des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) a été remplacé par celui de l'Accès Précoce et Compassionnel (APC).

4.7.3.2.2 Concernant les mineurs

La loi n° 2020-1266 du 19 octobre 2020, complétée par un décret n°2022-727 du 28 avril 2022, encadre l'exploitation de l'image d'enfants de moins de 16 ans sur les plateformes de diffusion en ligne³⁷¹. Les enfants « influenceurs/ influenceuses professionnel(le)s », bénéficient désormais des règles protectrices du code du travail avec l'extension du régime des enfants mannequins, du spectacle et de la publicité. **La loi, toujours protectrice des mineurs**, instaure aussi un droit à l'oubli : l'influenceur/influenceuse min(e) peut adresser une demande aux plateformes en ligne pour retirer le contenu en question et celles-ci sont dans l'obligation de le faire.

Mais une fois de plus, il s'agit d'activité réglementée et donc encadrée dans un but commercial défini. Il n'y a pas de règle sur l'influence de comportement relatif au genre. On peut se demander, avec la journaliste Nora Bussigny « *Quel impact les influenceurs transgenres ont sur leurs abonnés, devenus pour certains des fans inconditionnels* » ?³⁷².

Ces influenceurs, et surtout les influenceuses, semblent rencontrer beaucoup de succès auprès des jeunes, fascinés parce qu'ils appellent leur « transformation ». « Transition, pas transformation », reprend patiemment Diana, qui n'hésite jamais à faire ce qu'elle appelle « de la pédagogie » à ses abonnés sur ce qui peut être « transphobe » selon elle. Car voilà, le questionnement n'est pas autorisé sur ces lieux d'échange numérique à discours unique. Tout questionnement ou prudence sur les étapes et les vitesses de transition vient forcément d'une influence transphobe pour ces influenceurs/influenceuses finalement tout aussi intransigeant(es) que les personnes qui ont pratiqué les thérapies de conversion bannies et punies enfin par la loi de 2022. Pour sa part, [@dianatomix](#), est suivie par plus de 700 000 personnes (appelés followers) sur TikTok et dont les comptes numériques fans admirent son apparence. Idem pour une autre influenceuse, Jade, qui a environ 350 000 followers.

Cela pousse évidemment le juriste, sans parti pris, à se demander si ces apologies à la transition ne sont pas tout aussi condamnables que ce qu'on a appelé les thérapies de conversion par isolement, « rééducation hétérosexuelle » (qu'on remplacerait par « éducation transgenre ») et répétition de propos non pas cette fois homophobes mais « archi pro-trans » voire quasiment sectaires pour orienter, convaincre de la nécessité d'une transition, sans possibilité de questionnement ou de recul nécessaire pour prendre une telle décision surtout pour les mineurs. Dès lors que les moyens employés sont

³⁷¹ Cette loi de 2019 crée un vrai statut juridique du mineur influenceur sous contrat de travail en responsabilisant d'avantage les sociétés recourant aux services de l'enfant influenceur. Elle définit aussi la responsabilité des parents qui voient leur responsabilité accroître en cas d'exposition de leurs enfants sur les réseaux. De nouvelles dispositions légales considèrent le ou les parents comme l'employeur de l'enfant et l'intermédiaire direct entre l'influenceur mineur et les sociétés le démarchant. Les parents doivent demander une autorisation individuelle ou un agrément auprès de l'administration. A défaut, l'administration peut saisir le juge des référés et le représentant légal s'expose à une peine d'emprisonnement de 5 ans ainsi qu'au paiement d'une amende de 75 000€. La loi incite aussi les plateformes de partage de vidéos à adopter des chartes éthiques.

³⁷² Ces influenceurs transgenres qui fascinent les jeunes. CHRONIQUE. La transidentité, un phénomène en vogue sur les réseaux sociaux (TikTok, Instagram...), bouscule les curieux et un certain nombre d'idées reçues. », par Nora Bussigny, publié sur lepoint.fr le 23/07/2022 à 08h10 - Modifié le 26/07/2022 à 16h42. Précité.

identiques aux faits visés, ceux-ci sont, à n'en pas douter, passibles des mêmes sanctions pénales édictées par la loi du 31 janvier 2022.

Le discours d'une certaine Paloma, rapporté par la journaliste, pourrait être, à première lecture, une aide aux mineurs qui se questionnent mais en fait non : c'est une apologie à se mutiler et à renverser les oppositions voire les interdits protecteurs du droit. D'autres influenceurs ou influenceuses en donnant en mode privé le mode d'emploi au suicide. On peut en effet lire sous sa plume : « *Pour Paloma, qui estime qu'il existe en réalité autant de transidentités que de personnes trans, sa volonté de se lancer à son tour sur les réseaux sociaux repose sur une forme de reconnaissance : « Quand j'avais 13 ans, je me suis dit que plus tard, quand je ferai ma transition, j'en parlerai, car on m'a beaucoup aidée sur les réseaux sociaux, donc ce serait à mon tour de rendre la pareille. » Catégorique, Paloma estime d'ailleurs que les influenceurs transgenres sont « d'utilité publique », car beaucoup d'autres influenceurs ne profitent pas assez de leur visibilité pour s'engager sur des causes d'inclusivité.»*

Ces influences et influenceuses sont passibles de la loi de 2022 et notamment de l'article 227-24-1 du code pénal.

Il faut cependant reconnaître qu'il y a des influenceurs, qui restent lucides et dans leur désir d'aider autrui, aident des jeunes sur leur questionnement sans les mettre nécessairement sur les rails à destination de la transition pour affirmer, ou pas, leur possible transidentité. Tel est le cas de Louise (MtoF), qui, très sollicitée en messages privés, explique : « *J'essaye de répondre dans la mesure du possible, ce n'est pas à moi de poser un diagnostic, mais à des spécialistes. Je ne suis pas psychiatre, je peux juste parler de mon vécu, mais j'aiguille très rapidement mes abonnés à prendre rendez-vous, car il y a toujours des risques de détransition* ». Cette influenceuse a bien conscience de la nécessité d'un diagnostic par un professionnel de la médecine et du risque à vouloir prendre tout mal être et/ou le fait de ne pas aimer son corps comme un problème non pas identitaire mais dû à une autre cause à diagnostiquer pour la prendre en charge de façon appropriée.

4.7.4 Champ d'application de la loi et ses conséquences face à d'autres principes concurrents

Un constat : le nombre de personnes se revendiquant « LGBTQI2S+ » est en hausse constante. A priori, l'immense majorité des personnes majeures ayant réalisé leur transition « transsexuelle » à l'âge mûre, c'est à dire après 25 ans, semblent heureuses de leur condition. Cela n'a rien d'étonnant puisqu'elles l'ont effectué en toute connaissance de cause, après réflexion et avoir échangé avec des personnes ayant déjà sauté le pas avec le recul nécessaire. Bref, leur consentement à une telle transition demandée était volontaire et éclairé pour ce qui

concerne notamment l'étape de la chirurgie. Comme dans le film « *Un homme heureux* ³⁷³ », c'est souvent après la cinquantaine et avoir élevé des enfants que des hommes et des femmes réalisent leur projet de changer de sexe, ou seulement de genre.

Qu'en est-il des mineurs devenus adultes ? Certains souhaitent « détransitionner » même si ce n'est pas la majorité. Mais quand les dommages sont irréversibles, quels sont les responsabilités qui peuvent être recherchées et sur quel fondement ?

4.7.4.1 *Responsabilité des parents au regard du droit positif*

Que doivent faire des parents d'un(e) mineur(e) adolescent(e) et a fortiori pré-adolescente(e) qui demande à changer de genre ?

4.7.4.1.1 Le refus parental comme son acceptation peuvent être pénalement sanctionnés selon les cas

Le refus de protection légitime des parents à une transition médicamenteuse et / ou chirurgicales.

Si les parents essaient de dissuader leur enfant de changer de genre, même par un dialogue ouvert et constructif, ils encourent les sanctions de la loi de 2022 si des témoins par exemple les ont entendu réitérer leur refus quant à accompagner leur enfant vers une transition que ce dernier souhaite et demande de manière incessante. Est-il besoin de rappeler que les sanctions sont d'autant plus sévères lorsque « ... *des comportements ou des propos répétés visant à modifier... l'identité de genre, vraie ou supposée, d'une personne et ayant pour effet une altération de sa santé physique ou mentale* » sont commis sur une victime vulnérable (mineur ou victime particulièrement vulnérable pour une autre raison que la minorité), en présence d'un mineur, par un ascendant ou toute personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait. La peine est alors de 3 ans d'emprisonnement eu lieu de 2 et de 45 000 euros d'amende au lieu de 30 000.

Il est étonnant de parler d'altération physique dans ce texte, alors même qu'une hormonothérapie de transition, aux effets irréversibles comme une chirurgie de transition, peut être considérée, sur le plan légal, comme une mutilation sexuelle, et à ce titre passible de sanctions pénales³⁷⁴ pour leurs auteurs, c'est à dire ceux qui y ont consenti (les titulaires de l'autorité parentale) et ceux qui les ont en œuvre (les médecins : médecins traitant, endocrinologues, chirurgiens).

³⁷³ Film de Tristan Séguéla sortie en mars de 2023 dont le résumé est le suivant : Un maire conservateur d'une petite ville du Nord de la France est marié à une femme qui se sent homme depuis toujours. Lorsqu'elle annonce à son mari sa décision de sa transition de genre, cela a l'effet l'effet d'un séisme en pleine campagne pour les élections municipales...

³⁷⁴ C.f. : La CNCDH recommande au ministère de la Santé et au ministère de la Justice de publier une circulaire rappelant aux personnels de santé les sanctions pénales encourues en cas d'atteinte au corps humain sans nécessité thérapeutique - Rapport 2022, Reco N°18.

L'article 222-9 du code pénal (CP) réprime les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente et punit les auteurs de 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende.

L'article suivant N° 222-10 du CP prévoit une aggravation des peines : 20 ans d'emprisonnement si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans par une personne ayant autorité sur lui ou par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ; un emprisonnement de 30 ans sanctionne les mutilations ayant entraîné la mort sans intention de la donner (article 222-8 CP). Par conséquent, les médecins qui se rendraient complices d'un tel fait, avec l'accord des dépositaires de l'autorité parentale seraient passibles des mêmes peines que les titulaires de l'autorité parentale.

Les personnes influenceurs/influenceuses ou les médecins (psychiatre, pédopsychiatre, endocrinologue ...) qui, sans questionnement nécessaire, et a fortiori, sans réflexion ou information, inciteraient des jeunes à vouloir « transiter » avec comme objectif une hormonothérapie lourde et, le cas échéant, une chirurgie invasive qui pourraient les rendre stériles, impuissants, etc... à vie après leur opération, sont susceptibles d'encourir les sanctions des articles suivants :

- l'article 227-24-1 du code pénal punit de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende le fait d'inciter un ou une mineur(e) à subir une mutilation sexuelle par des offres, promesses ou en exerçant des pressions ou contraintes de toute nature ;
- **les mêmes peines s'appliquent au fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sur la personne d'un ou une mineur(e).**

Le refus d'une hormonothérapie de transition voire d'une chirurgie de transition à son enfant devrait pouvoir être opposée, à son enfant et/ou aux soignants le cas échéant, **en application du principe de précaution et du maintien en bonne santé d'un corps sain.** Comment poursuivre l'auteur de ce refus, surtout si celui-ci est temporaire, par prévention jusqu'à la majorité du mineur, de la part de parents bienveillants et sans vouloir s'opposer par principe à une future transition de l'enfant devenu adulte. Les poursuites ne devraient pas être déclenchées dès lors que les parents restent ouverts au dialogue et à une prise en charge de l'enfant pour un suivi médical afin de traiter son mal être après diagnostic des causes.

Les parents devraient pouvoir justifier aussi leur refus à une transition (lourde de conséquences sur le fondement de l'article L. 112-3 al. 1 du Code de l'action social et des famille (CASF) qui *vise à garantir notamment la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, et à préserver sa santé ... dans le respect de ses droits*, des parents pourraient donc refuser une telle transition de ce type. Ce qui sera examiné dans leur démarche, c'est la qualité de l'accompagnement et du soutien de leur enfant dans sa volonté, avec toujours un questionnement ouvert, tout en lui faisant prodiguer des soins ad hoc pour traiter ses souffrances dues à son mal être, notamment par un suivi psychologique, avec si besoin l'aide d'un

pédopsychiatre et d'autres médecins spécialistes. En revanche, les titulaires de l'autorité parentale qui ne procéderaient pas de la sorte, dans l'intérêt supérieur de l'enfant, pourraient être poursuivis sur le fondement de l'article 227-15 du Code pénal, qui punit les parents en cas de privation, et inclut le défaut de soins au mineur de 15 ans lorsqu'il est de nature à « (...) compromettre sa santé ».

A cet égard, il convient de souligner que les dispositions postérieures de la loi du 31 janvier 2022 n'ont pas amendé l'article R1112-35 du CSP dont la rédaction actuelle date de 2003. Cet article énonce : « *Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.*

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

*En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, **il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence** ».*

Donc, **sans accord du représentant légal, aucun acte chirurgical non vital n'est possible**. Il s'agit bien d'une disposition de protection du mineur dont les droits sont exercés par son représentant légal. Comment des parents qui s'opposeraient à la transition physiologique et physique de leur enfant, impliquant une intervention chirurgicale comme une mastectomie de leur fille (de 14 à 17 ans), pourraient-ils être poursuivis sur le fondement de la loi de 2022, dès lors qu'ils n'ont pas accompagné leur refus de comportements vexatoires, injurieux, inappropriés sinon violents à l'encontre de leur enfant ?

Le droit a bien une fonction protectrice des mineurs y compris contre eux-mêmes. Pour preuve l'article L1111-5 du CSP qui dispose dans l'intérêt de l'enfant :

« Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Dans ces conditions, comment admettre que des parents puissent accéder à la demande non mûrement réfléchi d'un enfant, trop jeune pour décider de changer de genre et à fortiori se faire opérer pour correspondre au sexe ressenti d'autant que ce désir se révèle souvent que temporaire ? (cf. : Annexe 24 **sur les témoignages Post transition**)

4.7.4.1.2 L'acceptation des transitions hormonale et chirurgicale des parents pour leur enfant mineur

Si le mineur souhaite une transition chirurgicale malgré tout et réussi à emporter l'accord de ses parents ou de son tuteur grâce au soutien d'influenceurs/ceuses, de son environnement scolaire, (parfois même avec un chantage au suicide soufflés par ces derniers), les médecins spécialisés dans la transidentité pourront accompagner l'enfant à chaque étape de sa transition qui peut aller, après des traitements hormonaux, de la chirurgie mammaire ou autre... jusqu'à terme au changement de sexe d'abord à l'art civil à 16 ans si le mineur est émancipé ou avec une opération chirurgicale et un traitement hormonal et autre à vie dès 18 ans.

Ces parents qui accèderont à la demande de transition insistante de leur enfant -avec l'accompagnement d'une équipe médicale dédiée et spécialisée dans la transition des mineurs- pourront être poursuivis plus tard par leur enfant qui, devenu majeur, voudra se « *détransitionner* » c'est à dire revenir dans on genre biologique d'origine. L'adulte pourrait reprocher à ses parents d'avoir accédé à sa demande d'enfant immature et donc trop jeune pour une telle sollicitation.

On l'a déjà vu, parfois le retour en arrière dans la situation antérieure à leur transition ne sera pas possible ou partiellement possible pour ces enfants transgenres, devenus adultes. Avec la maturité d'un adulte et le recul nécessaire, souffrant souvent des effets secondaires des traitements hormonaux, et psychiquement de leur stérilité et/ou leur impossibilité à procréer naturellement, ces enfants d'hier devenus un homme ou une femme majeure, dans le sexe opposé de leur naissance, regrettent infiniment leur nouvelle identité dans laquelle ils ne se reconnaissent finalement pas du tout. C'est alors que comprenant leur erreur, par manque d'information et surtout de maturité, et donc faute d'échange et de questionnement avec leurs parents et médecins etc, ils leur reprocheront d'avoir cédé à leur supplique, sans avoir cherché dans leur intérêt, à retarder le processus de transition pour voir s'ils auraient persévéré dans ce choix. Ils pourront alors poursuivre en justice leurs parents ou tuteur, titulaires de l'autorité parentale, en responsabilité, pour ne pas les avoir, ou ne pas avoir su les protéger contre eux-mêmes, leur entourage, influenceurs/(ceuses) LGBTI+ etc. Ils prouveront qu'à l'âge de 12 ans ils ne savaient pas en fait à quoi ils s'attendaient en optant pour des bloqueurs de puberté et qu'ils n'avaient pas le discernement nécessaire pour s'engager dans un processus de vie irrémédiable et irréversible après une transition chirurgicale comme la mastectomie pour les filles pratiquée dès leurs 14 ans.

4.7.4.2 Responsabilité des médecins au regard du droit positif

De leur côté, les médecins, qui auront accepté un peu trop vite l'accord des parents pour répondre au souhait de leurs enfants de changer de genre, pourront se voir poursuivre par des enfants transgenres devenus adultes et mécontents de leur sort, endurant trop de souffrances et avec une vie sexuelle « volée ». Ces patients fabriqués de toute pièce, alors qu'ils grandissaient dans un corps sain pour la plupart d'entre eux, ont été encouragés et accompagnés sur le seul « parcours de soins en vue d'une « transition » qui leur a été proposé malgré d'autres options possibles si on avait procédé, en toute sérénité, à un véritable diagnostic de leur souffrance.

Ces jeunes adultes, qui souhaitent et ne peuvent en fait détransitionner, pourront reprocher en justice aux endocrinologues, psychiatres, pédopsychiatres, établissements spécialisés de les avoir poussés à se transformer physiologiquement et même à se mutiler, en leur présentant une seule offre de soin : l'unique voie de la transition, comme la solution à tous leur maux et surtout à leur mal être, le désamour avec leur corps, souvent temporaire pour ceux qui ont pu échapper à cette seule option, alors que leur dysphorie du genre même sur un temps long est elle aussi souvent temporaire.

Là encore, comme les parents, les médecins sont pris en tenaille entre deux solutions : celle de questionner le jeune pour diagnostiquer l'origine de son mal être et soulager sa souffrance qu'il induit par un éventuel traitement approprié, mais avec le risque de se voir reprocher une obstruction à la transition souhaitée par le mineur. Ils encourent dans ce cas, outre une amende et une peine de prison, jusqu'à 10 ans d'interdiction d'exercer si les faits incriminés et sanctionnés notamment par l'article L. 4163-11 du CSP (introduit par la loi de 2022) sont prouvés. S'ils accèdent au désir de changement de genre du mineur, en appuyant même sa démarche auprès de ses parents, on a vu que les médecins pourraient être plus tard poursuivis pénalement et civilement par l'enfant devenu majeur qui se considérerait mutilé de manière irréversible.

Pour sa part, « ***La CNCDH recommande au ministère de la Santé et au ministère de la Justice de publier une circulaire rappelant aux personnels de santé les sanctions pénales encourues en cas d'atteinte au corps humain sans nécessité thérapeutique*** ». ³⁷⁵

Les médecins qui se retrouvent face à de telles demandes d'intervention sur un corps en parfaite santé, savent pourtant que l'hormonothérapie croisée (qui consiste à donner les hormones de l'autre sexe tout en inhibant les hormones naturelles), comme la chirurgie « du haut » et « du bas » ne sont pas sans risque. On ne le répétera jamais assez : sans constituer une équipe médicale, nécessairement spécialisée dans les transitions de genre, les enfants en souffrance doivent absolument être pris en charge. Ces médecins, au fait des pathologies dont peuvent être

³⁷⁵ CNCDH rapport 2022. Orientation sexuelle Recommandation 18 (page 230).

atteints les adolescents, sont souvent plus à même, par rapport aux centres spécialisée dans les transitions, de diagnostiquer leur mal qui n'est pas nécessairement une véritable dysphorie du genre, même lorsqu'il présente une incongruence du genre, depuis peu ou depuis la petite enfance.

