

LES TRAITEMENTS HORMONAUX UTILISÉS POUR LES ADOLESCENTS EN TRANSITION

Dr Nicole Athea

Gynécologue et endocrinologue

Ancienne interne et chef de clinique des hôpitaux de paris

Table des matières

Introduction	2
I) Les bloqueurs de puberté (agonistes de la LHRH)	3
LES INDICATIONS PÉDIATRIQUES DU TRAITEMENT	3
II Les androgènes (testostérone et dihydrotestostérone)	12
PHARMACOLOGIE	12
1) Médicaments contenant de la testostérone :	12
2) Effets de la testostérone chez les filles : les effets virilisants apparaissent très rapidement et sont irréversibles	12
3) Effets secondaires	12
4) Les complications spécifiques des androgènes sur les femmes :	14
5) L'irréversibilité des effets virilisants	14
III Les traitements hormonaux des Trans M-F	15
1) La classe des anti-androgènes (qui bloquent l'action des hormones masculines)	15
2) Les traitements estrogéniques sont utilisés pour leur action féminisante.	16
3) Plusieurs types d'estrogènes sont prescrits :	16
4) Effets secondaires des estrogènes	17
5) La progestérone :	17
IV L'effet de perturbateur endocrinien des hormones sexuelles.	18
V La prise en charge des jeunes majeurs	18
Conclusion	20

Introduction

L'incongruence de genre des mineurs, telle que définie par un manuel de psychiatrie, le DSM5, correspond à un ressenti d'identification forte et persistante de genre inverse à l'identité sexuée qui dure depuis au moins 6 mois, et qui peut s'accompagner « d'une souffrance psychique ou d'une altération du champ social, ou d'un risque de souffrance sociale et/ou scolaire, voire seulement d'une augmentation significative du risque de souffrance ou d'altération dans ces domaines », et deux autres critères au moins, qui sont redondants et toujours exprimés par les jeunes qui viennent consulter pour trouble de genre (par exemple souhaiter porter des vêtements de l'autre sexe ou être traité comme une personne de l'autre sexe). Cette définition vaut pour les adolescents. D'une part, la durée de 6 mois du ressenti de genre inversé, drastiquement raccourcie par rapport aux définitions antérieures, et d'autre part, un risque de souffrance, qui n'est pas une souffrance avérée, maintenant suffisants pour étayer ce diagnostic, ont joué un rôle important dans l'extension de la médicalisation. Si, pour les enfants, la définition est un peu différente, avec un nombre de comportements de genre associés à la souffrance plus importante, les équipes, comme celle de K. Zucker,¹ montrent que, pour leur grande majorité, le sentiment d'appartenir à l'autre sexe disparaît à l'adolescence, et notamment à la faveur des premiers signes pubertaires, alors que le désir d'être de l'autre sexe est fréquent dans l'enfance. Apparaissant chez les adolescents, le désir de genre inversé persiste plus souvent ; cependant, cette donnée doit être entendue avec prudence, car la population de jeunes venant consulter pour transition s'est récemment transformée : la croissance exponentielle de cette demande qui a explosé dans l'ensemble des pays occidentaux ces dernières années s'associe à une inversion du sex-ratio, et les filles sont deux fois et demie plus demandeuses de transition que les garçons aujourd'hui². Ces modifications de la demande se sont notamment installées à la faveur de ce que de nombreux auteurs appellent une épidémie sociale³, en faisant référence à l'importance prise par les réseaux sociaux dont les jeunes sont très consommateurs. En effet, dans ces néo-déclarations identitaires, l'identification à des jeunes Trans qui témoignent sur les réseaux sociaux est au premier plan ; de même, ont été identifiés des comportements récents de troubles du comportement alimentaires qui ont augmenté brutalement à la suite de témoignages incitatifs, et de maladies de la Tourette⁴. Ces nouvelles demandes, survenant dans une période de remaniements majeurs comme l'adolescence, et dans un tel contexte social, nécessitent une grande prudence dans les décisions thérapeutiques prises. Pour le Pr B. Golse, des difficultés identitaires comme il en existe toujours à l'adolescence peuvent alors s'exprimer comme un trouble de l'identité sexuée. Sur le plan clinique, il est difficile d'apprécier quels jeunes traiter : aucun élément clinique ou biologique ne permet d'établir que la dysphorie de genre va persister. Et les détransitionneurs se multiplient. Une étude du très sérieux GIC britannique, référence mondiale en termes de transidentité, a observé un taux qu'il juge sous-estimé de 6,7% de détransitionneurs,⁵ : en effet, compte tenu du délai nécessaire pour effectuer une détransition, ce taux devrait être encore bien supérieur à cette première évaluation. Dans cette étude, les très jeunes adultes étaient majoritairement des filles, dont 90% avaient été mastectomisées, alors qu'elles sont les plus nombreuses à détransitionner.

