

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.

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. Martinierie 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