Les traitements hormonaux et les bloqueurs de puberté ont des effets secondaires multiples comme l'explique le Dr Anne-Laure Boch³⁷⁶, neurochirurgien à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière : ostéoporose, risques cardio-vasculaires, dépression, stérilité etc. ainsi que le risque de développer des cancers hormono-induits. En fait, l'administration de bloqueurs de puberté dès l'âge de 10 ans, voire plus jeune, induit certains changements irréversibles chez le mineur en termes de maturation sexuelle, osseuse, cérébrale... et émotionnelle.

Avec ces bloqueurs³⁷⁷ de puberté, prescrits hors autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les mineurs (à l'exemption de ceux qui ont une puberté ultra précoce), les gamètes des jeunes MtoF ne pourront jamais arriver à maturité et les médecins ne pourront même pas prélever de spermatozoïdes chez les jeunes garçons voulant devenir fille. De même, pour les filles voulant devenir garçon, on ne pourra pas conserver leurs ovules en l'absence du fonctionnement d'ovaire. Ces bloqueurs de puberté libèrent une forme de l'hormone humaine gonadotrophine pour empêcher les testicules chez les garçons et les ovaires chez les femmes de produire les hormones sexuelles. Dans 95% à 98% des cas, la prise de bloqueurs de puberté se poursuivra par une chirurgie. **Comment un ou une enfant de 10 ans peut-il (ou elle) comprendre la gravité d'exclure toute possibilité de procréer et donc d'avoir un jour des enfants, une descendance ? De même, toute notion d'orgasme lui est totalement étranger alors qu'il est à peine à l'âge des premiers baisers amoureux.**

La plupart des spécialistes en médecine clinique pensent que la cascade naturelle d'hormones sexuelles déclenchées à la puberté peut résoudre la haine de jeunes pour leur corps et leur mal être d'adolescents, une fois les choses stabilisées naturellement. Mais, disent-ils, si la puberté est empêchée, cela ne peut se produire et le mal être risque au contraire de se prolonger. Là encore, les médecins qui dirigent directement les enfants sur les rails uniques de la transition pourraient être poursuivis en justice par le jeune patient devenu majeur. Quant aux parents, ils pourraient poursuivre le chirurgien (pour une mastectomie) s'ils n'ont pas consenti en toute connaissance de cause à la transition de leur enfant, du fait d'un dol, par exemple par omission d'informations essentielles quant à l'avenir de la vie d'adulte du patient ainsi opéré et pour toujours sous hormone plus ou moins nocives pour lui.

³⁷⁶ Intervention du Docteur Boch lors du colloque co-organisé par JPE « Questionnements de genre chez les enfants » pour éclairer parents et professionnels et dont les actes ont été en partie publiés le 14 décembre 2021 par Génétique magazine.

³⁷⁷ La triptoréline, la plus utilisée de ces substances, est homologuée pour traiter le cancer avancé de la prostate chez les hommes et l'endométriome chez les femmes, pour « castrer chimiquement » les délinquants sexuels masculins et, chez les enfants, pour mettre un terme aux rares cas de puberté précoce, mais elle ne l'est PAS pour traiter la dysphorie de genre des enfants.

Pourtant, force est de constater que le chiffre d'adolescents changeant de sexe explose puisqu'il a été multiplié par 10 en 7 ans, selon l'Assurance maladie.

L'approche « trans-affirmative » est aussi paradoxale de ce point de vue puisque ses tenants récuse l'idée de pathologie, alors que ces traitements sur un corps sain sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale, au titre d'une affection longue durée. Or toute affection de ce type résulte, pour sa prise en charge d'un diagnostic.

Faute de chiffre précis pour la France, on sait qu'au Royaume-Uni, le nombre de transitions a augmenté de 3 200 % en dix ans³⁷⁸ même s'il reste minime à l'aune de toute une génération.

Pour sa part, le Dr Lisa Littman, de l'université Brown (USA)³⁷⁹, a étudié ce qu'il convient d'appeler la « **dysphorie de genre à apparition rapide** » (rapid-onset gender dysphoria). D'après ses travaux, on l'observe surtout chez des groupes d'adolescentes, souvent amies et attirées par des jeunes de leur sexe, qui, après de longs moments passés sur des forums en ligne de « transitionneurs », se déclarent brusquement transgenre au début de la puberté. Pour avoir relaté ce constat, son article a été dénoncé comme étant intolérant et retiré du site web de son université.

De même des pédopsychiatres et psychanalystes comme le Dr Caroline Eliacheff et Céline Masson³⁸⁰ sont censurées, chahutées, voir injuriées et violentées, lors de leurs conférences sur ce sujet lorsqu'elles appellent à la prudence et réclament un moratoire pour les mineurs voulant une transition totale (sans nécessairement d'intervention chirurgicales) pour aboutir à un changement de sexe et d'état civil. Cet appel à la prudence pour les mineurs, eu égard à leur manque de maturité à tous points de vue, semble pourtant très sage. Il sera toujours temps pour ces enfants de procéder à leur changement d'état civil une fois majeure ou émancipé et d'enclencher à leur majorité cet éventuel processus irréversible, et irrémédiable en cas de chirurgie invasive, si telle est encore et toujours leur volonté.

Il est très surprenant de constater, en 2023, que des médecins³⁸¹ sont appelés devant le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins par l'association OUTRANS « pour de prétendus manquements à la déontologie, une soi-disant désinformation médicale et la promotion de pratiques charlatanes. Leur tort est que ces soignants attentifs aux jeunes et leurs souffrances avaient joint leur signature à de nombreuses personnalités qui dans une lettre ouverte publiée dans Le Figaro du 16 février 2023 : demandait à la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de

³⁷⁸ En Angleterre, la clinique Tavistock, l'établissement prenant en charge des enfants souffrant de dysphorie du genre va fermer ses portes, en raison de dysfonctionnement interne très graves. La décision a été rendue publique le 28 juillet 2022 par le NHS, le système de santé anglais. Elle traitait, au nord de Londres depuis plus de 30 ans des mineurs souffrant de dysphorie de genre, ou comme on dit aujourd'hui, d'incongruence de genre, la dissonance entre le sexe biologique et l'identité de genre ressenti – une inadéquation qui peut entraîner de la détresse, voire des souffrances psychiques profondes.

³⁷⁹ Travaux du Dr Littman cité par Abigail Shrier dans son livre « Dommages irréversibles - Comment le phénomène transgenre séduit les adolescentes » Ed. Le cherche midi- 2022.

³⁸⁰ C. Eliacheff et C. Masson « La fabrique de l'enfant transgenre » Editions de l'Observatoire, 2022 .

³⁸¹ Il s'agit à ce jour de : Pr René Frydman, Pr Didier Sicard, Dr Anne-Laure Boch, Dr Claire Squires, Dr Catherine Dolto, Dr Patrick Miller, Dr Christian Flavigny, Dr Manuel Maidenberg...

modifier un article de son site internet intitulé « *mon enfant est transgenre, comment bien l'accompagner* » en lui rappelant que :

« · L'espèce humaine est constituée de deux sexes mâle et femelle, et deux genres, le féminin et le masculin ;

· Les préconisations de l'Académie de médecine appelant à la prudence compte-tenu de la vulnérabilité notamment psychologique de l'enfant et de l'adolescent n'y apparaissent pas ;

· Les dangers que constituent les réseaux sociaux pour les enfants et les adolescents fragiles sont maintenant avérés par de nombreuses études et rapports. »

Compte tenu de la pertinence de ces recommandations la CAF a modifié son article publié le 25 janvier 2023 en ce sens³⁸².

Ce type d'appel à la prudence est plus que jamais à prendre en compte, comme vient le rappeler le cas de Keira Bell³⁸³ (ancienne FtM) très connu en Grande-Bretagne pour avoir eu un impact sur les autorités de santé et leurs protocoles en la matière. Devenue adulte et prenant conscience de ce qu'elle avait demandé et obtenu sans mise en garde, ou autre manifestation de prudence pour sa transition, elle a entrepris de poursuivre le Tavistock trust, la clinique où elle a été traitée pour sa transition de genre. Regrettant très fortement cette « transition » subie alors qu'elle n'était qu'adolescente, elle se dit maintenant « coincée entre deux sexes ». Elle considère qu'à cet âge-là (14 ans) elle n'était pas en mesure de consentir à l'administration de bloqueurs de puberté après seulement trois rendez-vous d'une heure chez le médecin, puis des injections de testostérone à partir de ses 17 ans et, enfin, une ablation des seins à 20 ans ». **Moins de dix ans plus tard, elle est infertile et va être prise toute sa vie pour un homme avec une grosse voix et une certaine pilosité.** Si Miss Keira Bell n'a pas gagné son procès et n'a donc pas obtenu les dommages et intérêts réclamés en réparation de son préjudice, ce procès, qui aura duré près de 10 ans, aura eu pour effet de considérablement remettre à plat les directives du système anglais sur ce sujet.

³⁸² Le passage modifié est le suivant : « **De plus, transition ne veut pas dire forcément intervention médicale ou chirurgicale.** La plupart des adolescents trans accompagnés s'arrêtent à une transition sociale (changement de genre et de prénom). Rares sont ceux qui entament une transition médicale (bloqueurs de puberté, hormones, ou chirurgies) », précise Maryse Rizza. A souligner que les changements médicaux ne sont bien entendu pas à prendre à la légère avec des impacts potentiellement lourds au-delà des changements sur l'appareil génital externe, nécessairement irréversible. « Aussi, face à une demande de soins pour ce motif, est-il essentiel d'assurer, dans un premier temps, un accompagnement médical et psychologique de ces enfants ou adolescents, mais aussi de leurs parents, d'autant qu'il n'existe aucun test permettant de distinguer une dysphorie de genre « structurelle » d'une dysphorie transitoire de l'adolescence. De plus, le risque de surestimation diagnostique est réel, comme en atteste le nombre croissant de jeunes adultes transgenres souhaitant « détransitionner ». Il convient donc de prolonger autant que faire se peut la phase de prise en charge psychologique » comme le recommande l'Académie nationale de médecine dans un communiqué « La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents ».

³⁸³ A la suite de cette affaire, même si le pourvoi de Mme Bell a été rejeté devant la Cour suprême, Le NHS a corrigé ses directives, ne prétendant plus que les bloqueurs de la puberté sont «réversibles». Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a publié deux revues de preuves en 2021 sur les traitements pour les enfants et les adolescents atteints de dysphorie de genre. Le rapport du NHC concluait :« Un modèle de service fondamentalement différent est nécessaire, plus conforme aux autres services pédiatriques, afin de fournir des soins opportuns et appropriés aux enfants et aux jeunes ayant besoin d'un soutien concernant leur identité de genre. Cela doit inclure un soutien pour toute autre présentation clinique qu'ils peuvent avoir. Il est essentiel que ces enfants et jeunes puissent accéder au même niveau de soutien psychologique et social que tout autre enfant ou jeune en détresse, dès leur première rencontre avec le NHS et à tous les niveaux du service.

4.8 CONCLUSION

L'autodétermination, surtout concernant un(e) enfant mineur(e) a ses limites, de même que l'artifice de l'état civil ressenti, validés par le droit. Car cette subjectivisation de l'état civil qui n'indique plus le sexe de la personne mais son ressenti sur le sujet, a des conséquences sociales, et sur autrui, puisque cette « autodétermination par déclaration unilatérale du sujet à l'état civil impose aux autres de renoncer à leur propre perception du réel au profit du ressenti dudit sujet. En tout état de cause, un individu né XY restera avec un génome XY, quelles que soient les opérations chirurgicales pratiquées pour changer de genre et de sexe et son état civil.

Nier le réel ou seulement l'ignorer ne le fait pas disparaître, ne le transforme pas. Nous pouvons conclure avec Aude Mirkovic, ancienne avocate qu' « *il faut donc le dire et redire, surtout aux jeunes : il n'est pas possible de changer de sexe. Il est possible de modifier l'apparence, le paraître, il est possible de changer la mention du sexe à l'état civil, mais il n'est pas possible pour un homme de devenir une femme et vice versa. On ne change pas les chromosomes. Les modifications de l'apparence sont suspendues pour certaines à la prise d'hormones à vie, et la reconstruction d'organes génitaux du sexe désiré est toujours limitée et ne permet pas d'acquérir des organes fonctionnels de l'autre sexe. Quand bien même la société entière vous considère comme un homme ou une femme, ce n'est pas cela qui fait de chacun de nous un homme ou une femme. (...) Un adulte peut sans doute faire la part des choses entre la réalité d'être un homme ou une femme et le ressenti de la personne **mais, pour un enfant en plein enjeu d'intégrer cette expérience des limites, de la différence entre le réel et le jeu, le rêve, le désir, ce qui s'appelle grandir, c'est destructeur car on le prive du socle stable sur lequel il devrait pouvoir s'appuyer pour grandir, quitte à se heurter parfois à ce socle et à le contester.** »³⁸⁴*

Si le droit doit évoluer avec la société, les fondements du système juridique français ne doivent pas pour autant être détruits surtout quand ils visent à protéger des mineurs sans expérience de la vie et dont le développement physique, mental et psychique n'est pas achevé. Certes, il faut continuer à accompagner les personnes, notamment mineures, qui sont diagnostiquées comme souffrant, depuis peu comme depuis toujours, d'une dysphorie du genre, jusqu'à leur changement de sexe physique à l'âge adulte si elle le souhaite. Il est utile de souligner que tous les jeunes, et en particulier les adolescents, mal dans leur corps, ne relèvent que très rarement de cette catégorie de patients. En outre, la transition par seul changement d'état civil est possible pour les mineurs émancipés et les majeurs.

Il convient de rappeler également que l'incongruence du genre, c'est à dire le ressenti d'appartenir au sexe opposé, n'entraîne pas systématiquement une grande souffrance qu'est la dysphorie. De plus, il faut aussi retenir que l'incongruence du genre et, à fortiori, la dysphorie

³⁸⁴ Aude Mirkovic 2023.

du genre peuvent être que temporaires dans la vie du mineur sur une plus ou moins longue période avant de disparaître définitivement. Certains mineurs vivent très fortement une congruence du genre, alors que la majorité qui pensent avoir ce ressenti ne l'ont pas mais en ont été convaincu par des fortes influences extérieures à la proche famille, une volonté de ressembler à un modèle, d'appartenance à un groupe etc.

La philosophie nous enseigne aussi qu'une éducation positive se heurte très vite au problème des limites³⁸⁵. Il ne faut pas se méprendre sur la liberté. Ce qui est souvent décrit comme une « violence éducative », en tant que contrainte, refus de certains comportements, et inversement imposition de manières d'être et de faire conformes à des normes, ou à une morale, est-il, par principe, et toujours, attentatoire à la liberté de celui-ci ?

A propos du piège de la liberté du vide qu'on veut combler, Hegel³⁸⁶ vient nous rappeler que la liberté ne se réduit pas au refus de tout contenu extérieur, jugé alors comme étant simplement « une restriction » inadmissible. Cette « liberté négative » n'est qu'une « liberté du vide », qui n'existe que dans la destruction de ce qui s'oppose à elle. Il ne faut pas laisser les enfants, en croyant les respecter, être emportés par une « furie de destruction », refusant « tout ordre social existant », et visant « l'anéantissement de toute organisation voulant se faire jour ».

4.9 RECOMMANDATIONS

Interdire toute opération chirurgicale vers une transition de genre aux mineurs de moins de 18 ans.

Ajouter à la loi du 31 janvier 2022 N° 2022-95 la précision suivante : le changement de sexe sur l'Etat civil n'est pas possible pour les mineurs non émancipés.

Recommander l'accompagnement des mineurs souffrant de dysphorie du genre jusqu'à leur majorité par une prise en charge médicale pluridisciplinaire, mais non spécialisée uniquement dans les transitions.

Il conviendrait que les associations agréés de l'article 2-6 du code de procédure pénale, auxquelles seront ouvert l'exercice des droits reconnus à la partie civile en cas d'infraction de thérapie de conversion, affichent obligatoirement sur leur site Internet et dans leurs brochures papiers les recommandations de l'académie de médecine et donc les mêmes précautions que celles qu'à introduit la Caisse d'allocations familiales sur son site en mars 2023

³⁸⁵ Débat organisé par Sciences Humaines, 2022.

³⁸⁶ Pour Hegel, la philosophie doit englober tout ce qui est, comprendre le réel dans sa totalité, penser l'histoire et les choses : « Saisir et comprendre ce qui est, telle est la tâche de la philosophie ».

révisant un article sur le sujet publié le 25 janvier 2023 intitulé : « mon enfant est transgenre, comment bien l'accompagner ».

5 Conclusion du rapport

Le transgenrisme est un sujet de société qui, malheureusement, fait davantage l'objet d'une cacophonie pleine de haine entre pro-transgenre et anti-transgenre au lieu de donner lieu à un débat serein surtout lorsqu'il est question particulièrement des mineurs.

Si parents, éducateurs, soignants, institutions, et pouvoirs publics, semblent tous garder à l'esprit que leurs actions relatives aux mineurs doivent être toujours réalisées dans l'intérêt supérieur de l'enfant, force est de constater que, dans les faits, on s'en éloigne de plus en plus. En 2023, la protection des mineurs est perçue à tort par certains, comme contraire au principe de l'autodétermination, allant jusqu'à nier les obligations de l'autorité parentale et à pousser des enfants à assouvir un rêve qui pour beaucoup se transformera en cauchemar.

Face à la problématique des mineurs trans, le monde médical doit garder le cap de l'éthique. Lorsque dans ce type de situation, les valeurs sociétales et humaines peuvent entrer en conflit avec ce qui est possible de faire médicalement et scientifiquement à la demande de présumés patients, le médecin doit se conformer non seulement aux lois et à ses règles de déontologie. Il doit en outre assurer le respect de la personne malade au regard de l'éthique médicale³⁸⁷. Cette notion appelle à réfléchir sur les valeurs autour d'un acte médical alors que la déontologie qui existe depuis Hippocrate prescrit des règles sanctionnables en cas de non-respect.

L'éthique médicale regroupe donc l'ensemble des règles de conduite des professionnels de santé par rapport aux patients: lois, déontologie, morale, sciences. A cet égard, les instances qui sont des lieux de réflexion éthique au plan national ou régional, comme les comités d'éthique attachés à des établissements de santé et/ou des établissements médico-sociaux doivent rester fidèles à ces principes sans être influencés par tel ou tel.

Certes la société évolue, tout comme la science et le droit. Pour autant, il n'y a pas lieu de détruire un système juridique sur lequel est construit le vivre ensemble de toute une société au nom d'intérêt mercantile sacrifiant qui plus est les jeunes qui sont par définition l'avenir de notre pays. Tout un chacun est libre de ses choix éclairés et librement consentis avec un âge de

³⁸⁷ Le Professeur Régis Aubry, Président de la Plateforme nationale de recherche sur la fin de vie et membre du Comité Consultatif National d'Éthique rappelle que l'éthique médicale est fondée autour de 4 grands principes : (1) L'autonomie : le respect de la personne, de son autonomie, de sa capacité à être acteur et à décider de sa propre santé ; (2) La bienfaisance : faciliter et faire le bien, contribuer au bien-être du patient. « Il est nécessaire de bien peser le rapport entre les bénéfices et les risques potentiels » ; (3) La non-malfaisance : l'obligation de ne pas nuire. "Ne pas intervenir sur le corps du patient sans son accord libre et éclairé » ; (4) La justice : apporter le même traitement de façon juste et/ou équitable à tous les patients. "Tout ce qui est possible d'être fait doit l'être pour tous et pas seulement pour certaines catégories de personnes."

maturité certaine, ce qui n'est pas le cas des jeunes mineurs, et qui doivent pour cette raison être protégés.