¹ Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 29;12:632784. doi: 10.3389/fpsy.2021.632784. PMID : 33854450 ; PMCID : PMC8039393.

² Rapport du conseil national suédois de la santé fevr 2020

³ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>

⁴ Müller-Vahl K, Pisarenko A, i Jakubovski E, Fremer C, Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic but a new type of mass sociogenic illness *Brain* 23 August 20

⁵ Hall J, Mitchell L., SachdevaJ, Accès aux soins et fréquence de détransition au sein d'une cohorte sortie d'une clinique nationale britannique d'identité de genre pour adultes : examen rétrospectif des notes de cas ; Publié en ligne par Cambridge University Press : 01 octobre 2021

Le raccourcissement de la durée des symptômes du DSM5 s'adapte à la possibilité d'une mise en route rapide d'un traitement bloqueur de puberté en tout début de processus pubertaire, car si l'on devait attendre deux ans, délai souvent requis auparavant avant de débiter la médicalisation⁶, la puberté aurait bien eu lieu. Mais, en contrepartie, une telle définition ne peut que provoquer une augmentation majeure des diagnostics d'incongruence de genre et leur médicalisation, et ce alors que les facteurs psycho-sociaux à l'origine d'un accroissement explosif de la demande sont déjà très actifs. Il importe, dans ce contexte, de faire le point sur cette médicalisation des mineurs et de l'évaluer à la lumière d'études récentes, méthodologiquement beaucoup plus fiables que celles qui semblaient montrer des bénéfices de ces traitements.

I) Les bloqueurs de puberté (agonistes de la LHRH)

LES INDICATIONS PÉDIATRIQUES DU TRAITEMENT

En pédiatrie, ce traitement a été mis en place pour différer la puberté des enfants dont les premiers signes pubertaires sont très précoces. En matière de transition, ce sont les équipes hollandaises qui ont mis en place un protocole de traitement pour les très jeunes Trans, voici une vingtaine d'années, avec utilisation des bloqueurs de puberté utilisés dans le traitement des pubertés précoces, mais hors AMM⁷. Il s'agit dans ce cas de traiter des enfants Trans qui sont au tout début de leur puberté (stade de Tanner 1-2), puberté qui peut débiter vers 8-9 ans pour les filles, 10-11 ans pour les garçons, pour empêcher le processus pubertaire physiologique d'avoir lieu. Pourtant, de nombreuses études montrent que la puberté permet à près de 75% des enfants de retrouver une harmonie avec leur genre. Pris en charge avec leur famille durant l'enfance, c'est 88% d'enfants qui ne sont plus en conflit avec leur identité sexuée⁸.

Une autre indication des bloqueurs de puberté concerne des jeunes trans dont la puberté est en cours ou achevée : ces traitements sont administrés dans l'attente de la prescription des hormones sexuelles inversées qui sont débutées vers 15 ou 16 ans.