Le présent rapport n'est ni pour, ni contre le transsexualisme ou la fluidité du genre chez les adultes, pas plus qu'il est pour ou contre que des enfants, filles jouent avec des voitures, tirent à la carabine, s'habillent en jean et baskets ou que des garçons se maquillent, aient des cheveux longs, jouent à la poupée ou à la coiffeuse et s'habillent en jupes ou en kilts.

En revanche les auteurs de ce collectif de la section Avenirs de Femme de l'ANA S-J ont voulu interpellé tous les acteurs qui gravitent autour des mineurs, mal dans leur peau, dans leur être, dans leur tête notamment lors de l'adolescence, à commencer par les pouvoirs publics et les médecins. Le rôle de ces derniers devient de plus en plus difficile à maints égards pour soulager les souffrances, les soigner quand cela est possible avec les moyens dont ils disposent.

Il faut évidemment que ces jeunes en recherche d'identité à un âge où le corps et le psychisme se transforment, doivent être accompagnés de manière idoine sans pour autant systématiquement être orientés sur la voie de la transition. Peu de mineurs qui traversent une période de dysphorie de genre ressentiront cette souffrance après quelques années. Certains en revanche peuvent vivre douloureusement une incongruence du genre et doivent être soulagés de leur souffrance réelle. Mais aucune vie de mineur n'ayant pas la maturité et la connaissance de la vie pour pouvoir y consentir par une pseudo autodétermination, ne devrait être sacrifiée par des traitements hormonaux et chirurgicaux irrémédiables.

6 RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude, Avenirs de Femmes présente ses 23 recommandations :

1- Il nous semble urgent de revoir le vocabulaire employé qui brouille toute la communication institutionnelle et l'organisation de la société dans son ensemble. Il convient donc de faire consensus sur le vocabulaire employé pour ne pas ajouter de la confusion à ce sujet qui met en jeu la santé et l'avenir des enfants.

2- Définir de toute urgence et de clarifier la prise en charge des mineurs porteurs d'une incongruence de genre, Chez le mineur, devant l'augmentation importante constatée dans cette population des questionnements sur leur genre et la pression qui leur est mise pour entamer un processus de transition nous recommandons de définir de toute urgence et de clarifier la prise en charge des mineurs porteurs d'une incongruence de genre, hors de tous traitements irréversibles ou aux lourds effets secondaires. Il est important pour la prise en charge de différencier une non-conformité de genre isolée d'une dysphorie de genre.

3- Evaluer, puis réévaluer régulièrement, le nombre de mineurs suivis, prépubères et pubères. Suite aux alertes de médecins et surtout de celle de l'Académie de médecine (cf.: Annexe 13) sur cette véritable épidémie, nous souhaitons voir évaluer, puis réévaluer régulièrement, le nombre de mineurs suivis, prépubères et pubères, pour dysphorie du genre/transidentité/transgenre en ALD et hors ALD. A cet effet, nous préconisons de répertorier tous les mineurs, prépubères et pubères, ayant fait l'objet de tels traitements et d'en suivre les évolutions sur les dix années suivantes.

4- Création de dossier RCP avec un suivi. Nous demandons à ce que les jeunes patients ayant reçu ces traitements prescrits hors AMM aient une création de dossier RCP avec un suivi sur plus de 10 ans pour étudier les conséquences à long terme de ces traitements.

5- Mise en place d'un suivi de pharmacovigilance pour les traitements prescrits hors AMM. Nous demandons un suivi de pharmacovigilance pour les traitements prescrits hors AMM : bloqueurs de puberté et hormonothérapie dans le sexe opposé avec inscription dans le dossier de suivi mon parcours de soins.

6- Rédaction d'une notice d'information sur les traitements, qui pourrait être effectuée par l'ANSM. Nombre de jeunes et leurs parents font état de leurs craintes vis-à-vis des traitements hormonaux et de l'insuffisance ou de l'absence de leur information sur les effets secondaires réversibles et irréversibles qu'ils ont souvent découvert en les utilisant. **Nous demandons la rédaction d'une notice d'information sur les traitements, qui pourrait être effectuée par l'ANSM.**

7- Abandonner la démarche transaffirmative pour les mineurs. Plus des deux tiers des enfants ne présentant plus de dysphorie du genre à la puberté, nous préconisons d'abandonner la démarche transaffirmative, qui n'est qu'un leurre. Les soins d'affirmation de genre doivent être réservés à des adultes présentant une dysphorie de genre résistante, qui les empêche de bien vivre.

8- Mettre en place une évaluation psychiatrique. Nous préconisons de mettre en place une évaluation psychiatrique approfondie au début de la prise en charge du mineur souffrant de dysphorie du genre et qui devra se poursuivre pendant toute la durée de la transition si nécessaire.

9- Prise en charge de 4 consultations psy et une réévaluation régulière. Devant l'extrême fragilité de cette population, pour essayer d'étayer un diagnostic, nous demandons une prise en charge de 4 consultations psy et une réévaluation régulière de l'état de santé mentale des mineurs en questionnement de genre avec l'obligation de créer un dossier de suivi médical par enfant.

10- Mise en place d'une étude sur les troubles neurodéveloppementaux et la dysphorie du genre. Nous préconisons que le ministère de la solidarité, de l'autonomie et des personnes handicapées **intègre rapidement une étude sur les troubles neurodéveloppementaux et la dysphorie du genre** dans l'intérêt supérieur de l'enfant avec des prises en charge spécifiques adaptées, dans le cadre de son étude « *La stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022* »

11- Mettre en place après le diagnostic un **accompagnement et un suivi de l'enfant avec une soutien psychosocial**. Il convient de mettre en place après le diagnostic un **accompagnement et un suivi de l'enfant avec une soutien psychosocial** pour l'aider à mieux à vivre avec le développement pubertaire de son corps. L'absence de prescription d'hormones ou de psychotropes devrait la première option dans son parcours de soins.

12- Elaboration de directives avec des recommandations d'interventions médicales basées sur une évaluation multidisciplinaire et le développement de soutiens psychosociaux appropriés pour la prise en charge des enfants en questionnement de genre.

13- Mettre en place un accompagnement des mineurs souffrant de dysphorie du genre jusqu'à leur majorité par une prise en charge médicale pluridisciplinaire, mais non spécialisée uniquement dans les transitions.

14- Obliger à une évaluation minutieuse et une réévaluation tout au long du parcours de soin et de la prise en charge des enfants mineurs.

15- Mobiliser la médecine scolaire. Nous demandons la mobilisation de la médecine scolaire, avec la **mise en place de dépistage et la prise en charge et orientation des élèves en souffrance**. En ce qui concerne le mal être et le risque, nous avons appelé de nos vœux les consultations avec le médecin scolaire afin de dépister les violences faites à enfants et les incestes qui touchent un élève sur cinq dans une classe. Toutefois, le manque de médecins scolaires et pour ceux qui restent une charge de plus en plus lourde de leurs missions pour le temps imparti à chaque consultation, nuisent à la prévention que nous appelons de nos vœux.

16-Création au sein de l'Institut pour la recherche en santé publique (GIS-IReSP) d'un programme de recherche spécifique sur les conséquences de l'hormonothérapie pour les personnes transgenres. A l'instar de la CNCDH, nous soutenons « *la création au sein de l'Institut pour la recherche en santé publique (GIS-IReSP) d'un programme de recherche spécifique, doté de moyens financiers durables, portant sur la santé des personnes LGBTI. Ce programme devrait associer plusieurs institutions de recherche et prévoir des études spécifiquement consacrées aux Outre-mer. Un des premiers axes de recherche pourrait porter sur les conséquences à long terme de l'hormonothérapie pour les personnes trans et intersexes.* »

17- De toute urgence la mise en place de mesures pour la protection de la fertilité des enfants pris en charge avec une information précise de l'enfant et des parents avant toute intervention médicale et qui sera renouvelée par la suite.

18- Saisir le Comité national consultatif d'éthique sur les questions du consentement éclairé des mineurs et la préservation de leur fertilité. *« Il faut noter que les adolescents prépubères pris en charge et traités n'auront pas de gamétogénèse et pour préserver leur fertilité, il faudrait effectuer des prélèvements de tissu ovarien ou testiculaire, ce qui n'est pas pratiqué en France. »*

19- Interdire toute opération chirurgicale y compris la mastectomie vers une transition de genre aux mineurs de moins de 18 ans.

20- Ne donner la possibilité de changement de prénom qu'à des élèves lors de leur entrée au lycée pour laisser le choix d'un retour en arrière sans que l'élève mineur se déjuge vis-à-vis de sa famille, de ses camarades et du système éducatif.

21- Vérifier que les différents sites traitants des phénomènes de genre n'aient pas une emprise et informent dans leur première page que la dysphorie du genre ou les phénomènes de genre chez l'enfant sont dans la majorité des cas transitoires.

22- Ajouter à la loi du 31 janvier 2022 N° 2022-95 la précision suivante : le changement de sexe sur l'Etat civil n'est pas possible pour les mineurs non émancipés.

23- Mettre en place pour les associations agréés de l'article 2-6 du code de procédure pénale, auxquelles seront ouvert l'exercice des droits reconnus à la partie civile en cas d'infraction de thérapie de conversion, l'affichage obligatoire sur leur site Internet et dans leurs brochures papiers les recommandations de l'académie de médecine et donc les mêmes précautions que celles qu'a introduit la Caisse d'allocation familiale sur son site en mars 2023 révisant un article sur le sujet publié le 25 janvier 2023 intitulé : « mon enfant est transgenre, comment bien l'accompagner ».

Annexe 1

Table 2. DSM-5 Criteria for Gender Dysphoria in Adolescents and Adults

-
- A. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and natal gender of at least 6 mo in duration, as manifested by at least two of the following:
1. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics)
 2. A strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one's experienced/expressed gender (or in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics)
 3. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender
 4. A strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one's designated gender)
 5. A strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one's designated gender)
 6. A strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one's designated gender)
- B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- Specify if:
1. The condition exists with a disorder of sex development.
 2. The condition is posttransitional, in that the individual has transitioned to full-time living in the desired gender (with or without legalization of gender change) and has undergone (or is preparing to have) at least one sex-related medical procedure or treatment regimen—namely, regular sex hormone treatment or gender reassignment surgery confirming the desired gender (e.g., penectomy, vaginoplasty in natal males; mastectomy or phalloplasty in natal females).

Annexe 2

ICD-10 Version:2008

Rechercher ? [Recherche avancée] CIM-10 Versions - Langues Info

perturbations physiologiques et a des facteurs physiques

- ▶ F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
 - ▶ F70-F79 Retard mental
 - ▶ F80-F89 Troubles du développement psychologique
 - ▶ F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
 - ▶ F99-F99 Trouble mental, sans précision
- ▶ VI Maladies du système nerveux
- ▶ VII Maladies de l'œil et de ses annexes
- ▶ VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- ▶ IX Maladies de l'appareil circulatoire
- ▶ X Maladies de l'appareil respiratoire
- ▶ XI Maladies de l'appareil digestif
- ▶ XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- ▶ XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- ▶ XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire
- ▶ XV Grossesse, accouchement et puerpéralité
- ▶ XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- ▶ XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
- ▶ XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
- ▶ XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
- ▶ XX Causes externes de morbidité et de mortalité
- ▶ XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
- ▶ XXII Codes d'utilisation particulière

F64 Troubles de l'identité sexuelle

F64.0 Transsexualisme
 Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.

F64.1 Travestisme bivalent
 Ce terme désigne le fait de porter des vêtements du sexe opposé pendant une partie de son existence, de façon à se satisfaire de l'expérience d'appartenir au sexe opposé, mais sans désir de changement de sexe plus permanent moyennant une transformation chirurgicale; le changement de vêtements ne s'accompagne d'aucune excitation sexuelle.
 Trouble de l'identité sexuelle chez l'adulte ou l'adolescent, type non transsexuel
Excl.: travestisme fétichiste (F65.1)

F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
 Trouble se manifestant habituellement pour la première fois dans la première enfance (et toujours bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie). Les vêtements et les activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour porter ce diagnostic; il ne suffit pas qu'une fille soit simplement un garçon manqué ou qu'un garçon soit une "fille manquée". Les troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou pré-pubères ne doivent pas être classés ici, mais en F66.-.
Excl.: orientation sexuelle égodystonique (F66.1) trouble de la maturation sexuelle (F66.0)

ICD-10 Version:2008

Rechercher ? [Recherche avancée] CIM-10 Versions - Langues Info

orientation

- ▶ F66.0 Trouble de la maturation sexuelle
 - F66.1 Orientation sexuelle égodystonique
 - F66.2 Problème sexuel relationnel
 - F66.8 Autres troubles du développement psychosexuel
 - F66.9 Trouble du développement psychosexuel, sans précision
- ▶ F68 Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
 - F69 Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision
- ▶ F70-F79 Retard mental
- ▶ F80-F89 Troubles du développement psychologique
- ▶ F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- ▶ F99-F99 Trouble mental, sans précision
- ▶ VI Maladies du système nerveux
- ▶ VII Maladies de l'œil et de ses annexes
- ▶ VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- ▶ IX Maladies de l'appareil circulatoire
- ▶ X Maladies de l'appareil respiratoire
- ▶ XI Maladies de l'appareil digestif
- ▶ XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- ▶ XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- ▶ XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire
- ▶ XV Grossesse, accouchement et puerpéralité
- ▶ XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- ▶ XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques

F66.0 Trouble de la maturation sexuelle
 Le sujet est incertain quant à son identité sexuelle ou son orientation sexuelle et sa souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression. La plupart du temps, cela survient chez des adolescents qui ne sont pas certains de leur orientation, homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, ou chez des sujets qui, après une période d'orientation sexuelle apparemment stable (souvent dans une relation de longue durée) éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.

F66.1 Orientation sexuelle égodystonique
 Il n'existe pas de doute quant à l'identité ou la préférence sexuelle (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité ou préférence pour les enfants), mais le sujet désire modifier cette identité ou cette préférence, en raison de troubles psychologiques et du comportement associés, et il peut chercher à se faire traiter pour changer.

F66.2 Problème sexuel relationnel
 L'identité ou l'orientation sexuelle (hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle) entraîne des difficultés dans l'établissement et le maintien de relations sexuelles avec un partenaire.

F66.8 Autres troubles du développement psychosexuel

F66.9 Trouble du développement psychosexuel, sans précision

F68 Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F68.0 Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques
 Symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une

Annexe 3

CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (Version : 01/2023) FR

Rechercher [Recherche avancée] [Naviguer](#) [Outil de codage](#) [Info](#)

05 Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques

06 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux

07 Troubles du cycle veille-sommeil

08 Maladies du système nerveux

09 Maladies de l'appareil visuel

10 Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde

11 Maladies de l'appareil circulatoire

12 Maladies de l'appareil respiratoire

13 Maladies de l'appareil digestif

14 Maladies de la peau

15 Maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif

16 Maladies de l'appareil génito-urinaire

17 Affections liées à la santé sexuelle

- Dysfonctions sexuelles
- Troubles sexuels avec douleurs
- HA40 Facteurs étiologiques dans les dysfonctionnements sexuels et les troubles sexuels avec douleurs
- **Incongruence de genre**
- Modifications de l'anatomie génitale féminine
- Modifications de l'anatomie génitale masculine
- Troubles paraphiliques
- 5A71 Anomalies gônitosurrénales
- Infections transmissibles principalement par voie sexuelle
- QA21 recours aux services de santé pour le suivi de la contraception

HABY Autres affections liées à la santé sexuelle
HA8Z Affections liées à la santé sexuelle, sans précision

Foundation URI : <http://id.who.int/icd/entity/411470068>

Incongruence de genre

Parent

17 Affections liées à la santé sexuelle

Description

L'incongruence de genre se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe.

Termes exclus

- Troubles paraphiliques (6D30-6D3Z)

[Notes de publication](#)

Annexe 4

CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (Version : 01/2023) FR

Rechercher [Recherche avancée] [Naviguer](#) [Outil de codage](#) [Info](#)

JB64.2 Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques compliquant la grossesse, l'accouchement, ou la puerpéralité

06 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux

07 Troubles du cycle veille-sommeil

08 Maladies du système nerveux

09 Maladies de l'appareil visuel

10 Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde

11 Maladies de l'appareil circulatoire

12 Maladies de l'appareil respiratoire

13 Maladies de l'appareil digestif

14 Maladies de la peau

15 Maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif

16 Maladies de l'appareil génito-urinaire

17 Affections liées à la santé sexuelle

18 Grossesse, accouchement ou puerpéralité

19 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

20 Anomalies du développement

21 Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs

22 Lésions traumatiques, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes externes

23 Causes externes de morbidité ou de mortalité

24 Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé

25 Codes d'utilisation particulière

26 Chapitre supplémentaire Affections de Médecine traditionnelle - Module I

V Section supplémentaire pour l'évaluation du fonctionnement

Foundation URI : <http://id.who.int/icd/entity/334423054>

06 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux

Description

Troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux caractérisés par des syndromes de troubles cliniques significatifs des fonctions cognitives, de la régulation émotionnelle, ou du comportement qui reflètent un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents du fonctionnement mental et comportemental. Ces troubles sont généralement associés à une détresse ou à une altération des domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.

Termes exclus

- Réaction de stress aiguë (QE84)
- Deuil sans complication (QE8Z)

Codé ailleurs

- Troubles du cycle veille-sommeil (7A00-7B2Z)
- Dysfonctions sexuelles (HA00-HA0Z)
- Incongruence de genre (HA60-HA6Z)

[Notes de publication](#)

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

Annexe 5



Home / Classifications / Frequently asked questions / Gender incongruence and transgender health in the ICD

Frequently Asked Questions

- Importance of ICD >
- ICD-11 Implementation >
- COVID-19 Emergency ICD Codes >
- Proposal Platform >

Frequently discussed topics

- "Old age"
- Chronic fatigue syndrome
- Congenital Lyme disease
- Gaming disorder
- Gender incongruence and transgender health in the ICD
- Parental alienation
- Traditional medicine

Gender incongruence and transgender health in the ICD

What is the ICD?

The International Classification serves to record and report health and health-related conditions globally. ICD ensures interoperability of digital health data, and their comparability. The ICD contains diseases, disorders, health conditions and much more. The inclusion of a specific category into ICD depends on utility to the different uses of ICD and sufficient evidence that a health condition exists.

ICD-11 and Gender Incongruence

The 11th edition of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). The newly revised ICD-11 codes includes new changes to reflect modern understanding of sexual health and gender identity.

What does the ICD revision aim to do for transgender health?

ICD-11 has redefined gender identity-related health, replacing outdated diagnostic categories like ICD-10's "transsexualism" and "gender identity disorder of children" with "gender incongruence of adolescence and adulthood" and "gender incongruence of childhood", respectively. Gender incongruence has been moved out of the "Mental and behavioural disorders" chapter and into the new "Conditions related to sexual health" chapter. This reflects current knowledge that trans-related and gender diverse identities are not conditions of mental ill-health, and that classifying them as such can cause enormous stigma.