Les médecins hollandais ont développé ce traitement en alléguant une cause cérébrale, une pathologie du noyau strié, à la transidentité. Cette étiologie n'a jamais été confirmée et l'accroissement actuel de la transidentité plaide clairement pour des causes psycho-sociales. Cependant, pour utiliser un traitement tellement puissant de façon tellement anti-physiologique, il fallait bien trouver une légitimation somatique suffisamment sérieuse et non accessible à un traitement. Même si elle n'a jamais été confirmée, elle continue à être alléguée⁹. Cependant, aujourd'hui, peu de médecins continuent à s'y référer et la quasi-totalité des cas cliniques sont rapportés à des histoires de vie (cf. les publications de K. Zucker, De Ceglie, F. Condat, S. Hefez et bien d'autres citées ci-dessous) qui éclairent les difficultés identificatoires de ces jeunes, difficultés qu'ils expriment comme un trouble de l'identité sexuée. Durant la période adolescente, si difficile à traverser, marquée par la métamorphose pubertaire corporelle insupportable, de nombreux troubles psychiques sont observés avec une grande fréquence, au premier rang desquels la dépression, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide, notamment chez les filles. Bien d'autres problèmes y sont associés dont les problèmes familiaux

⁶ Certaines équipes adultes demandent encore eux ans entre évaluation, psychothérapie, et test « en real life », comme l'équipe marseillaise

⁷ Autorisation de mise sur le marché

⁸ Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. A Follow-Up Study of Boys with Gender Identity Disorder. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 29 ;12 :632784. Doi : 10.3389/fpsy.2021.632784. PMID : 33854450 ; PMCID : PMC8039393.

⁹ Le PR d'endocrino-pédiatrie hollandais interrogé dans l'émission Documentaire Devenir il ou elle présenté" par M. Carrère d'Encausse réalisé par I. Debaisieux et L. Barneou diffusé Le 10/021/2017b sur Fr 5

si fréquents. Les difficultés identitaires et les questionnements sur la sexualité sont au premier plan. Il en résulte une détresse psychique importante et fréquente, qui peut trouver une expression dicible quand ces adolescents se reconnaissent dans les témoignages de jeunes trans trouvés dans les réseaux sociaux et dont ils font état.¹⁰

Cependant, les soignants LGBT trans « pro-affirmatifs », nombreux, récusent les étiologies interactionnelles : la néo-identité qu'ils appellent « authentique », authenticité qui demanderait cependant à être discutée, ne saurait répondre pour eux à des facteurs psychologiques, en particulier à des relations parentales dysfonctionnelles, bien que des études comme celle de De Ceglie¹¹ l'ont bien montré. Le psychologique est massivement nié par ces intervenants Trans-affirmatifs pour lesquels le mauvais corps reste encore massivement la cause, bien qu'aucune anomalie biologique, hormonale ou développementale sexuelle n'ait jamais été retrouvée chez les Trans. La néo-identité dite authentique, serait un ressenti intime exclusivement personnel...¹² Représentation qui s'oppose radicalement à celle de nombreux sociologues comme A. Ehrenberg ou philosophes comme Foucault, pour lesquels la subjectivité est une construction. Et de fait, concevoir une identité qui serait en somme comme tombée du ciel paraît bien peu probable.

Pourtant, quand les histoires de vie de ces enfants sont rapportées, les éléments familiaux et psycho-sociaux permettent souvent de donner un éclairage à leur affirmation identitaire, dans une expression de leurs difficultés psychiques que l'on peut qualifier de psychosomatique, la somatisation portant sur le refus du corps, comme elle le fait pour les troubles du comportement alimentaire, d'ailleurs fréquemment associés à la dysphorie de genre. Et c'est bien à cette somatisation que répondent les traitements bloqueurs de puberté aujourd'hui, en somme traitant l'effet pour la cause et, dans le but d'améliorer ou de guérir les troubles psychiques par la modification du corps, comme le montre F. Condat dans un article faisant état de plusieurs cas cliniques, dont celui d'une petite fille de 10 ans qui va être traitée par bloqueurs de puberté.¹³

Ces traitements ont été mis en place pour limiter les sentiments négatifs souvent importants et les difficultés psychologiques liés à la métamorphose pubertaire chez les enfants dysphoriques et doivent leur permettre « d'explorer les sentiments relatifs à l'identité de genre... », dit-on¹⁴. Cela étant, la métamorphose pubertaire est difficile chez tous les jeunes. Et les statistiques de suicidalité concernant les jeunes Trans ne sont pas toujours très différentes de celles des adolescentes « tout venant », qui est écrasante dans certaines études¹⁵. Si la puberté est un