Inclusion of gender incongruence in the ICD-11 should ensure transgender people's access to gender-affirming health care, as well as adequate health insurance coverage for such services. Recognition in the ICD also acknowledges the links between gender identity, sexual behaviour, exposure to violence and sexually transmitted infections.

What is Gender Incongruence?

The bulk of the changes centered around the moving of "gender incongruence" from a classification of mental health to one of sexual health. In 2020, we have a better understanding of the issues surrounding this condition, and they are not related to a mental health condition. Treating gender incongruence in a mental health chapter was causing additional stigma for an already stigmatized



Home / Classifications / Frequently asked questions / Gender Incongruence and transgender health in the ICD

Frequently Asked Questions

- Importance of ICD >
- ICD-11 Implementation >
- COVID-19 Emergency ICD Codes >
- Proposal Platform >

Frequently discussed topics

- "Old age"
- Chronic fatigue syndrome
- Congenital Lyme disease
- Gaming disorder
- Gender incongruence and transgender health in the ICD
- Parental alienation
- Traditional medicine

Gender incongruence and transgender health in the ICD

What is the ICD?

The International Classification serves to record and report health and health-related conditions globally. ICD ensures interoperability of digital health data, and their comparability. The ICD contains diseases, disorders, health conditions and much more. The inclusion of a specific category into ICD depends on utility to the different uses of ICD and sufficient evidence that a health condition exists.

ICD-11 and Gender Incongruence

The 11th edition of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). The newly revised ICD-11 codes includes new changes to reflect modern understanding of sexual health and gender identity.

What does the ICD revision aim to do for transgender health?

ICD-11 has redefined gender identity-related health, replacing outdated diagnostic categories like ICD-10's "transsexualism" and "gender identity disorder of children" with "gender incongruence of adolescence and adulthood" and "gender incongruence of childhood", respectively. Gender incongruence has been moved out of the "Mental and behavioural disorders" chapter and into the new "Conditions related to sexual health" chapter. This reflects current knowledge that trans-related and gender diverse identities are not conditions of mental ill-health, and that classifying them as such can cause enormous stigma.

Inclusion of gender incongruence in the ICD-11 should ensure transgender people's access to gender-affirming health care, as well as adequate health insurance coverage for such services. Recognition in the ICD also acknowledges the links between gender identity, sexual behaviour, exposure to violence and sexually transmitted infections.

What is Gender Incongruence?

The bulk of the changes centered around the moving of "gender incongruence" from a classification of mental health to one of sexual health. In 2020, we have a better understanding of the issues surrounding this condition, and they are not related to a mental health condition. Treating gender incongruence in a mental health chapter was causing additional stigma for an already stigmatized condition. WHO officials added the hope that adding this condition to a sexual health chapter of the ICD codes would "help increase access to care for health interventions" and "destigmatize the condition."

What is transgender and what are the main health concerns of transgender people?

Transgender people share many of the same health needs as the general population, but may have other specialist health-care needs, such as gender-affirming hormone therapy and surgery. However, evidence suggests that transgender people often experience a disproportionately high burden of disease, including in the domains of mental, sexual and reproductive health. Some transgender people seek medical or surgical transition, others do not.

What is gender-affirmative health care?

Gender-affirmative health care can include any single or combination of a number of social, psychological, behavioural or medical (including hormonal treatment or surgery) interventions designed to support and affirm an individual's gender identity.

Annexe 6

CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (Version : 01/2023) FR

Rechercher
[Recherche avancée]

Naviguer
Outil de codage
Info

Incongruence de genre

- HA60 Incongruence de genre de l'adolescent ou l'adulte
- HA61 Incongruence de genre de l'enfant
- HA6Z Incongruence de genre, sans précision
- 6E8Y Autres troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux précisés
- 6E8Z Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux, sans précision

- ▶ 07 Troubles du cycle veille-sommeil
- ▶ 08 Maladies du système nerveux
- ▶ 09 Maladies de l'appareil visuel
- ▶ 10 Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde
- ▶ 11 Maladies de l'appareil circulatoire
- ▶ 12 Maladies de l'appareil respiratoire
- ▶ 13 Maladies de l'appareil digestif
- ▶ 14 Maladies de la peau
- ▶ 15 Maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif
- ▶ 16 Maladies de l'appareil génito-urinaire
- ▶ 17 Affections liées à la santé sexuelle
- ▶ 18 Grossesse, accouchement ou puerpéralité
- ▶ 19 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- ▼ 20 Anomalies du développement
 - ▶ Malformations congénitales affectant principalement un système corporel
 - ▼ Anomalies ou syndromes multiples du développement
 - ▶ LD20 Syndromes avec anomalies du système nerveux central comme caractéristique majeure
 - ▶ LD21 Syndromes avec anomalies oculaires comme caractéristique majeure

Foundation URI : <http://id.who.int/icd/entity/344733949>

HA61 Incongruence de genre de l'enfant

Tous les ascendants vers le haut

- 17 Affections liées à la santé sexuelle
- Incongruence de genre
- HA61 Incongruence de genre de l'enfant

Masquer les ascendants (⊗)

Description

L'incongruence de genre chez l'enfant se caractérise par une incongruité 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. L'incongruence doit avoir persisté 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.

Termes exclus

- Troubles paraphiliques (6D30-6D3Z)

[Notes de publication](#)

Annexe 7

CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (Version : 01/2023) FR

Rechercher
[Recherche avancée]

Naviguer
Outil de codage
Info

Incongruence de genre

- HA60 Incongruence de genre de l'adolescent ou l'adulte
- HA61 Incongruence de genre de l'enfant
- HA6Z Incongruence de genre, sans précision
- 6E8Y Autres troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux précisés
- 6E8Z Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux, sans précision

- ▶ 07 Troubles du cycle veille-sommeil
- ▶ 08 Maladies du système nerveux
- ▶ 09 Maladies de l'appareil visuel
- ▶ 10 Maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde
- ▶ 11 Maladies de l'appareil circulatoire
- ▶ 12 Maladies de l'appareil respiratoire
- ▶ 13 Maladies de l'appareil digestif
- ▶ 14 Maladies de la peau
- ▶ 15 Maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif
- ▶ 16 Maladies de l'appareil génito-urinaire
- ▶ 17 Affections liées à la santé sexuelle
- ▶ 18 Grossesse, accouchement ou puerpéralité
- ▶ 19 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- ▼ 20 Anomalies du développement
 - ▶ Malformations congénitales affectant principalement un système corporel
 - ▼ Anomalies ou syndromes multiples du développement

Foundation URI : <http://id.who.int/icd/entity/90875286>

HA60 Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte

Tous les ascendants vers le haut

- 17 Affections liées à la santé sexuelle
- Incongruence de genre
- HA60 Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte

Masquer les ascendants (⊗)

Description

L'incongruence de genre de l'adolescent et de l'adulte se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de "transition", afin de vivre et d'être accepté comme une personne du genre ressenti, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services sanitaires visant à faire correspondre le corps de la personne, autant que souhaité et dans la mesure du possible, au genre ressenti. Le diagnostic ne peut être posé avant l'apparition de la puberté. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.

Termes exclus

- Troubles paraphiliques (6D30-6D3Z)

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

Annexe 8

CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (Version : 01/2023) FR

Rechercher [Recherche avancée] Navigation Outil de codage Info

- 20 Anomalies du développement
 - Malformations congénitales affectant principalement le système corporel
 - Anomalies ou syndromes multiples du développement
 - LD20 Syndromes avec anomalies du système nerveux central comme caractéristique majeure
 - LD21 Syndromes avec anomalies oculaires comme caractéristique majeure
 - LD22 Syndromes avec anomalies dentaires comme caractéristique majeure
 - LD23 Syndromes avec anomalies vasculaires comme caractéristique majeure
 - LD24 Syndromes avec anomalies squelettiques comme caractéristique majeure
 - LD25 Syndromes avec anomalies du visage ou des membres comme caractéristique majeure
 - LD26 Syndromes avec des anomalies des membres comme caractéristique majeure
 - LD27 Syndromes avec anomalies de la peau ou des muqueuses comme caractéristique majeure
 - LD28 Syndromes avec atteinte du tissu conjonctif comme caractéristique majeure
 - LD29 Syndromes avec obésité comme caractéristique majeure
 - LD2A Troubles malformatifs du développement sexuel**
 - LD2A.0 Trouble ovotesticulaire du développement sexuel
 - LD2A.1 Dysgénésie gonadique 46, XY
 - LD2A.2 Agénésie testiculaire
 - LD2A.3 Trouble du développement sexuel 46, XY dû à un défaut du métabolisme de la testostérone
 - LD2A.4 Trouble du développement sexuel 46, XY dû à la résistance aux androgènes
 - LD56 Chimère 46, XX, 46, XY

Foundation URI : <http://id.who.int/icd/entity/565049612>

LD2A Troubles malformatifs du développement sexuel

Tous les ascendants vers le haut

- 20 Anomalies du développement
- Anomalies ou syndromes multiples du développement
- LD2A Troubles malformatifs du développement sexuel

Masquer les ascendants

Description
Toute affection due à une anomalie de développement des organes génitaux pendant la période prénatale.

Termes exclus

- pseudo-hermaphrodisme: féminin, avec hyperadrénocorticisme (5A71)

Codé ailleurs

- Chimère 46, XX, 46, XY (LD56)
- Troubles du développement sexuel 46, XX provoqués par les androgènes de la mère (5A71.1)
- Hyperplasie congénitale des surrénales (5A71.01)

[Notes de publication](#)

Annexe 9

Liste détaillée des Anomalies du Développement Génital (ADG) avec leur prévalence connue pour 100 000 habitants (Centre de référence DEVen Lille 2017)

46 XX ADG	Hyperplasie Congénitale des Surrénales (déficit en 21 hydroxylase forme classique et non classique, déficit en 11 hydroxylase, déficit en 3 bêta ol déshydrogénase) prévalence 10/100 000, 50 naissances/an en France dont 25 filles
	Excès d'androgènes (déficit en P450 oxydoréductase (POR), déficit en aromatasase) rare, prévalence inconnue
	Anomalie de développement de la gonade (46 XX testicular VDG, insuffisance ovarienne prématurée (IOP), 46 XX ovotestis) prévalence 1 à 9/100 000; IOP XX touche 1% des femmes adultes, rare chez l'enfant
	Anomalie du développement des canaux de Müller (MRKH, MURCS, aplasie müllérienne et hyperandrogénie WNT4), 1 femme / 4500
	Dysgénésie gonadique par mutation récepteur FSH, prévalence inconnue
46 XY ADG	Dysgénésie gonadique XY (dysgénésie complète, dysgénésie partielle, régression gonadique ou anorchidie congénitale, syndrome de Denys-Drash, syndrome de Frasier, mutation SF1 – DAX1 – Sox9 – SRY – WT1), rare, 5/100 000
	Hypospadias pénien ou postérieur (scrotal) sans anomalie biologique ou génétique décelée, prévalence 70 / 100 000
	Anomalie de la biosynthèse des androgènes : déficit en 17 HSD, déficit en 5 alpha réductase, mutation StAR, déficit combiné 17-20 lyase / 17 alpha-hydroxylase, déficit 17-20 lyase isolé, déficit 3 bêta ol deshydrogénase, méthémoglobinémie type IV, déficit en POR, mutation CYB5A, syndrome de Smith Lemli Opitz (SLO), anomalie de la réceptivité à la LH rare, prévalence inconnue
	Trouble de la réceptivité aux androgènes (modérée : MAIS, partielle : PAIS et complète : CAIS) prévalence 1 à 5 / 100 000 pour la forme complète, prévalence inconnue pour la forme partielle
	Anomalies de l'hormone antimüllérienne (AMH) par mutation de son gène ou de son récepteur, rare, prévalence inconnue; 180 cas décrits dans la littérature
	Micropénis sans anomalie biologique ou génétique décelée ou micropénis dans le cadre d'un hypogonadisme isolé ou associé à d'autres atteintes endocrinienne et neurologique, cryptorchidie bilatérale, prévalence inconnue
Anomalies de nombre ou de structure des chromosomes sexuels ADG	Mosaïque X0/XY rare, prévalence 1 / 100 000
	Syndrome de Klinefelter (47XXY et mosaïques) prévalence 80 / 100 000
	Syndrome de Turner (45X0 et mosaïques) prévalence 20 / 100 000
	Ovotestis 46 XX/46XY rare, prévalence inconnue; 400 cas rapportés dans la littérature
ADG non hormonale	Exstrophie vésicale - épispadias, rare, prévalence inconnue
	Malformations cloacales, prévalence 3 / 100 000
ADG hormonale	Hypogonadisme hypogonadotrope congénital, prévalence 20 / 100 000

Annexe 10

The screenshot shows the WHO ICD-11 interface. At the top, it reads 'CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (Version : 02/2022)'. Below this is a search bar with 'transsexuel' entered and a 'Recherche avancée' button. Navigation buttons include 'Naviguer', 'Outil de codage', 'Vues spécifiques', and 'Info'. The main content area is titled '17 Affections liées à la santé sexuelle' and lists various conditions under 'Codé ailleurs', such as 'Modifications de l'anatomie génitale féminine', 'Modifications de l'anatomie génitale masculine', 'Troubles paraphiliques', 'Anomalies génitosurrénales', and 'Infections transmissibles principalement par voie sexuelle'. A 'Notes de publication' link is visible at the bottom right of the content area.

Annexe 11

Le glossaire du rapport du CNCDH

« Les définitions contenues dans ce glossaire sont des définitions de travail, présentées ici de manière à permettre au lecteur de se familiariser avec certains mots et concepts en usage dans ces domaines. Elles ne prétendent ni à l'exhaustivité, ni à l'exclusivité, et sont susceptibles d'évoluer.

Allié(e) : se dit personnes qui ne sont pas LGBTI mais qui sont reconnues par eux comme défenseurs de la cause.

Asexuel(le) / ace : fait référence à une personne qui n'a peu ou pas d'attrance sexuelle ou de désir pour des relations sexuelles. Une personne asexuelle peut néanmoins avoir des relations sentimentales.

Binarité / bicatégorisation : fait référence à la catégorisation, encore la plus largement utilisée, qui se limite à deux genres opposables, «féminin» et « masculin ». Pourtant, le « masculin » et le « féminin » sont des termes subjectifs et varient au fil du temps et des cultures. Les personnes non-binaires en particulier ne se reconnaissent pas dans cette bicatégorisation.

Biphobie : désigne tous les comportements de rejet, de mépris, d'exclusion, d'humiliation, d'invisibilisation, de haine envers les personnes bisexuelles, et toutes opinions les privant de l'égalité des droits. La biphobie se présente par exemple sous la forme d'une négation de l'existence de la bisexualité.

Bisexuel(le) : fait référence à une personne qui a une attrance sexuelle et/ou romantique pour plus d'un genre. Le terme bisexuel désignait à l'origine les personnes cisgenres attirées aussi bien par les hommes que par les femmes cis-genres. La société au sens large a donc tendance à décrire la bisexualité comme un attrait pour les «deux sexes», ce qui renforce une binarité des sexes et le lien entre le genre et le sexe. Le terme a donc évolué pour décrire les attrait pour plus d'un genre. Les **bicurieux** sont, quant à eux, des personnes qui ne s'identifient pas comme bisexuelles, mais qui

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

ressentent des désirs bisexuels.

Cisgenre / cisidentité : à la naissance, un médecin attribue un « sexe » au nouveau-né en fonction de ses organes génitaux. À partir de ce « sexe » attribué, la famille de la personne et la société en général ont alors tendance à lui assigner un genre, et à y associer des attentes sociales (comportement, apparence...). Les personnes cisgenres se sentent à l'aise avec ces assignations et ces attentes.

Cispassing /passing : capacité d'une personne à se faire « passer » pour une personne cisgenre grâce à son expression de genre, son apparence physique, ses vêtements, sa voix, son attitude... Un cispassing permet d'éviter les discriminations transphobes.

Coming out : annonce volontaire d'une personne LGBTI de son orientation sexuelle, de son identité de genre ou intersexuation. En le faisant, elle s'expose à des risques de discriminations et de questionnements.

Deadname : littéralement « nom mort », il s'agit du prénom de naissance d'une personne qui ne correspond plus à son genre et qu'elle n'utilise plus.

Dyadique : toute personne qui n'est pas intersexe.

Dysphorie de genre : sentiment de détresse ou de souffrance, physique ou mentale, vécue par une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance. Ce terme étant d'origine médicale et associé à la notion de souffrance, il est de plus en plus souvent remplacé par le terme « variation de genre », plus neutre, car les personnes trans ne ressentent pas toutes de souffrance et donc de dysphorie.

En questionnement : certaines personnes se décrivent comme « en questionnement » car sont incertaines quant à leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Une personne peut être amenée à les questionner plusieurs fois dans sa vie, voire à ne pas les étiqueter.

Expression de genre : correspond à la manière dont une personne exprime son genre, en particulier par son apparence physique et son comportement (vêtements, maquillage, gestuelle...). L'expression de genre peut être différente du genre de la personne et/ou de son sexe.

Femme transgenre (H to F / MtF) : relatif à une personne qui a été assignée « homme » à la naissance mais qui s'identifie en tant que femme. Certaines femmes trans font des changements physiques par le biais d'hormones ou par la chirurgie, d'autres non. Elles utilisent généralement les pronoms féminins.

Gay : fait aujourd'hui référence aux hommes attirés sexuellement et/ou amoureuxment par d'autres hommes, et qui se reconnaissent comme tels, mais comprenait à l'origine les femmes sexuellement et/ou amoureuxment attirées par d'autres femmes, voire toute personne de la communauté LGBTI.

Genderfluid / fluide : identité de genre qui a la caractéristique d'être évolutive. Elle signifie qu'une personne s'identifie au-delà de l'identité de genre et peut se sentir parfois homme, parfois femme, parfois un mélange des deux. Son identité de genre est donc fluctuante et flexible.

Hermaphrodisme vrai : forme très rare d'intersexuation, correspondant à une personne ayant à la fois des organes génitaux masculins et des organes génitaux féminins.

Hétéronormativité : l'hétéronormativité désigne l'ensemble des normes qui font apparaître l'hétérosexualité comme dominante, naturelle et supérieure aux autres orientations sexuelles. Elle implique également le primat du masculin sur le féminin et de la cisidentité sur la transidentité. En fonction du système normatif évoqué, d'autres termes peuvent être utilisés comme hétérosexisme, hétérocentrisme, cisnormativité, cissexisme, ciscentrisme... L'hétéronormativité, c'est par exemple présumer que ses enfants sont hétérosexuels, ou prétendre que dans un couple homosexuel une personne joue le rôle de la femme et l'autre le rôle de l'homme, ou bien encore établir que le féminin et le masculin sont opposés ou complémentaires.

Hétérosexisme : ensemble des attitudes, préjugés et discriminations en faveur de l'hétérosexualité, qui est alors établie comme seul modèle relationnel. L'hétérosexisme présente l'hétérosexualité comme plus normale, morale ou acceptable que l'homosexualité.

Hétérosexuel(le) : fait référence aux femmes sexuellement et/ou amoureuxment attirés par les hommes, et vice versa.

HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) / **FSF** (femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes) : termes utilisés le plus souvent en santé sexuelle. Ils font référence à la

pratique sexuelle, car – en particulier dans certaines cultures – avoir de telles relations sexuelles ne signifie pas pour autant que la personne s’identifie comme gay ou lesbienne.