¹⁰ S. Hefez, *Transitions, Réinventer le genre*, Calmann-Lévy, p 45

¹¹ Di Ceglie D. Management and therapeutic aims in working with children and adolescents with gender identity disorders, and their families. In: Di Ceglie D, Freedman D, editors. *A stranger in my own body. Atypical gender identity development and mental health*. London: Karnac Books; 1998. p. 185-

¹² A. Pullen Sans Façon D. Médico jeunes Trans et non binaires de l'accompagnement à l'affirmation, *Les éditions du remue-ménage* Ch 14, F. Susset et M. Rabiau « le soutien psychothérapeutique des enfants créatifs.v.es dans leur genre, Trans et non binaires. »

¹³ A. Condat, F. Bekhaled, N. Mendes, C. Lagrange, L. Mathivon, D. Cohen, « la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2016,64, 7-15

¹⁴ S. Gosh, A. Gorogos, « l'accompagnement pédiatrique et les traitements hormonaux », CH 17, in *Jeunes Trans et non binaires Ibid*

¹⁵ C.Chan et E. du Roscoet BEH n°3-4 « Parmi les personnes ayant fait une TS au cours de leur vie, plus d'un tiers (37,7%) ont déclaré en avoir fait au moins deux (39,9% des femmes vs 32,4% des hommes ; p<0,05). L'âge moyen de la dernière TS était de 29 ans pour les hommes et 27 ans pour les femmes (p<0,05) ; l'âge médian était de 25 ans (27 ans pour les hommes et 24 ans pour les femmes). **La majorité des TS ont eu lieu avant l'âge de 25 ans, et c'est entre 15 et 19 ans que la proportion de suicidants était la plus importante, avec 30,1% de femmes concernées et 19,5% d'hommes (p<0,001) »**

élément majeur dans les difficultés psychiques vécues à l'adolescence, faut-il mettre tous les adolescents sous bloqueurs de puberté pour éviter aux jeunes et à leurs parents les tourments de l'adolescence ?

L'expérience hollandaise de l'utilisation des bloqueurs de puberté a fait l'objet d'une publication (DeVries et al¹⁶). Sur 55 enfants traités, aucun n'est revenu sur son choix de sexe et tous ont subi une chirurgie sexuelle peu après 18 ans. Ces jeunes semblent satisfaits et, étudiés un an après chirurgie (soit vers 20 ans), ils vont mieux psychologiquement qu'à 13 ans, avant le début du traitement hormonal bloquant la puberté. Mais il n'y a pas eu de groupe contrôle, ni de groupe avec une prise en charge sociale, familiale et psychologique du trouble de genre sans traitement médico-chirurgical : on peut en effet vivre dans le genre perçu sans médicalisation, et ce d'autant mieux que l'on est bien soutenu. Certains Trans le vivent aujourd'hui et militent pour une démedicalisation. Cela étant, si une majorité de jeunes va mieux après l'adolescence, c'est vrai pour les Trans comme pour les autres adolescents. Winnicott disait déjà que « le traitement de l'adolescence, c'est le temps. »