Homme transgenre (F to H / FtM) : personne qui a été assignée «femme» à la naissance mais qui s’identifie en tant qu’homme. Certains hommes trans font des changements physiques par le biais d’hormones ou par la chirurgie, d’autres non. Ils utilisent généralement les pronoms masculins.

Homophobie : relatif à tous les comportements de rejet, de mépris, d’exclusion, d’humiliation, d’invisibilisation, de haine envers les personnes homosexuelles, et toutes opinions les privant de l’égalité des droits.

Homosexuel(le) : fait référence aux personnes qui sont attirées sexuellement et/ou amoureusement par des personnes du même genre.

Identité de genre : genre auquel une personne s’identifie (homme, femme, non-binaire...).

Intersexe / intersexuation : fait référence aux personnes nées avec des caractéristiques sexuelles (telles que les chromosomes, les organes génitaux et/ou la structure hormonale) qui n’appartiennent pas strictement aux catégories binaires « mâles » ou « femelles ». Ces variations peuvent être identifiées à la naissance, à la puberté (lorsque la personne ne développe pas certaines caractéristiques sexuelles secondaires attendues ou développe des caractéristiques inattendues), plus tard à l’âge adulte (en cas de problèmes de fertilité) ou lors d’une autopsie. Être intersexe n’est pas une sexualité, c’est pourquoi on parle d’intersexuation et non d’intersexualité.

Intersexophobie : relatif à tous les comportements de rejet, de mépris, d’exclusion, d’humiliation, d’invisibilisation, de haine envers les personnes intersexuées, et toutes opinions les privant de l’égalité des droits. L’intersexophobie peut se manifester à travers, par exemple, la pathologisation des personnes intersexes.

Lesbienne : fait référence aux femmes attirées sexuellement et/ou amoureusement par d’autres femmes.

Lesbophobie : relatif à tous les comportements de rejet, de mépris, d’exclusion, d’humiliation, d’invisibilisation, de haine envers les personnes lesbiennes, et toutes opinions les privant de l’égalité des droits. La lesbophobie est une conjugaison du sexisme et de l’homophobie. Elle peut se présenter par exemple sous la forme de propos misogynes et homophobes.

LGBTI+ / LGBTQI : plusieurs raisons peuvent amener une personne à s’identifier comme «LGBTI+» comme l’expression de genre (les comportements, les habits de la personne), le sexe assigné à la naissance (masculin, féminin, intersexe), l’identité de genre (comment la personne s’identifie personnellement) et l’orientation sexuelle. Bien que la définition légitime de «LGBTI+» soit l’acronyme de «Lesbienne Gay Bi Trans Intersexe», le «+» (ou «Q» pour *queer*) renvoie aux autres sexes biologiques, expressions de genre, identités de genre, ou orientations sexuelles. Pour résumer, l’acronyme «LGBTI+» est un terme générique pour parler des personnes qui ne sont pas hétérosexuelles, cisgenres et dyadiques.

LGBTIphobie : relatif à tous les comportements de rejet, de mépris, d’exclusion, d’humiliation, d’invisibilisation, de haine envers les personnes LGBTI, et toutes opinions les privant de l’égalité des droits. Les LGBTIphobies peuvent se présenter par exemple sous la forme de propos établissant les personnes hétérosexuelles, cisgenres et dyadiques comme la norme.

Mégenrage : utilisation d’un pronom ou d’accords qui ne sont pas ceux utilisés et souhaités par la personne. Si le mégenrage est volontaire, il s’agit d’un acte transphobe.

Monosexuel(le) : fait référence aux personnes qui sont attirées par un seul genre. Il s’agit d’un terme utile pour décrire les personnes qui ne sont pas bisexuelles ou pansexuelles. On peut donc être hétérosexuel et monosexuel ou homosexuel et monosexuel.

Non-binaire /genderqueer : termes génériques décrivant les personnes qui ne s’identifient pas du tout ou pas exclusivement à une seule des deux constructions binaires du genre comme les femmes et les hommes. Certaines personnes s’identifient par un mélange du féminin et du masculin, d’autres comme les personnes **aporagenres** s’identifient à un genre qui ne relève d’aucun des deux. Quant aux personnes **agenres**, elles ne se reconnaissent dans aucune identité de genre et ne souhaitent pas être genrées. D’autres personnes se décrivent comme **bigenre, trigenre, polygenre** en fonction du nombre

de genres aux- quels ils s'identifient, voire **genderfluid** quand leur identité de genre varie constamment. Les personnes non-binaires utilisent généralement des pronoms neutres. Le langage neutre (ou épïcène, ou langage inclusif) est un ensemble de règles syntaxiques, typographiques, de grammaire qui permettent de dégenrer la langue, et de ne plus séparer la population en deux sexes.

Orientation sexuelle : fait référence à l'attirance sexuelle et/ou romantique d'une personne vers d'autres personnes. Elle se distingue du sexe assigné à la naissance, de l'identité de genre et de l'expression de genre. En tant que telles, les personnes transgenres peuvent s'identifier comme lesbiennes, gays, hétérosexuelles, bisexuelles, pansexuelles, asexuelles, etc.

Outing : anglicisme relatif au fait de révéler l'identité LGBTI d'une personne sans son accord préalable, voire contre sa volonté, l'exposant à des risques de discriminations.

Pansexuel(le) : attirance émotionnelle, physique et/ou sexuelle envers des personnes indépendamment de leur genre. Cette notion se distingue de la bisexualité en ceci qu'elle transcende complètement la notion de genre.

Pronoms : les femmes utilisent généralement les pronoms féminins « elle/la », les hommes les pronoms masculins « il/le », et les personnes non-binaires utilisent généralement des pronoms neutres comme « iel/lea » ou « ol/lo ».

Queer : littéralement « bizarre » ou « étrange » en anglais, le terme était à l'origine utilisé comme insulte envers les personnes LGBTI, terme que ces derniers se sont réappropriés avec fierté.

Aujourd'hui, il est soit un synonyme de LGBTI, soit employé par les personnes qui se décrivent en dehors de la binarité de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre. Allosexuel.le/altersexuel.le sont les équivalents francophones du terme, mais sont rarement employés.

Safe space : littéralement « espace sûr », relatif aux espaces, groupes d'échange, permettant aux personnes LGBTI de se réunir, sans craindre d'être victimes d'oppressions LGBTIphobes.

Sérophobie : relatif à tous les comportements de rejet, de mépris, d'exclusion, d'humiliation, d'invisibilisation, de haine envers les personnes séropositives, et toutes opinions les privant de l'égalité des droits. Certains professionnels de santé refusent par exemple de prendre en charge les patients séropositifs.

Sexe assigné à la naissance / sexe biologique : séparé de l'identité de genre, il est déterminé par les caractères sexuels externes (parties génitales), internes (gonades), les structures hormonales et chromosomiques. La vision binaire des sexes, réduits à une distinction dimorphique rigide entre « mâle » et « femelle », qui prévaut dans la société actuelle, ne rend pas compte de la diversité du développement sexué et exclut, *de facto* et *de jure*, une partie de la population.

Sexisme : relatif aux discours et comportements qui réduisent une personne à son sexe réel ou perçu. Le sexisme conduit souvent à la misogynie, à savoir le mépris pour les femmes, ou à la transphobie.

Transidentité / transgenre / transsexuel : la transidentité est l'existence d'un décalage permanent chez une même personne entre son identité psychologique et sociale (son « genre ») d'une part, et la réalité de son sexe anatomique d'autre part. L'identité de genre étant indépendante de l'orientation sexuelle, le terme transsexualisme, utilisé essentiellement par les médecins, est de moins en moins employé, car il entraîne une confusion entre sexe et genre et contient une connotation pathologisante. On lui préfère les termes « transgenre » et « transidentitaire », plus neutres.

Transphobie : désigne tous les comportements de rejet, de mépris, d'exclusion, d'humiliation, d'invisibilisation, de haine envers les personnes transgenres, et toutes opinions les privant de l'égalité des droits. La transphobie peut se présenter par exemple sous la forme de questions intrusive sur le sexe assigné à la naissance de la personne.

Travestissement / travesti(e) : activité ponctuelle où une personne porte des vêtements, maquillages, accessoires, etc., qui sont associés à un autre genre, âge ou condition que les siens. L'expression de genre de la personne est alors temporairement différente du sexe anatomique de la personne. »

Annexe 12

L'adhésion à différentes affirmations concernant la place des jeunes et la place des femmes dans la société

Je ne me reconnais pas dans les deux catégories de genre hommes / femmes

	TOTAL D'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	TOTAL Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
ENSEMBLE	22	7	15	78	20	58
SEXE DE L'INTERVIEWÉ(E)						
Homme	26	9	17	74	18	56
Femme	18	5	13	82	22	60
ÂGE DE L'INTERVIEWÉ(E)						
18 à 20 ans	23	9	14	77	17	60
21 à 24 ans	19	7	12	81	23	58
25 à 30 ans	24	6	18	76	20	56
STATUT DE L'INTERVIEWÉ(E)						
Actif occupé	24	8	16	76	22	54
Demandeur d'emploi	23	5	18	77	21	56
Total Lycéen ou étudiant	18	7	11	82	17	65
. Lycéen	48	18	30	52	22	30
. Étudiant	21	9	12	79	17	62
PROFESSION DE L'INTERVIEWÉ(E)						
Actif	23	7	16	77	22	55
. Catégorie supérieure	25	9	16	75	22	53
.. Cadres et prof. int. sup.	24	10	14	76	20	56
. Profession intermédiaire	17	4	13	83	23	60
. Catégorie populaire	24	8	16	76	22	54
.. Employé	22	7	15	78	22	56
.. Ouvrier	29	11	18	71	21	50
Inactif	21	6	15	79	17	62
. Autre inactif	21	6	15	79	17	62
PROFESSION DU CHEF DE FAMILLE						
Actif	21	7	14	79	21	58
. Catégorie supérieure	18	7	11	82	17	65
.. Artisan ou commerçant	18	6	12	82	15	67
.. Cadres et prof. int. sup.	17	7	10	83	18	65
. Profession intermédiaire	18	4	14	82	19	63
. Catégorie populaire	22	8	14	78	23	55
.. Employé	21	8	13	79	25	54
.. Ouvrier	23	8	15	77	22	55
Inactif	28	7	21	72	16	56
. Retraité	14	-	14	86	21	65
. Autre inactif	31	8	23	69	15	54
NIVEAU D'ÉDUCATION						
Supérieur au Baccalauréat	18	5	13	82	20	62
. Diplôme supérieur	21	7	14	79	19	60
. Bac + 2 ans, niveau bac + 2 ans	14	3	11	86	22	64
Baccalauréat	22	8	14	78	20	58
Inférieur au Baccalauréat	33	8	25	67	22	45
. CAP / BEP	29	5	24	71	25	46
. Pas de diplôme / CEP / BEPC	41	14	27	59	15	44
CATEGORIE D'AGGLOMERATION						
Agglomération parisienne	23	10	13	77	25	52
Com. urbaines de province	22	7	15	78	20	58
Communes rurales	22	5	17	78	17	61
RÉGION						
Ile-de-France	24	10	14	76	23	53
Province	22	6	16	78	19	59

Annexes 13



Communiqué

« La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents »

Ce communiqué, adopté par l'Académie le 25 février 2022 par 59 voix pour, 20 voix contre et 13 abstentions, a été approuvé, dans sa version révisée, par le Conseil d'administration du 28 février 2022.

La transidentité de genre correspond à un ressenti, fort et de plus de 6 mois, d'identification à un genre différent du genre assigné à la naissance. Ce ressenti peut causer une souffrance significative et prolongée, pouvant conduire à un risque de suicide ^a. Aucune prédisposition génétique ne lui a été trouvée.

La reconnaissance de cette dysharmonie n'est pas nouvelle, mais une très forte augmentation de la sollicitation de la médecine pour ce motif est observée (1, 2) en Amérique du Nord, puis dans les pays du nord de l'Europe et, plus récemment, en France, notamment chez l'enfant et l'adolescent. Ainsi, une étude récente au sein d'une dizaine de lycées de Pittsburgh a révélé une prévalence nettement supérieure aux estimations antérieures faites aux Etats-Unis (3) : 10% des élèves se déclaraient transgenres ou non binaires ou de genre incertain ^b. En 2003, le Royal Children's Hospital de Melbourne n'avait porté le diagnostic de dysphorie de genre que chez un seul enfant, alors qu'aujourd'hui il en traite près de 200.

Quels que soient les mécanismes en cause chez l'adolescent - consultation exagérée des réseaux sociaux, plus grande acceptabilité sociale, ou exemple dans l'entourage - ce phénomène d'allure épidémique se traduit par l'apparition de cas, voire de foyers de cas dans l'entourage immédiat (4). Cette problématique avant tout sociale s'appuie, pour partie, sur une remise en cause d'une vision trop dichotomique de l'identité de genre par certains jeunes.

La demande médicale s'accompagne d'une offre de soins croissante, sous forme de consultations ou de prises en charge en cliniques spécialisées, en raison de la détresse qu'elle entraîne et non d'une maladie mentale proprement dite. De nombreuses spécialités médicales du domaine de la pédiatrie sont concernées. En premier lieu la psychiatrie puis, si la transidentité apparaît réelle ou si le mal-être persiste, l'endocrinologie, la gynécologie et, *in fine*, la chirurgie sont concernées.

Pour autant, une grande prudence médicale doit être de mise chez l'enfant et l'adolescent, compte tenu de la vulnérabilité, en particulier psychologique, de cette population et des nombreux effets indésirables, voire des complications graves, que peuvent provoquer certaines des thérapeutiques disponibles. A cet égard, il est important de rappeler la décision récente (mai 2021) de l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm d'interdire désormais l'usage des bloqueurs d'hormones.

Si, en France, l'usage de bloqueurs d'hormones ou d'hormones du sexe opposé est possible avec autorisation parentale sans conditions d'âge, la plus grande réserve s'impose dans cet usage, compte tenu des effets secondaires tels que l'impact sur la croissance, la fragilisation osseuse, le risque de stérilité, les conséquences émotionnelles et intellectuelles et, pour les filles, des symptômes rappelant la ménopause.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16 rue Bonaparte - 75006 Paris / Tél. : +33 (0)1 42 34 57 70
Site : www.academie-medecine.fr

Quant aux traitements chirurgicaux, notamment la mastectomie autorisée en France dès l'âge de 14 ans, et ceux portant sur l'appareil génital externe (vulve, pénis) il faut souligner leur caractère irréversible.

Aussi, face à une demande de soins pour ce motif, est-il essentiel d'assurer, dans un premier temps, un accompagnement médical et psychologique de ces enfants ou adolescents, mais aussi de leurs parents, d'autant qu'il n'existe aucun test permettant de distinguer une dysphorie de genre « structurelle » d'une dysphorie transitoire de l'adolescence. De plus, le risque de surestimation diagnostique est réel, comme en atteste le nombre croissant de jeunes adultes transgenres^c souhaitant « détransitionner ». Il convient donc de prolonger autant que faire se peut la phase de prise en charge psychologique.

L'Académie nationale de médecine appelle l'attention de la communauté médicale sur la demande croissante de soins dans le contexte de la transidentité de genre chez l'enfant et l'adolescent et recommande :

- Un accompagnement psychologique aussi long que possible des enfants et adolescents exprimant un désir de transition et de leurs parents ;
- En cas de persistance d'une volonté de transition, une prise de décision prudente quant au traitement médical par des bloqueurs d'hormones ou des hormones du sexe opposé dans le cadre de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ;
- L'introduction, dans les études médicales, d'une formation clinique adaptée pour informer et guider les jeunes et leur famille ;
- La promotion de recherches, tant cliniques et biologiques qu'éthiques, trop rares en France à ce jour sur ce sujet.
- La vigilance des parents face aux questions de leurs enfants sur la transidentité ou leur mal-être, en soulignant le caractère addictif de la consultation excessive des réseaux sociaux qui est, à la fois, néfaste au développement psychologique des jeunes et responsable d'une part très importante de la croissance du sentiment d'incongruence de genre.

Glossaire :

a. La dysphorie de genre est le terme médical utilisé pour décrire la détresse résultant de l'incongruence entre le genre ressenti et le genre assigné à la naissance (5).

b. Une personne non binaire est une personne dont l'identité de genre n'est, ni celle d'un homme, ni celle d'une femme.

c. Une personne transgenre adopte l'apparence et le mode de vie d'un sexe différent de celui assigné à la naissance. Qu'elle soit née homme ou femme, la personne transgenre modifie, voire rejette, son identité sexuelle d'origine. Le sexe inscrit sur son état civil ne correspond pas à l'apparence qu'il ou elle renvoie. Cela n'aboutit pas obligatoirement à une démarche thérapeutique.

Références

1. NHS, The Tavistock and Portman, Referrals to the Gender Identity Development Services (GIDS) for children and adolescents level off in 2018-19, 28 June 2019 (<https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19/>);
2. Swedish national health Council, Report on the prevalence of persons diagnosed with gender dysphoria since 1998 among registered citizens of Sweden, 2020, www.socialstyrelsen.se;
3. Kidd K.M., Sequeira G.M., Douglas C. et al, Prevalence of gender diverse youth in an urban school district, *Pediatrics*, 2021, vol 147, issue 6
4. Littman, L., Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 2018, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>; Correction: *PLoS ONE* 2019; 14(3): e0214157. Published online 2019 Mar 19. doi: 10.1371/journal.pone.0214157
5. Martinerie L., Condat A., Bargiacchi A., et al., Management of endocrine disease. Approach to the management of children and adolescents with gender dysphoria, *European Journal of Endocrinology*, 2018, 179, p. 1219-1237

Annexe 14

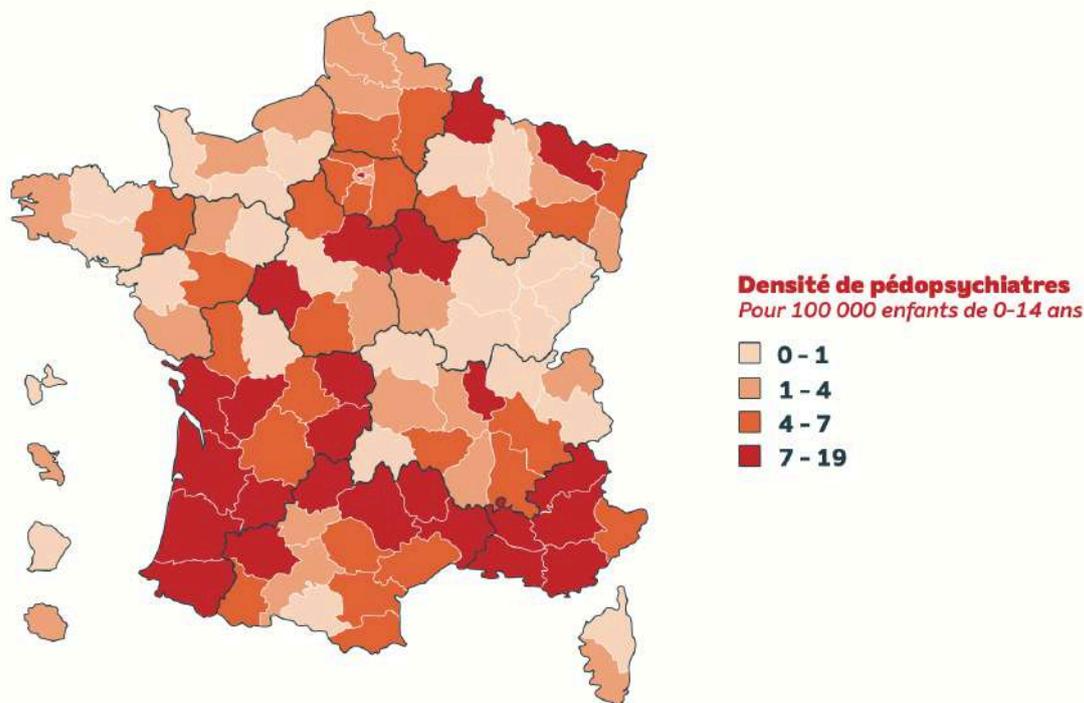
L'adhésion à différentes affirmations concernant la place des jeunes et la place des femmes dans la société Il est plus facile d'être un homme qu'une femme dans la société française actuelle

	TOTAL D'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	TOTAL Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
ENSEMBLE	72	33	39	28	19	9
SEXE DE L'INTERVIEWÉ(E)						
Homme	68	26	42	32	21	11
Femme	77	40	37	23	16	7
ÂGE DE L'INTERVIEWÉ(E)						
18 à 20 ans	82	42	40	18	11	7
21 à 24 ans	74	36	38	26	17	9
25 à 30 ans	67	27	40	33	23	10
STATUT DE L'INTERVIEWÉ(E)						
Actif occupé	73	33	40	27	19	8
Demandeur d'emploi	64	31	33	36	23	13
Total Lycéen ou étudiant	78	37	41	22	15	7
.. Lycéen	75	44	31	25	22	3
.. Etudiant	79	38	41	21	14	7
PROFESSION DE L'INTERVIEWÉ(E)						
Actif	71	32	39	29	20	9
.. Catégorie supérieure	72	22	50	28	20	8
... Cadres et prof. int. sup.	71	20	51	29	23	6
.. Profession intermédiaire	70	32	38	30	25	5
.. Catégorie populaire	72	35	37	28	18	10
.. Employé	72	37	35	28	17	11
.. Ouvrier	72	31	41	28	19	9
Inactif	75	35	40	25	16	9
.. Autre inactif	75	35	40	25	16	9
PROFESSION DU CHEF DE FAMILLE						
Actif	71	32	39	29	20	9
.. Catégorie supérieure	70	28	42	30	22	8
... Artisan ou commerçant	65	26	39	35	22	13
.. Cadres et prof. int. sup.	72	29	43	28	22	6
.. Profession intermédiaire	69	27	42	31	25	6
.. Catégorie populaire	72	35	37	28	17	11
.. Employé	73	38	35	27	16	11
.. Ouvrier	72	33	39	28	17	11
Inactif	77	37	40	23	15	8
.. Retraité	84	42	42	16	10	6
.. Autre inactif	76	36	40	24	16	8
NIVEAU D'ÉDUCATION						
Supérieur au Baccalauréat	72	28	44	28	20	8
.. Diplôme supérieur	72	27	45	28	19	9
.. Bac + 2 ans, niveau bac + 2 ans	70	28	42	30	22	8
Baccalauréat	76	38	38	24	16	8
Inférieur au Baccalauréat	66	34	32	34	20	14
.. CAP / BEP	63	33	30	37	24	13
.. Pas de diplôme / CEP / BEPC	72	38	34	28	12	16
CATEGORIE D'AGGLOMERATION						
Agglomération parisienne	76	38	38	24	17	7
Com. urbaines de province	71	32	39	29	19	10
Communes rurales	76	33	43	24	17	7
RÉGION						
Ile-de-France	77	39	38	23	16	7
Province	71	31	40	29	19	10

Annexe 15

Les pédopsychiatres : une situation critique

> Densité de pédopsychiatres (salariés et libéraux) au 1^{er} janvier 2020



Source : Drees- RPPS ; Insee / Traitements FNMF

Annexe 16

Charlie Hebdo.fr Détransition : « Un tabou chez les militants LGBT ».

Laure Daussy. Mis en ligne le 3 décembre 2021 · Paru dans l'édition 1532 du 1 décembre 2021

C'est un sujet complexe, souvent tabou, que celui de la « détransition ». Des personnes trans qui finalement ont voulu revenir à leur sexe d'origine. Nous avons recueilli le témoignage d'une jeune femme qui s'est identifiée comme un homme trans pendant plusieurs années, avant de le regretter. Elle a fondé une association, Post Trans, pour conseiller celles qui feraient le même parcours.

L'une est une Belge de 22 ans, étudiante en sciences sociales, l'autre, originaire d'Allemagne, a 24 ans et est illustratrice indépendante et autrice de bandes dessinées. Elie et Nele ont créé l'association Post Trans, en Belgique, dont l'objectif est de donner des ressources aux personnes qui ont fait un parcours de transition de genre et qui se sont rendu compte, finalement, que cela ne leur convenait pas. Elie est venue témoigner lors d'un colloque à Lyon, organisé par l'association Regards de femmes, auquel nous avons pu assister. Elie a entamé un processus de transition assez jeune, dès l'âge de 16 ans. Elle raconte : « À 15 ans, je m'identifiais comme lesbienne, mais je manquais de modèles autour de moi, je me sentais

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

très seule. Je me demandais pourquoi j'étais plus masculine que les autres. J'ai essayé de trouver des associations de lesbiennes, mais je ne trouvais aucun groupe de mon âge. » Elle découvre alors une association trans à Bruxelles, auprès de laquelle elle confie ses interrogations. *« On m'a tout de suite dit que je pourrais être trans, on m'a parlé de traitement hormonal, de mastectomie [ablation des seins]. »* Elle effectue quelques recherches sur Internet, découvre plusieurs témoignages de parcours de transition sur YouTube et sur les réseaux sociaux. *« J'ai commencé à être vraiment mal dans mon corps quand j'ai compris que je pouvais en changer, j'ai pensé que c'était une réponse aux questions que je me posais. »*

Elle consulte d'abord une « équipe de genre », c'est comme ça que cela s'appelle en Belgique, pour entamer ce parcours. *« Le psy ne m'a pas écoutée, je me suis sentie rejetée »,* dit-elle. Elle retourne alors voir l'association trans, qui lui explique qu'il suffit de trouver un médecin qui accepte de lui donner un traitement, sans consultation de psy. C'est d'ailleurs une des revendications de certaines associations trans, de ne pas passer par une « psychiatrisation » de leur situation, pour éviter que la transition de genre soit considérée comme une pathologie, avec le risque de ne pas être accompagné du tout dans une démarche qui s'avère plutôt lourde. Elie consulte donc directement ce gynécologue. Il me disait : *« Plus vite ce sera fait, mieux ce sera, les traitements sont réversibles, vous n'avez aucune raison d'attendre. »* Elle comprend plus tard que ce n'est pas si réversible que ça. À 16 ans, elle commence donc le traitement hormonal de testostérone, et à 17 ans, elle subit une opération d'ablation des seins. *« Je n'avais pas anticipé tout ce que cette transition impliquait, des changements d'humeur, ou encore qu'il faut apprendre tous les codes sociaux au masculin. »* Au bout de trois ans, finalement, elle prend conscience que ce n'est pas ce qui lui convenait, et décide d'arrêter les hormones.

En créant Post Trans, elle s'aperçoit qu'elle n'est pas seule à regretter d'avoir fait une transition. *« Il y a un réel tabou autour de ce sujet. C'est très difficile d'en parler dans des milieux LGBTQ ou dans des communautés trans »,* souligne-t-elle. Son témoignage et son association ne visent pas à remettre en cause la transidentité ni la souffrance des trans pour qui cette transition était une nécessité, mais à montrer qu'elle n'est pas toujours la seule solution. Il est intéressant, notamment, de voir combien ce sentiment d'inadéquation entre le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre est souvent le produit d'injonction de stéréotypes, ou bien la conséquence de l'homophobie. Lorsqu'on lui demande les raisons pour lesquelles elle a entamé ce parcours, elle dit : *« J'avais besoin d'être reconnue en tant que lesbienne, d'avoir plus de femmes masculines autour de moi, de sentir que je n'étais pas différente des autres femmes pour autant. Au lieu de quoi, j'ai été confortée dans l'idée que j'étais différente. Le fait qu'il y ait une solution aussi évidente, aussi claire, a rendu le parcours tentant. Ce parcours donne une réponse concrète à un questionnement qui est partagé par beaucoup de filles qui subissent énormément d'injonctions sexistes tous les jours. »*

L'association est dédiée avant tout aux femmes, car, selon Elie, ce sont surtout les jeunes filles qui sont concernées. Et selon la gynécologue et endocrinologue Nicole Athéa, les filles sont deux fois et demie plus nombreuses que les garçons. Ainsi, Post Trans leur permet de partager leurs expériences liées au sexisme, aux abus sexuels, à la lesbophobie, des expériences spécifiques aux femmes. L'association a publié un petit fascicule, à partir de 75 témoignages de « détransition », pour proposer d'autres solutions que le changement de sexe : *« Prendre conscience qu'être une femme ou un homme n'a strictement rien à voir avec*

la manière dont on se retrouve ou non dans les stéréotypes de genre » ; « Apprendre à s'aimer en tant que femme masculine ou homme féminin sont des éléments clés du processus de réconciliation avec son sexe », peut-on lire encore.

Elie interroge aussi l'influence des réseaux sociaux sur l'augmentation des parcours de transition. « Une étude souligne qu'il y a une contagion sociale de dysphorie de genre [sentiment de détresse ou de souffrance exprimé par les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance] dans certains groupes d'ados, liée à l'influence de plusieurs comptes Instagram. » En France, l'augmentation est réelle, mais pas non plus énorme. L'Assurance maladie confirme que les demandes de transition ont été multipliées par cinq depuis 2012, selon un chiffre cité par le magazine *Causette*. On passe d'une centaine de dossiers à 500 aujourd'hui. Quant aux demandes de « détransition », il est impossible pour l'instant de les chiffrer. Le développement de la visibilité des questions trans dans les médias est une bonne chose. Reste que les parcours de détransition ne doivent pas non plus être tabous. •

Annexe 17

Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ?

« Egora.fr. Cancérologie endocrinologie métabolisme

Risque augmenté de cancer du sein chez les transgenres

Par Pr Philippe Chanson le 29-05-2019

Afin d'induire les changements physiques souhaités, les personnes transgenres prennent des stéroïdes sexuels. La prise exogène de ces stéroïdes sexuels influence-t-elle, chez ces sujets, le risque de cancer du sein ?

Les données sur ce sujet étant actuellement limitées, une étude de cohorte rétrospective et nationale dont l'objectif était d'étudier l'incidence et les caractéristiques du cancer du sein chez les personnes transgenres par rapport à la population générale a été mise en place aux Pays-Bas. L'étude a été menée dans un centre spécialisé dans la prise en charge des transgenres, à Amsterdam, auprès de 2260 femmes transsexuels adultes (sexe masculin attribué à la naissance, identité de genre féminine) et 1229 hommes transsexuels adultes (sexe féminin attribué à la naissance, identité de genre masculine) ayant reçu un traitement hormonal. Le suivi a porté sur 33 991 sujets x ans pour les femmes trans et 14 883 sujets x ans pour les hommes trans.

Sur les 2 260 femmes trans, 15 cas de cancers du sein invasifs ont été identifiés (durée médiane du traitement hormonal 18 ans, extrêmes 7-37 ans). Ce taux était 46 fois supérieur à celui des hommes cisgenres (taux d'incidence standardisé = 46,7; IC 95 %: 27,2 à 75,4), mais il était inférieur à celui des femmes cisgenres (0,3 ; 0,2 à 0,4). La plupart des tumeurs étaient d'origine canalaire et positifs pour les récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone. De plus, 8,3% étaient positifs pour *human epidermal growth factor receptor* (HER2). Sur 1229 hommes trans, quatre cas de cancer du sein invasif ont été identifiés (durée médiane du traitement hormonal = 15 ans, extrêmes 2-17 ans). Ce taux était inférieur à ce qui était attendu chez les femmes cisgenres (taux d'incidence standardisé = 0,2 ; 0,1 à 0,5).

Cette étude met donc en évidence une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes transsexuelles par rapport aux hommes cisgenres et un risque moins élevé chez les hommes transsexuels que chez les femmes cisgenres. Chez les femmes trans, le risque de cancer du sein a augmenté après une période relativement courte de traitement hormonal et les caractéristiques du cancer du sein ressemblent davantage à ce qu'on voit chez la femme. Les recommandations habituelles pour le dépistage du cancer du sein sont donc suffisantes chez les personnes transgenres utilisant un traitement hormonal.

Sources :

De Blok. CJM et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* 2019;365:11652.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31088823>

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

Annexe 18



15ème législature

Question N° : 20344	De Mme Danièle Obono (La France insoumise - Paris)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique > pharmacie et médicaments	Tête d'analyse > Gestion discriminatoire de la pénurie d'Androtardyl	Analyse > Gestion discriminatoire de la pénurie d'Androtardyl.
Question publiée au JO le : 11/06/2019 Réponse publiée au JO le : 15/10/2019 page : 9128		

Texte de la question

Mme Danièle Obono interroge Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la gestion discriminatoire de la pénurie d'Androtardyl. L'Androtardyl, produit par le laboratoire Bayer, est le nom commercial de la testostérone. C'est un médicament indispensable pour les personnes ayant un déficit en testostérone, notamment des suites d'un cancer, ou ayant entamé un parcours de transition de genre. Un retard de prise de traitement peut entraîner des conséquences psycho-physiques graves, telles que bouffées de chaleur, fatigue importante, maux de tête violents. Une interruption plus longue peut entraîner le développement d'ostéoporose et de maladies cardiovasculaires, mais aussi angoisse et dépression. Or selon de nombreuses associations telles que l'association de défense des droits des personnes trans Acceptess-T ou encore Aides, l'Androtardyl fait l'objet de pénuries régulières, avec deux occurrences successives en 2018 et une nouvelle début 2019. Une telle régularité de pénuries serait à imputer à des stratégies industrielles abusives (comme la tendance à n'avoir qu'une source unique de production de matières premières et principes actifs afin de réduire les coûts), ou économiques (comme l'arrêt de commercialisation de « vicieux » médicaments jugés non assez rentables pour l'industrie, alors que des patients en ont besoin). À cette situation déjà problématique s'ajoute la discrimination à laquelle font face les personnes trans dans l'accès à ce médicament. Suite à la dernière pénurie, la Société française d'endocrinologie et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ont en effet recommandé de réserver les stocks d'Androtardyl aux patients ayant « un réel déficit en testostérone », ou « hypogonadisme sévère » c'est-à-dire une insuffisance de la production hormonale par les testicules. Ce qui exclut les hommes trans. La raison avancée est que l'Androtardyl a été mis sur le marché pour des patients hommes cisgenre ou personnes intersexes, que sa prescription pour des parcours de transition se fait « hors AMM (autorisation de mise sur le marché) », donc sous la responsabilité du médecin traitant. Pourtant, l'Androtardyl est aujourd'hui la seule forme commercialisée de testostérone qui soit prise en charge par la sécurité sociale. C'est donc la double peine pour les hommes trans. D'une part avant commercialisation ils n'ont pas été considérés comme public cible du médicament et donc tout n'a pas été fait pour s'assurer qu'il soit adapté à leur corps. Ensuite ils font face au refus de certains médecins de leur prescrire le traitement puis de certaines pharmacies de leur délivrer les stocks restants, ce qui constitue une discrimination en fonction de l'identité de genre. Elle souhaite donc savoir ce que le Gouvernement compte mettre en place pour mettre fin à cette série d'aberrations médicales discriminatoires, afin de s'assurer qu'il soit proposé une testostérone véritablement adaptée aux parcours de transition et remboursée par la sécurité sociale, que l'État impose aux laboratoires un approvisionnement constant des produits existants et qu'en aucune circonstance, une directive discriminatoire ne soit envoyée aux acteurs de santé en cas de pénurie.

Texte de la réponse

1 / 3

<http://www.assemblee-nationale.fr/questions/detail/15/QE/20344>



La spécialité ANDROTARDYL est indiquée dans le traitement substitutif des hypogonadismes masculins, quand le déficit en testostérone a été confirmé cliniquement et biologiquement. Toute utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) est possible, sous la responsabilité du médecin, lequel doit notamment la justifier, la consigner dans le dossier médical et en informer son patient, conformément aux dispositions de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique. Par ailleurs, lorsque les conditions prévues au 1er alinéa de cet article sont remplies, et lorsque des données existent permettant de présumer d'un rapport bénéfice-risque favorable, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) peut élaborer des recommandations temporaires d'utilisation (RTU) afin de sécuriser et d'encadrer des usages non conformes à l'AMM. Toutefois, il appartient aux firmes pharmaceutiques de développer des médicaments et des indications thérapeutiques adaptés aux besoins de la médecine et des patients. L'ANSM ne peut les contraindre à de tels développements. S'agissant de l'approvisionnement du marché, l'ANSM a été informée, en date du 10 décembre 2018 par le laboratoire Bayer, de ruptures de stock concernant ANDROTARDYL en raison d'une maintenance plus longue que prévue sur la ligne de production, limitant ainsi les capacités de production. Depuis le début du mois de février 2019, la situation s'est progressivement dirigée vers un retour à la normale et à ce jour, les besoins du marché sont couverts. De façon générale, les ruptures de stocks de médicaments ainsi que les tensions d'approvisionnement ont des origines multifactorielles susceptibles d'intervenir tout au long de la chaîne de production et de distribution. Dans ce cadre, les laboratoires pharmaceutiques sont tenus de prévenir et de gérer les ruptures de stocks de médicaments et des vaccins qu'ils commercialisent. Ils doivent assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national et prendre toute mesure utile pour prévenir et pallier toute difficulté d'approvisionnement. Pour autant, compte tenu de l'augmentation des signalements de ruptures et risques de ruptures de stock constatée ces dernières années, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et son décret d'application du 20 juillet 2016 relatif à la lutte contre les ruptures d'approvisionnement de médicaments ont apporté de nouvelles mesures de prévention et de gestion des ruptures de stock au niveau national afin de redéfinir les instruments à la disposition des pouvoirs publics et de renforcer les obligations qui pèsent sur les acteurs du circuit de fabrication et de distribution. En ce sens, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) mentionnés à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique et pour certains vaccins mentionnés par l'arrêté du 26 juillet 2016 pour lesquels du fait de leurs caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, les entreprises exploitant ces médicaments sont désormais contraintes d'élaborer et de mettre en place des plans de gestion des pénuries (PGP) dont l'objet est de prévenir et de pallier toute rupture de stock. Dans ce cadre, l'ANSM intervient lorsqu'une rupture de stocks ou un risque de rupture lui est signalé, afin d'assurer au mieux la sécurisation, au plan national, de l'accès des patients aux MITM ne disposant pas d'alternatives thérapeutiques, par l'accompagnement des laboratoires dans la gestion de telles difficultés (notamment par le biais de contingentement des stocks et de l'information des professionnels de santé et des patients). Pour autant, elle ne peut se substituer aux industriels en ce qui concerne la production ou le stockage de médicaments, ni imposer de contraintes précises en la matière à ce jour. De plus, il appartient à l'ANSM de publier, sur son site internet (www.ansm.sante.fr), la liste des MITM ne disposant pas d'alternatives thérapeutiques appropriées ou disponibles en quantité suffisante pour lesquels une rupture ou un risque de rupture de stock est mis en évidence. Cette liste est accompagnée d'un certain nombre de documents d'information à l'attention des professionnels de santé et des patients, sur la situation relative à l'approvisionnement de la spécialité concernée ainsi que sur les mesures mises en œuvre pour assurer le traitement des patients. Cette liste permet par ailleurs de signifier aux grossistes-répartiteurs l'interdiction d'export des médicaments concernés durant la rupture ou tension d'approvisionnement. Enfin, le fait pour un laboratoire pharmaceutique de ne pas respecter l'obligation d'information de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock qui lui incombe ou le fait de ne pas respecter son obligation de mettre en place des solutions alternatives ou des mesures prévues par les PGP et des mesures d'accompagnement des professionnels de santé et des patients, l'expose à des sanctions financières prononcées par l'ANSM, pouvant aller jusqu'à 30% du chiffre d'affaires réalisé en France par le produit concerné. Dans le même sens, la méconnaissance pour un grossiste-répartiteur de ses obligations de service public est également passible de sanction financière. Pour autant, et même si ces dispositions ne sont entrées en vigueur qu'en janvier 2017 et ont fait l'objet d'une mise en œuvre progressive par les industriels concernés, ces mesures n'ont pas suffisamment permis de pallier les ruptures de stocks de médicaments. En effet, le bilan dressé en 2018 montre une augmentation de plus de 40% de rupture de stock et permet de pointer les axes

2 / 3

<http://www.assemblee-nationale.fr/questions/detail/15/QE/20344>



d'amélioration qu'il convient de renforcer, notamment au regard des propositions issues du rapport de la mission d'information du Sénat n° 737 (2017-2018) de M. Jean-Pierre Decool sur les pénuries de médicaments et de vaccins du 2 octobre 2018. Celles-ci ont fait l'objet d'un examen par les services du ministère chargé de la santé. Certaines de ces propositions ont été intégrées à la feuille de route 2019-2022 visant à lutter contre les pénuries et améliorer la disponibilité des médicaments en France, présentée le 8 juillet 2019 par la ministre des solidarités et de la santé.