Nous verrons que de nouvelles études ne confortent pas l'optimisme des résultats de De Vries. En revanche ce que nous montrait cette étude, c'est que les jeunes ainsi traités ne reviennent quasiment jamais sur leur identité inversée: non seulement il n'y a pas de réflexion ni d'exploration des possibilités de genre, mais tout ce qui est mis en place, tant au plan familial que social, scolaire, médical... conforte le jeune dans une identité dont on peut ici dire qu'elle est assignée par l'ensemble de ces protocoles, assignation à une identité qui n'est pas plus authentique que la précédente, puisqu'elle s'est construite, comme la précédente, à la faveur d'identifications et contre-identifications sociales et familiales, souvent vécues chez ces jeunes dans un environnement perturbé, mais sans avoir l'authenticité du sexe anatomique de naissance, authenticité qu'un sexe construit artificiellement n'aura jamais. Les divers étayages médico-sociaux revendiqués comme « affirmatifs » du genre déclaré par un adolescent sont largement préconisés et organisés souvent très rapidement par les intervenants travaillant dans ce champ : ils ne peuvent que fixer un jeune dans son identité inversée, et ne lui permettent certainement pas de réfléchir. Cette représentation d'une transition familiale, sociale, scolaire, qui devrait être mise en place dès qu'un jeune a déclaré une identité inversée conduit inéluctablement à une médicalisation, comme l'a montré le documentaire suédois « Trans train ». Cela est encore plus vrai d'une approche Trans-affirmative qui n'interroge pas les facteurs qui ont pu participer à troubler une perception identitaire, interrogation qui est perçue comme transphobe¹⁷. Une autre approche est possible et devrait être priorisée, compte tenu de toutes les nouvelles études qui seront ici présentées, et qui montrent l'importance et la fréquence des psychopathologies associées existant avant la dysphorie : elles jouent un rôle majeur dans l'expression d'une souffrance, et les sous-estimer, voire les ignorer pour ne prendre en compte que la dysphorie est un risque majeur de maltraitance que courent ces jeunes. L'accueil de ces adolescents devrait bénéficier du cadre d'une neutralité bienveillante qui devrait séparer prise en charge psychothérapique et médicalisation somatique, la première ne devant pas conduire à la seconde, car dans ce cas elle n'est plus neutre et moins encore bienveillante, l'adolescent ne pouvant qu'investir la thérapie dans le but de conduire le thérapeute à la médicalisation¹⁸. Une telle prise en charge ne peut qu'aggraver la confusion entre réalité corporelle et fantasme et soutenir la toute-puissance des adolescents dans la croyance en un possible changement de sexe,

¹⁶ A.L.C. DeVries, J.K. Mac Guire, T.D. Steesma et al young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment Pediatrics oct 2014 Vol 134 Issue 4 Page 225

¹⁷ Pullen sans Façon, médico D., jeunes Trans et non binaires, de l'accompagnement à l'affirmation Les éditions Remue-ménage 2021

¹⁸ S. Hefez Transitions réinventer le genre Calmann-Levy p46

changement qui n'est cependant pas réalisable. Dans le magnifique ouvrage de P-H Castel, « La métamorphose impensable », un militant Trans, T. Webb, écrit « Beaucoup de transsexuels prétendent qu'ils sont des femmes, quand nous sommes en fait des hommes ; bien que des hommes avec un besoin désespéré d'être des femmes. Quel que soit notre besoin, cependant, il ne change rien au fait que nous sommes ce que nous sommes »¹⁹. Et les trans savent bien qui ils sont et qui ils resteront, ils ne sont pas délirants.

Tout ce qui est mis en place dans cette transition rend une éventuelle détransition très difficile, comme le confirment ceux et celles qui ont eu le courage de détransitionner pour retrouver leur identité authentique.

La vraie raison de l'indication de ces traitements, la voici : « il importe de considérer les résultats futurs anticipés et d'augmenter les chances d'obtenir des résultats esthétiques plus souhaitables ou confortables pour la personne »²⁰. Ce qui signifie que les médecins considèrent que dès l'âge de 8, 9 ans, l'avenir de Trans d'un enfant est tracé, et de lourds traitements hormonaux sont entrepris dans le but de favoriser la transition corporelle.

Cependant, les chirurgiens de Trans célèbres comme E. Bowers²¹ disent que les organes sexuels très peu développés par la prise longue durée d'hormones empêchant la puberté, associés ensuite au blocage gonadique engendré par les hormones sexuelles inversées, posent de grandes difficultés opératoires pour construire un néo-sexe, du fait d'un manque de tissus nécessaires à la reconstruction. Les difficultés sexuelles secondaires à ces difficiles chirurgies sont bien décrites aujourd'hui, anorgasmie notamment.