Annexe 20

Des pays jusque- là novateurs retro-pédalent 3 des pays qui prônent la prudence

« En Suède, l'hôpital *Karolinska* a déclaré mettre fin à la pratique consistant à prescrire des bloqueurs de puberté et des hormones correspondant au sexe opposé aux patients de moins de 18 ans souffrant de dysphorie de genre (cf. Dysphorie de genre chez les enfants : quelles réponses ?). Cette nouvelle politique est mise en œuvre à l'hôpital pour enfants Astrid Lindgren (ALB) depuis le mois de mai.

Un protocole controversé

Selon le « *protocole néerlandais* », les patients mineurs sont traités avec des bloqueurs de puberté à l'âge de 12 ans et, « *dans certaines interprétations, dès qu'ils atteignent le stade 2 de la puberté de Tanner, ce qui peut se produire à l'âge de 8 ans chez les filles* ». Ils reçoivent ensuite des hormones du sexe opposé à l'âge de 16 ans. Pour l'hôpital *Karolinska*, ce protocole est « *expérimental* », et ne doit donc pas être utilisé de façon systématique « *en dehors du cadre de la recherche* ». Seuls les traitements hormonaux effectués dans le cadre d'une recherche approuvée par le comité d'éthique suédois pourront désormais être mis en œuvre.

La décision de l'hôpital se fonde notamment sur le rapport britannique du *National Institute for Health and Care Excellence* qui a jugé le rapport bénéfices/risques de ce traitement « *très incertain* », ainsi que sur une étude menée en Suède en 2019 ayant révélé « *un manque de fondements pour les traitements médicaux, et un manque d'explication pour la forte augmentation du nombre d'adolescents présentant une dysphorie de genre ces dernières années* ».

Des politiques contrastées

En juin 2020, la Finlande a changé sa politique de traitement des mineurs souffrant de dysphorie de genre, « *en donnant la priorité aux interventions et au soutien psychologiques par rapport aux interventions médicales* ». A l'inverse, au Canada, le projet de loi C-6 vise « *à criminaliser les modalités de traitement psychologique* ». Aux Etats-Unis, des Etats ont interdit les traitements médicaux chez les mineurs (cf. Arkansas : vers l'interdiction des transitions de genre pour les mineurs ? ; Le Tennessee interdit les transitions de genre pour les mineurs), quand d'autres ont adopté des lois « *rendant obligatoire la couverture par les assurances publiques et privées d'un large éventail d'interventions médicales et chirurgicales d'"affirmation du genre"* », « *indépendamment de l'âge ou de l'état de santé mentale du patient* ».

Annexe 21

Résumé du rapport du conseil de l'Europe sur « Sécurité à l'école : réponses du secteur de l'éducation à la violence fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité/l'expression de genre ou les caractéristiques sexuelles en Europe ».

Au cours de la dernière décennie, les secteurs de l'éducation nationale dans la plupart des États membres du Conseil de l'Europe ont commencé ou continué à répondre à la violence fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité/l'expression de genre ou les caractéristiques sexuelles (violence fondée sur l'OSIEGSB). Ce rapport donne un aperçu de cette violence dans les écoles européennes, explore la manière dont les États membres cherchent à la prévenir ou à la combattre, et formule des recommandations aux secteurs de l'éducation nationale pour mieux le faire.

CONTEXTE Tous les enfants ont droit à une éducation sûre et de qualité, quel que soit leur sexe orientation, identité/expression de genre ou caractéristiques sexuelles. Les États membres ont pris des engagements contraignants à cet effet en vertu du droit international depuis les années 1960. Une plus grande attention politique s'est récemment tournée vers cette question : en 2010, **la recommandation historique CM/Rec(2010)5 du Comité des Ministres aux États membres sur des mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre enjoignait aux États membres de "prendre les mesures législatives et autres appropriées, adressées au personnel éducatif et aux élèves, pour garantir que le droit à l'éducation puisse être effectivement exercé sans discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre"**. En 2016, la Résolution 2097 (2016) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur « L'accès à l'école et à l'éducation pour tous les enfants » a également appelé les États membres à « assurer l'accès des enfants LGBTI à une éducation de qualité en promouvant le respect et l'inclusion des personnes LGBTI et la diffusion d'informations objectives sur les questions concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre, et en introduisant des mesures pour lutter contre le harcèlement homophobe et transphobe ». En parallèle, depuis 2011 e L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a publié des rapports sur la capacité des enfants et élèves LGBTI à recevoir une éducation de qualité dans des environnements d'apprentissage sûrs, non violents et inclusifs. **En 2016, l'UNESCO a publié le rapport mondial historique « Au grand jour : les réponses du secteur de l'éducation à la violence basée sur l'orientation sexuelle et l'identité/l'expression de genre » : le premier aperçu mondial de la violence basée sur l'OSIEGSB dans les établissements d'enseignement**. S'appuyant sur ces développements, ce rapport propose la première synthèse complète de la manière dont les secteurs de l'éducation réagissent à la violence fondée sur l'OSIEGSB dans les États membres du Conseil de l'Europe. LA NATURE ET L'IMPACT DE LA VIOLENCE FONDÉE SUR L'OSIEGSB sont perçues comme lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres ou intersexuées (LGBTI). Elle peut être psychologique, physique ou sexuelle, et peut survenir à l'école, autour de l'école, sur le chemin de l'école ou en ligne. L'intimidation ou la cyberintimidation motivée par l'orientation sexuelle, l'identité/l'expression de genre ou les caractéristiques sexuelles perçues des victimes peut être particulièrement blessante.

Annexe 22

Tableau des majorités nubiles dans le temps

L'âge de la majorité

Ce tableau récapitule l'évolution de l'âge nubile (état d'une personne en âge de se marier), de l'âge de la majorité matrimoniale (âge auquel une personne peut s'engager dans le mariage sans l'autorisation de ses parents ou tuteurs) et de la majorité civile en France, de l'Ancien Régime à nos jours.

	Âge nubile	Majorité matrimoniale	Majorité civile
Droit canonique	12 ans pour les filles 14 ans pour les garçons	12 ans pour les filles 14 ans pour les garçons	
Législation royale (ordonnance de Blois, 1579)		25 ans pour les filles 30 ans pour les garçons	Généralement 25 ans (selon les coutumes)
Législation révolutionnaire (loi du 20 septembre 1792)	13 ans pour les filles 15 ans pour les garçons	21 ans	21 ans
Code civil (loi du 1er germinal an XII)	15 ans pour les filles 18 ans pour les garçons (art. 144)	21 ans pour les filles 25 ans pour les garçons (sommations respectueuses)	21 ans (art. 488)
Loi du 21 juin 1907		21 ans	
Loi du 5 juillet 1974		18 ans	18 ans

source: archives départementaux de l'Indre

Annexe 23

« Chapitre 1 (EXTRAIT en français avec traduction google)

L'étendue de la violence basée sur la SOGIESC dans l'éducation

La violence basée sur le SOGIESC est une forme de violence basée sur le genre. Il cible les élèves qui sont ou sont perçus comme étant lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres ou intersexués, et viole le droit à une éducation sûre et de qualité pour tous. Elle survient dans tous les pays pour lesquels des données existent en Europe et se manifeste principalement par la violence verbale. L'intimidation fondée sur la SOGIESC est une forme de violence particulièrement nocive. Les étudiants transgenres, non conformes au genre et homosexuels ou bisexuels signalent systématiquement des niveaux de violence plus élevés. »

1. LA VIOLENCE FONDÉE SUR LA SOGIESC : UNE FORME DE VIOLENCE FONDÉE SUR LE GENRE

2.

La violence à l'école est un phénomène mondial. Chaque année, 246 millions de jeunes peuvent subir une forme de violence à l'école [1]. En Europe, le harcèlement est la forme la plus courante de violence à l'école : par exemple, un peu moins d'1 fille et garçon sur 7 (15 %) en Suède âgés de 11, 13 et 15 ans ont déclaré avoir été harcelés, mais 2 sur 3 (65 %) le font en Lituanie [1].

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

La violence en milieu scolaire peut être motivée par de nombreux facteurs, parmi lesquels les caractéristiques personnelles réelles ou perçues des victimes, notamment leur sexe, leur origine ethnique, leurs capacités, leur religion ou leurs convictions, leur orientation sexuelle, leur identité/expression de genre et/ou leurs caractéristiques sexuelles (en abrégé « SOGIESC »). Cette dernière forme de violence est appelée « violence fondée sur la SOGIESC ».

Quelle est la particularité de cette violence ?

La violence basée sur la SOGIESC est une forme de violence basée sur le genre enracinée dans les normes culturelles et les attentes concernant le genre et les rôles de genre. Cette violence est également enracinée dans la peur, l'inconfort, l'intolérance ou les préjugés envers ceux qui ne se conforment pas aux normes et rôles traditionnels de genre.

Il est important de noter que cette violence est basée sur l'identité des victimes et des auteurs. Cela signifie qu'il s'agit d'un mécanisme de pouvoir et d'oppression : il entend « défendre » les rôles de genre, y compris la supposée domination de la masculinité et l'asservissement de la féminité. Pour ce faire, il cherche à punir les victimes qui transgressent ou remettent en cause ces rôles.

Qui cela affecte-t-il ?

Toute personne perçue comme ne se conformant pas aux normes en vigueur concernant le genre (telles que l'apparence physique, le choix des vêtements, les manières) ou la sexualité (attirance émotionnelle et physique pour les autres) ou les caractéristiques sexuelles peut subir des violences fondées sur la SOGIESC. Cela inclut les personnes LGBTI, ainsi que toute personne qui ne semble pas correspondre aux normes et attentes sociales traditionnelles masculines/féminines ou hétérosexuelles.

La section suivante, 3. La violence fondée sur la SOGIESC dans les établissements d'enseignement en Europe : principales tendances, propose des statistiques détaillées sur les personnes les plus susceptibles d'être touchées.

À quoi cela ressemble-t-il ?

Comme d'autres types de violence, la violence fondée sur la SOGIESC prend de nombreuses formes. Elle peut être de nature psychologique, physique ou sexuelle. Lorsqu'elles sont psychologiques ou sexuelles, ces violences peuvent également se produire en ligne, par exemple via des courriels, sur le Web, sur les réseaux sociaux, la messagerie instantanée, etc. Cela constitue du cyberharcèlement. »

Annexe 24

Témoignage Post Trans

« J'ai fait mon coming out trans à l'âge de 16 ans, j'ai commencé la testostérone à 18 et j'ai arrêté ma transition à 20 ans.

J'imagine que la raison pour laquelle j'ai transitionné est liée au fait que j'ai toujours senti qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas chez moi en tant que personne. J'avais tellement de haine envers moi-même que j'en suis venue à croire que ma vie serait meilleure si j'étais une personne complètement différente. Je souffrais d'une forte dysphorie de genre et je pensais que je me porterais bien mieux si j'étais un homme. Donc j'ai menti à tout le monde et à moi-même.

J'ai eu une sorte de déclic à 20 ans et j'ai simplement arrêté d'aller à mes rendez-vous de prise d'hormones et commencé à établir une relation avec mon corps. J'ai réalisé que quoiqu'il advienne je serai une femme biologique et j'ai appris à vivre avec plutôt que de le détester.

J'ai été agressée et violée quand j'étais jeune et je me suis rendu compte que c'est ce qui est à l'origine de la haine que j'ai développée envers mon corps. »

Ma transition était une échappatoire – Le témoignage de Eli

J'ai lutté contre de la dysmorphie corporelle et des troubles alimentaires depuis l'âge de 12 ans, et la prise d'hormones m'est apparue comme la solution miracle à tout cela. Une façon d'échapper à la forte dissociation que je ressentais par rapport à mon corps.

Peu après le début de ma transition, ma santé mentale et physique s'est détériorée. Cela a changé ma vie d'une manière que je regrette à présent.

Je sais maintenant que je suis simplement une lesbienne butch. Je me sens bien avec moi-même, et j'ai commencé à réparer ma relation à mon corps. J'ai cru pendant tellement longtemps que nous étions deux choses distinctes mais maintenant je sais que mon corps fait activement partie de moi, et que je ne suis pas une étrangère en lui.

J'aurai bientôt 21 ans, et je me retrouve à m'engager dans le monde d'une façon qui m'était inconnue jusqu'ici. Je me sens motivée et énergique.

Ma détransition a été un choc dans mon système qui ma réveillée d'un fantasme, et je ne pourrais pas être plus reconnaissante d'avoir trouvé la communauté de femmes détrans en ligne.

8 Bibliographie

- **Académie nationale de médecine.** La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents. Communiqué. Avril 2022.
- **Académie nationale de médecine.** Rapport d'un groupe de travail de l'Académie nationale de médecine, Commission IX (Chirurgie, Anesthésiologie, Réanimation, Urgences), 2012.
- **Alexandrin Arnaud.** La notion de regret dans la clinique du changement de genre » du sociologue, vol psychiatrie 2019 ; 84(3) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385519300313>
- **Amnesty International.org.** Azmina Dhrodia. Comprendre le « i » de LGBTI. 25 Octobre 2016. Site consulté le 8 mars 2023.
- **Assemblée Nationale.** Rapport d'étape sur le cannabis récréatif. Établi par la mission d'information commune sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis Présidée PAR M. Robin Reda Président. Rapporteur général : Jean-Baptiste Moreau.
- **Assemblée nationale.** Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administrations générale de la république, sur la proposition de loi, adoptée par le sénat visant à protéger les jeunes mineurs des crimes sexuels. (n° 3796) par madame Alexandra Louis. Députée Assemblée nationale 3 mars 2021.
- **Association Francophone des Femmes Autistes.** Y a-t-il un lien entre l'autisme et la dysphorie du genre ?
- **Avenirs de Femmes.** Les violences sexuelles des mineurs enfin reconnues. Pédocriminalité 2ème partie. Section Avenirs de Femmes. ANA Sécurité-Justice. Avril 2021.
- **Beck François.** Guignard Romain Du Roscoät Enguerrand. SAAias Thomas. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010.
- **Bellanger Elsa.** La transition de genre, un parcours d'obstacles » Site lequotidiendumedecin.fr. Publié le 02/12/2022.
- **Bellanger Elsa.** Pédiatrie : Enfants intersexes : la loi bouscule les pratiques. Le Quotidien du médecin Hebdo N° 9969 du 20 janvier 2023 - Dossier réalisé par Elsa Bellanger.
- **Bennie Maureen.** Autisme and(trans) gender: dysphoria, ambivalence, and gender fluidity in ASD. Autism Awareness Centre Inc. Janvier 2017.
- **Bonnet Marie-Jo.** Athéa Nicole. Quand les filles deviennent de garçons. Editions Odile Jacob. 2023.
- **Bremont-Weill Catherine.** La dysphorie du genre. La place de l'endocrinologue. Médecine Clinique Endocrinologie et Diabète. N°92. Janvier 2018.
- **Brown George.** R. Dysphorie du genre (incongruence de genre). MD, East Tennessee State University Examen médical avr. 2021 | Modifié avr. 2022. Le manuel MSD.
- **Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH),** numéro thématique : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France, InVS, 13 décembre 2011, n°47-48, p. 488-492, p. 489.
- **Bulletin officiel de l'éducation Nationale.** Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire. Lignes directrices à l'attention de l'ensemble des

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

- personnels de l'éducation nationale. NOR : MENE2128373C. Circulaire du 29-9-2021-MENJS - DGESCO publiée au Bulletin officiel de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports n° 36 du 30 septembre 2021.
- **Caisse d'allocations familiales.** La Caf.fr, dans la rubrique : Le magazine-Vie de famille, un article a été mis en ligne: « Mon enfant est transgenre comment bien l'accompagner ? ».
 - **Caisse nationale d'allocations familiales** | Informations sociales. Droits de l'enfant et incapacité juridique de l'enfant. Entre droit international et législation nationale » -. 2007/4 n° 140 | pages 28 à 37.
 - **CE.** réf., 16 août 2002, Mme F. c. CHU de Saint-Étienne.
 - **CEDH.** 6 avril 2017, n° 79885/12, 52471/13, 52596/13, A.P., Garçon et Nicot c. France.
 - **CEDH** : le droit à l'autodétermination (Pretty c. Royaume-Uni, 2002, § 61), l'intégrité physique (J.L. c. Italie, 2021, § 118).
 - **Chambre des requêtes de la Cour de cassation.** Décision du 28 janvier 1942, , Dalloz, 1942. Recueil critique, jurisprudence, p. 63. et Req., 28 janvier 1942, Parcelier c/ Teyssier DC 1942. 63 ; Gaz. Pal. 1942-1, p. 177.
 - **Code Civil** 388 aliéna 1 : « Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis. »
 - **Cofard Jacques.** Transidentité : l'association OUTrans poursuit des médecins devant le Conseil de l'ordre. Medscape 7 avril 2023.
 - **Comité Consultatif National d'éthique** pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis 132. Questions éthiques soulevées par la situation des personnes ayant des variations du développement sexuel. Avis adopté le 19 septembre 2019, à l'unanimité des membres présents.
 - **Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.** CNCDH. Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité de droits. Rapport. 2022.
 - **Condat A.** La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Volume 70. Issue 8. Décembre 2022. Pages 408-426.
 - **Condat A. Cohen David.** La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France - données de la littérature internationale révisée par les pairs et recommandations internationales, fantasmes, pratiques actuelles et enjeux éthiques. APHP 2022 <http://speapsl.aphp.fr/pdfpublications/2022/2022-9.pdf>
 - **Convention relative aux droits de l'enfant.** CIDE du 20 novembre 1989 entrée en vigueur le 2 septembre 1990.
 - **Conseil de l'Europe.** Droits de l'homme et personnes intersexes. Document thématique publié par le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe. Juin 2017.
 - **Conseil de l'Europe** - Strasbourg, 30 mai 2008- CommDH/Speech(2008). Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant : ce qu'il signifie et ce qu'il implique pour les adultes. Conférence de M. Thomas Hammarberg, Commissaire aux droits de l'homme Conseil de l'Europe , Varsovie, 30 mai 2008
 - **Conseil de l'Europe.** La Reconnaissance juridique du genre en Europe. Premier rapport d'examen thématique de la mise en œuvre de la Recommandation CM/Rec (2010)5 - Conseil de l'Europe Juin 2022.
 - **Coulomb-Gully Marlène.** Avec les voix des femmes, c'est toujours trop ou trop peu. Le Monde 22 mars 2022, page 34.
 - **Cour de cassation,** Assemblée plénière, 11 décembre 1992, N°91-12-373, Monsieur Y/Procureur Général près la Cour d'Appel d'Aix en Provence et N° 91-11900.
 - **Cour des Comptes -Entités et Politiques publiques.** La pédopsychiatrie - Un accès et une offre de soins à réorganiser. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Mars 2023,
 - **Cour européenne des droits de l'homme,** 25 mars 1992, aff. Botella c. France, n° 57/1990/248/319, JCP 1992, 415-419.