- Si des adolescents arrivent alors que la puberté a démarré ou est achevée, les bloqueurs de puberté peuvent encore être utilisés. Pourtant, ce traitement n'empêche pas une puberté qui a déjà eu lieu ; s'il s'agit de mettre au repos les testicules ou les ovaires, cela pourrait être effectué beaucoup plus simplement et avec moins d'effets secondaires par les progestatifs que par les bloqueurs de puberté. Des traitements progestatifs bloquent aussi bien la production hormonale testiculaire qu'ovarienne, avec une bien meilleure tolérance, et un moindre coût. L'engouement des centres de transition pour les bloqueurs de puberté dans cette seconde indication est bien peu rationnel.

Que disent les nouvelles études : Turban est un célèbre médecin de Trans, dans la veine « affirmative » et pro bloqueur de puberté. La conclusion de sa dernière étude veut encore nous faire croire à l'efficacité anti suicidaire de ces traitements, mais elle démontre le contraire malgré lui... Turban ²² montre que les 2 études publiées dans lesquelles les effets positifs du traitement bloqueur de puberté sur la santé mentale des jeunes transgenres ont été examinés ont des biais importants qui les rendent peu crédibles. Dans la première, (celle de De Vries déjà citée) si les auteurs concluent à un effet positif, il n'y a pas de groupe témoin. Dans la deuxième, les chercheurs ont suivi un groupe de 201 adolescents atteints de dysphorie de genre et ont constaté que ceux qui recevaient une suppression pubertaire en plus d'un soutien psychologique avaient un fonctionnement global supérieur, par rapport à ceux qui ont reçu un soutien psychologique seul, mais les familles dans lesquelles vivent ces enfants sont très différentes de

¹⁹ Castel P.H. citant T. Webb, *op.cit.*, p. 180. Dans la métamorphose impensable Gallimard 2003

²⁰ S. Gosh et A. Gorgos *ibid*

²¹ Weiss B. Entretien entre Abigail Schrier et M. Bowers 4 oct 2021 Commun senses

²²: Turban JL, King D, Carswell JM, et al. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*. 2020;145(2): e20191725

celles qui n'ont pas de traitement et sont moins soutenantes, ce qui est un facteur majeur bien connu dans le bien-être des enfants²³.

Dans la dernière publication de Turban, sur 20 619 répondants trans de 17 à 36 ans, deux groupes sont sélectionnés : le groupe traité par bloqueurs de la puberté représente 2,5 % des trans soit 89 personnes, ceux qui auraient voulu avoir un traitement, seulement 16% soit 3494. Ainsi, le désir d'un traitement bloqueur de puberté est très minoritaire chez les trans. Si seuls les deux derniers groupes sont étudiés, le fait de vouloir un traitement et de ne pas l'avoir eu représente un biais en soi : ceux qui désirent un traitement vont possiblement plus mal que les autres et peuvent penser qu'un traitement aurait changé leur mal-être.

Le groupe traité est plus jeune que le groupe non traité et comporte plus de garçons, alors que dans le second, on observe une surreprésentation de filles.

Sont étudiées les idéations suicidaires de la dernière année et celles durant toute la vie, les tentatives de suicides de la dernière année et les tentatives durant la vie. Le groupe traité diffère beaucoup du groupe non traité, tant par le niveau socio-économique ou le soutien familial, tous facteurs qui sont bien moins bons dans le groupe non traité (23% de familles rejetantes et seulement 50% de familles supportives dans le groupe non traité alors qu'on trouve plus de 80% de familles supportives dans le groupe traité). Ces différences, une fois pondérées statistiquement, ne permettent pas de conclure à un avantage du traitement. Ce que montre clairement cette étude, c'est que le blocage de la puberté n'empêche pas les tentatives de suicide, contrairement à ce qui est habituellement affirmé : 16 tentatives de suicides (18%) dans l'année précédente l'étude, dont 5 ayant conduit à une hospitalisation, ont été réalisées par des trans ayant été pris en charge médicalement et traités depuis le début de la puberté et dans les familles les plus soutenantes. Cette sursuicidalité n'est pas plus élevée dans le groupe non traité précocement, de même que les tentatives de suicides sont égales dans les deux groupes durant « toute » la vie. Les idées suicidaires dans le groupe traité sont également élevées : 45 (50%) ont eu des idées suicidaires la dernière année ; 32 (36%) ont vécu une détresse psychologique le dernier mois ; 24 (27%) ont utilisé des drogues le dernier mois. La seule différence entre les deux groupes est une idéalité suicidaire durant la vie un peu plus importante dans le groupe non traité, mais c'est une question à laquelle il n'est pas simple de répondre quand on est plus âgé, ce que sont les Trans du groupe non traité, et que plus le temps a passé, moins les souvenirs sont précis, alors que sur l'année précédente les réponses sont équivalentes ; et que représente une idéalité suicidaire un peu plus élevée si elle ne s'accompagne pas de tentatives de suicides plus nombreuses ? de plus, la surreprésentation des filles dans le groupe non traité peut participer à expliquer des idéations suicidaires plus fréquentes : dans les statistiques de dépression et de TS les filles sont plus représentées que les garçons.