- **Décret** n° 2017-450 du 29 mars 2017 relatif aux procédures de changement de prénom et de modification de la mention du sexe à l'état civil - JORRF n° 0077 du 31 mars 2017.
- **De Blok CJM et al.** Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* 2019; 365 : I1652. May 2019.
- **Demey Juliette, Paillou Sarah.** Les femmes ne demandent pas l'aumône. Interview 4 Elisabeth Moreno et Agnès Pannier-Runacher, deux ministres, propos recueillis - JDD 9 mars 2022, page 20 et interview intégrale sur le site du JDD.
- **Develay Alice, de Gestas Maguelonne et Michalik Marie Liévinne.** « Iel », le nouveau combat des partisans de l'écriture inclusive » - *Le figaro*. 19 novembre 2021, page 21.
- **De Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT.** Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 2011; 8:2276-83.
- **Dolto Françoise.** Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard. Edition Folio Junior. 2007.
- **Dossier Législatif :** Ordonnance n° 2011-1540 du 16 novembre 2011 portant transposition de la directive 2008/52/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale
- **Drogues-info-service.fr** site visité le 14/10/2020.
- **DRESS.** La santé mentale des adolescents de 3e en 2017 - Apport d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire. Les dossiers de la DREES. N° 65. Paru le 04/09/2020. Màj le 15/01/2021.
- **Drumond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ.** A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008; 44: 34-45.
- **Eliaou Jean-François.** Variations du développement génital : quelle prise en charge ? Que dit la recherche biomédicale ? Assemblée Nationale. Note N°22. Juin 2020.
- **Eliacheff Caroline, Masson Céline.** La fabrique de l'enfant transgenre - comment protéger les mineurs d'un scandale sanitaire. Editions de L'observatoire. 2022.
- **Endocrine Society.** Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society. Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical endocrinology and metabolism*. September 2017. *J Clin Endocrinol Metab*, November 2017, 102(11):3869–3903.
- **ENM Justice.** Actualités N°8 de 2013 consacrée aux dérives sectaires.
- **Faux Frédéric.** Face à la vague des transgenres, la Suède commence à douter par publié le 14/06/2021 sur le site lefigaro.fr.
- **Favreto Anna Rosa, Crocettap Christian.** Les droits des enfants en milieu hospitalier-Un équilibre délicat entre protection et participation aux décisions. 70-77- <https://doi.org/10.4000/revss.5001> - open édition journal – 2020
- **Feigerlova E, Pascal V, Ganne Devonec MO, et al.** Parentalité et préservation de fertilité: désir, connaissances et attitudes des sujets transgenres. *Ann Endocrinol (Paris)* 2018 ; vol 79 : 251-2.
- **Fondation Gabriel Péri,** la Fondation pour l'innovation politique et les Fonds Actions Addictions. Enquête réalisée par Ipsos entre le 30 mars et le 5 avril 2018 sur les jeunes et les addictions.
- **Fondation pour l'innovation politique.** Les addictions chez les jeunes (14-24 ans). Juin 2010.
- **Fradelizi Justine.** Comorbidités dans la population transgenre et défauts de soins : une revue de la littérature. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine présentée et soutenue publiquement le : 30 septembre 2020.
- **Gallarda Thierry, Machefaux Sébastine, Eirini Rari, Piolino Pascale.** Congrès français de psychiatrie. 2014. S11 : Être soi-même dans l'autre genre : approches médico-scientifiques actuelles des dysphories de genre.
- **Genrepluriel.** L'OMS retire les transidentités des maladies mentales... pour diagnostiquer l'incongruence de genre dans la santé sexuelle, publié le 20 juin 2018 - modifié le 27 août 2018 sur le site genrepluriel.be
- **Gontier Pénélope.** Mémoire de Master de droit pénal : « Protection du corps humain et volonté individuelle en droit pénal » 2011.

- **Gourarier Mélanie, Agier Michel.** Trans : des existences frontalières, 7e numéro de la revue d'anthropologie Monde commun, coordonné par Mélanie Gourarier, Michel Agier et illustré par Kelsi Phung, Editions PUF, 30 Mars 2022.
- **Gourarier Mélanie.** Transgenres : un phénomène universel ? « Rae rae » en Polynésie, « femminielli » en Italie, que nous apprennent ces catégories assimilables aux transgenres ? La réponse de l'anthropologue Mélanie Gourarier. Propos recueillis par Julie Malaure sur lepoint.fr du 29/07/2022 GRENIER « Décision médicale » In : Dictionnaire de la pensée médicale sous la direction de D. LECOURT 2004 Paris PUF Quadrige.
- **Guillevin Cécilia.** Refus de soins et urgence vitale. Mémoire en Master II de la santé. Université de Rennes- Septembre 2019.
- **HAS/ Service Evaluation des actes professionnels / novembre 2009 :** Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2009.
- **HAS.** Recommander les bonnes pratiques. Parcours de transition des personnes transgenres. Septembre 2022. Volume 70, issue 8. December 2022, Pages 408-426.
- **HAS.** Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social.
- **Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age.** Conseil de l'enfance et de l'adolescence « *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?* ». Rapport publié le 7 mars 2023.
- **Haut Conseil de la santé publique.** HCSP et HCFEA. Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant. Avis et Rapports. Octobre 2019.
- **Hénin E. Tavillon P H.** Organisateur du colloque : Après la déconstruction: reconstruire les sciences et la culture. 7 et 8 janvier 2022 au Collège de philosophie de la Sorbonne. Paris. « Pourquoi la "déconstruction" est devenue une impasse intellectuelle » Propos recueillis par Eugénie Bastié. Le Figaro. 4 janvier 2022, page 16.
- **IFOP pour Marianne:** Fractures sociétales : enquête auprès des 18-30 ans. Novembre 2020. Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3705321>: À la naissance, 105 garçons voient le jour pour 100 filles. Compte tenu d'une mortalité plus précoce des hommes, le rapport commence à s'inverser vers 25 ans. Les femmes se trouvent ainsi majoritaires dans l'ensemble de la population à hauteur de 95 hommes pour 100 femmes, dans la région comme en France.
- **Inspection générale des affaires sociales.** Igas. RM2011-197P. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme établi par Hayet ZEGGAR et Muriel DAHAN. Décembre 2011.
- **INPS.** Enquête Baromètre santé 2010 conduite par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) entre octobre 2009 et juillet 2010 au moyen de questionnaires par téléphone auprès d'un échantillon de 27 653 individus de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine.
- **Jacques Jean-Pierre.** Le discours transsexuel sur le corps. Cahiers de psychologie clinique; 2008/1. N°30. Pages 147-158.
- **Jasor Muriel.** Femmes et hommes prennent des risques, en gros, de la même façon. Les Echos 6 janvier 2022, page 12.
- **Johson Nicolai, Chabbert Buffet Nathalie.** Service de gynécologie obstétrique, médecine de la reproduction, Hôpital Tenon, APHP, Sorbonne Université, 75020 Paris, France. Hormonothérapie féminisante chez les femmes transgenres. © 2020 published by Elsevier.
- **Juristes pour l'enfance.** Communiqué de presse: « fin de la prise en charge trans-affirmative des mineurs en Angleterre » <https://www.juristespourlenfance.com/2022/10/27/angleterre-fin-de-la-prise-en-charge-trans-affirmative-des-mineurs/>
- **Khlat M et al.,** 2020, « Use of tobacco, alcohol and cannabis in late adolescence: roles of family living arrangement and socioeconomic group », BMC Public Health 20: 1-9
- **La Caf.fr,** dans la rubrique : Le magazine-Vie de famille, un article a été mis en ligne: « Mon enfant est transgenre comment bien l'accompagner ? »

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

- **Lecaplain Guillaume.** Journal Libération 2018.
- **Leclair Agnès.** Une accusation de transphobie divise les féministes. Le Figaro des 8 et 9 janvier 2022, page 8.
- **Le Figaro collectif tribune.** Lettre ouverte au ministre de la Santé: «La CAF doit cesser de promouvoir l'idéologie trans!» - Collectif, tribune publiée le 16/02/2023 sur le site du Figaro le figaro.fr.
- **Lepetit Bérangère.** Changement de sexe « Ces jeunes qui font marche arrière », Dossier réalisé par Bérangère Lepetit. Le Parisien 3 mai 2022, page 12 et 13.
- **Le Point. Tribune** publiée par l'hebdomadaire le Point et sur son site le 17/02/2023 à 17h30.
- **Le quotidien du médecin. Le point de vue des Prs Céline Masson et Samuel Veissière et les Drs Nicole Athéa, Caroline Eliacheff et Sylvie Zucca.** Un appel à la prudence face à une nouvelle population d'adolescents qui s'identifient trans.10/11/2022.
- **Littman, L.** Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 2018, 13(8).
- **Loi n° 94-653** du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, JO 30 juillet 1994, p. 11056. A introduit sur le plan législatif le droit au consentement.
- **Loi n° 2002-303** du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- **Loi du 6 août 2004**, relative à la bioéthique, a réformé les lois de 1994 sans apporter de changement au Code civil.
- **Loi n° 2005-370** du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite loi Léonetti. C'est la première loi spécifique à la fin de vie, introduit l'interdiction de l'obstination déraisonnable.
- **Loi n° 2016-87** du 2 février 2016, dite Clayes -Léonetti permet de mieux répondre à la demande à mourir dans la dignité par une meilleure prise en charge de la souffrance, et en clarifiant l'usage de la sédation profonde et continue, jusqu'au décès, en phase terminale. Elle complète et renforce le droit d'accès aux soins palliatifs mis en place dans la loi du 9 juin 1999 et devrait être prochainement revue par le Parlement.
- **Loi N° 2016-1547** du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle, qui à cette occasion, un cadre légal dédié à la modification de la mention du sexe à l'état civil; publiée au JORF n° 0269 du 19 novembre 2016
- **Loi N° 2021 -1017** du 2 août 2021 (art. 30) relative à la bioéthique.
- **Loi argentine de 2012** sur changement de genre. Establecese el derecho a la identidad de género de las personas. LEY 26.743 - Mayo 2012
- **Loi N° 2021-478** du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste.
- **Loi N° 2021 -1017** du 2 août 2021 relative à la bioéthique a aussi introduit, dans le code de la santé publique (CSP), un article L2131-6 pour traiter le cas très particulier et rarissime d'enfants intersexués diagnostiqués à leur naissance.
- **Loi N° 2022-301** du 2 mars 2022 relative au choix du nom issu de la filiation modifie certaines règles relatives au changement de nom de famille et au nom d'usage. (*Cette procédure, introduite dans le Code civil par la loi du 2 mars 2022 relative au choix du nom issu de la filiation, sera possible une fois dans sa vie. Un parent pourra aussi ajouter son nom, à titre d'usage, à celui de son enfant, en informant l'autre parent.*)
- **Loi N° 2022-92** du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne. Le texte vise à mieux lutter contre les thérapies de conversion.
- **Martinerie laetitia.** Service d'Endocrinologie et de Diabétologie Pédiatrique, Hôpital Robert Debré, Paris. Equipe Pédiatrique d'Accompagnement de la Transidentité (EPAT). Taking care of transgender adolescents in 2020. Mises au point cliniques d'Endocrinologie. Adolescents transgenres : que proposer ? Comment accompagner en 2020 ? Journée Nicolas Guerité. Paris 20-21 nov 2020.

- **Martinerie Laetitia.** Prise en charge d'une dysphorie de genre sur le plan endocrinologique chez l'enfant et l'adolescent. Service d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique. Hôpital Robert Debré. Paris. *Enfance et psy.* 2016. 1. N°69. 58-65.
- **Mayaux L,** Droit civil : les personnes, Ellipses, Universités-Droit, 1998, n°11.
- **Medico Denise, Pellaton Charlotte, Zufferey Adèle.** L'affirmation de genre des jeunes trans et non binaires en Suisse romande. Genre (16). Série coordonnée par Paul Czernichow et Laetitia Martinerie. *médecine/sciences* 2023 ; 39 : 157-63.
- **Mendes N, Lagrande C, Condat A,** La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (2016) 64, 240-254.
- **Mirkovic Aude, De Gatellier Claire.** Questionnement de genre des enfants et des adolescents. Compte Rendu du colloque organisé à Paris le 20 novembre 2021 par les associations Juristes pour l'enfance et Famille et Liberté - La Lettre N°108 avril 2022. et le livre : « Questionnements de *genre* chez les enfants et les adolescents -Analyses, enjeux... les spécialistes répondent. Editions Ariège. 2022.
- **Mukwabuhika Mabaka Placide.** Le discernement de l'enfant dans les conventions internationales et en droit comparé - *Recherches familiales* 2012/1 (n° 9), pages 143 à 152.
- **Mutualité Française.** L'Observatoire- La santé mentale en France. Juin 2021.
- **Nasi Marguerite.** Chez les jeunes, l'inquiétante flambée des IST. *Le Monde.* 12 janvier 2022, page 20.
- **Nations Unies Droits de l'Homme-** procédure spéciale. Rapport sur les thérapies de conversion » de l'IESOGI 2020.
- **Olagnol Julie.** Transidentité à l'école : Il y a de plus en plus de demandes de changement de prénom. Site leparisien.fr. 27 janvier 2022.
- **ONDRP.** Les victimes de violences à caractère incestueux. La note. N°27. Décembre 2020.
- **ONPE.** Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : de leur production à leur appropriation. Quatorzième rapport au gouvernement et au parlement. Mai 2020. ONPE pour Observatoire National de la Protection de l'Enfance).
- **ONU.** *Shaping Cultural Policies: Advancing creativity for development* Publié en 2017 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture,
- **Petite fille.** Documentaire de Sébastien Lifshitz diffusé sur Arte en décembre 2020.
- **Peyret E, Delorme R.** Cannabis chez les enfants et les adolescents : impacts et conséquences.. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2014,198, n°3, 579-588, séance du 25 mars 2014.
- **Philippe Roger.** Une brève histoire du changement de sexe à l'état civil en France. 22 /01/ 2018, eurojuris.fr.
- **Planning familial.** « Lexique Trans » (site Internet)
- **Plazy Jean-Marie.** « Droits de l'enfant et incapacité juridique de l'enfant. Entre droit international et législation nationale ». Caisse nationale d'allocations familiales | « Informations sociales » 2007/4 n° 140 | pages 28 à 37.
- **Quilliou-Rioual M.** Identité de genre et intervention sociale, DUNOD, 2014, p. 27.Santé publique France. Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales. Février 2019.
- **Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans.** Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des affaires sociales et de la santé. Dr Hervé Picard. Simon Jutant. Avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales. Janvier 2022.
- **Remaud Emilie.** Des pistes de réflexion sur les enjeux éthiques de l'accompagnement et de la reconnaissance de l'autonomie des mineurs transgenres en France. Genre (10) Série coordonnée par Paul Czenichow et Laetitia Martinerie. *Médecine/sciences* 2023 ; 39 : 39-43.
- **Revue du praticien** « De l'incongruence à la dysphorie de genre : déstigmatiser le plus possible ! ». Juin 2021.
- **Ristori J, T.D. Steensma.** Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*, 28 (2016), pp. 13-20.

Avenirs de Femmes : Association Nationale des Auditeurs de Sécurité et Justice (ANA S-J) Problématiques des phénomènes de genre chez les mineurs. Protection de l'enfance et santé publique. Recommandations. Mai 2023.

- **Santé publique France.** Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales. Février 2019.
- **Sarton Olivia.** Un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médical ? La revue Médecine et Droit (publication 23/09/2022) ; synthèse de l'article réalisée par Génétique.
- **Schrier Abigail.** Dommages irréversibles - Comment le phénomène transgenre séduit les adolescentes. Editions du Cherche Midi, 2022.
- **Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT.** Gender identity development in adolescence. *Horm Behav.* 2013; 64(2):288–297.
- **Storti Martine.** Le droit des femmes en Europe, c'est pour quand ?. *Libération.* 18 janvier 2022, page 21.
- **Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT.** Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2011;16(4):499–516.
- **Steensma TD, MacGuire JK, Kreukels PC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis.** Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Jun;52(6):582-90.
- **Telecher Alice.** Le passage à l'acte : sources et mécanismes », 22 avril 2020. - Centre d'études sur les dynamiques sociales et la recherche-action > Articles > Dynamiques sociales.
- **Touret F, Berrebi J.** Le sexe, le nom, le corps : la place de l'ordre public en droit des personnes. Groupe ISP © ENM 2019 – Droit civil – Composition.
- **Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS.** Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health* 2021; 8: 273-80.
- **Un.org.** L'OMS supprime le « trouble de l'identité de genre » de sa liste de maladies, une victoire pour les transgenres, 2018. Site un.org
- **UNADIF.** Site de Union nationale des Associations de Défense des Familles et de l'Individu victimes de sectes. UNADIF. Consulté le 7 février 2023. Prévention. Clés pour comprendre la notion de dérive sectaire. Philippe-Jean Parquet : les 10 critères pour caractériser l'emprise mentale.
- **Van Kesteren P V, Asscheman H, Megens J, Gooren L.** Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Medicine, Psychology - Clinical Endocrinology* - 1 September 1997.
- **Vaque-Marti Marion.** Ados pas leur genre. De plus en plus de spécialistes de l'adolescence sont confrontés à des demandes de changement de genre. Comment comparer aux mieux ces mineurs en grandes souffrances ? Reportage au coeur d'une unité de pédopsychiatrie. *ELLE* 10 novembre 2022, pages 113 et suivantes.
- **Vialla François.** Professeur de Droit privé et de Droit de la Santé – Centre Européen d'Études et de Recherches Droit & Santé (CEERDS – UMR 5815). De l'assignation à la réassignation du sexe à l'état civil. Etude de l'opportunité d'une réforme. Note de synthèse. Septembre 2017. Réalisée avec le soutien de la Mission de recherche Droit et Justice.
- **Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT.** Psychosocial outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1413-23.
- **WPATH.** World Professional Association for Transgender Health. Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. 7ème version. 2012.
- **WPATH.** Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. 8ème version. Version 2022.
- **Yeleve M, Klein M L, El Aridi and all.** Les effets indésirables du traitement hormonal chez les personnes transgenres : analyse des cas rapportés dans la base de données nationale de pharmacovigilance. *Annales d'Endocrinologie* Volume 82, Issue 5, Octobre 2021, Page 275.
- **Zhou J N, Hofman M, Gooren L, Swaab D.** A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Biology, Psychologie - Nature* 2 November 1995