Cette étude qui porte sur l'utilisation précoce des bloqueurs de puberté montre également que les traitements par hormones sexuelles inversées qui suivent immédiatement les bloqueurs, donnés à 15 ou 16 ans, sont également inefficaces pour améliorer la santé psychique et la suicidalité de ces jeunes alors que dans le groupe « non traité », les hormones inversées sont débutées après la majorité et ces jeunes Trans ne vont ni plus mal, ni mieux que ceux du groupe traité précocement. C'est donc l'ensemble des traitements précoces, voire des chirurgies, puisque certains de ces jeunes ont été opérés, que l'étude de Turban remet en cause.

²³ Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med.* 2015; 12(11):2206–2214

Ce qui signifie que ces jeunes, traités et transformés, continuent, pour nombre d'entre eux, à ne pas aller bien. Par ailleurs, ces études ne disent rien de ceux qui peuvent être décédés après TS ou accidents qui représentent souvent une TS masquée.

Toutes ces informations ne sont pas sans poser une question : pourquoi des jeunes très bien soutenus familialement, qui vivent dans de bonnes conditions économiques et sociales, qui ont bénéficié d'une prise en charge médicale précoce, qui a probablement comporté une prise en charge psychologique associée au traitement médical et aux chirurgies, dont la transformation corporelle est effective et le statut social de genre reconnu, pourquoi ces jeunes vont-ils si mal ?

La première réponse est probablement la prise en charge inadéquate, insuffisante ou absente des psychopathologies associées. Autre façon de l'exprimer : la souffrance psychique de ces jeunes trouve à se rationaliser dans une identification Trans et une demande de transidentité, mais en fait, elle n'est pas directement liée à ce problème. Une majorité de détransitionneurs le disent,²⁴ et il est très important de les entendre car ils parlent également de nombre de jeunes Trans qui ne peuvent pas ou n'envisagent pas de détransitionner, mais sont pris dans les mêmes difficultés.

Certains jeunes sont bloqués dans un corps, dans un sexe avec lequel ils restent en difficultés. Pendant la transition et même après, la dysphorie peut persister voire s'aggraver, conduisant certains à multiplier les interventions qui ne résolvent rien. C'est une situation que j'ai pu observer chez des adultes restés Trans mais qui vivent des périodes de réactivations dysphoriques qui les conduisent souvent à des reprises des chirurgie. D'autres ne sont pas heureux de leur état mais ils en ont tant fait qu'ils ne peuvent envisager de détransitionner : la détransition demande une énergie considérable ; il faut reconnaître qu'on s'est trompé, qu'on a massivement perturbé sa famille et ses amis pour imposer sa nouvelle identité, qu'on a créé une nouvelle socialité Trans dont on va être rejeté et souvent très brutalement... Alors, même malheureux, certains essaient de s'accorder à cette nouvelle identité, ce nouveau genre, mais ils le traduisent par des comportements d'addiction, des idéations suicidaires... Pour certains, qui ont détransitionné, la période de transition a été extrêmement mal vécue, avec des habitus du sexe initial qui perdurent et qui les mettent en difficultés relationnelles, et cela peut s'observer chez des Trans qui ne détransitionnent pas. La vie de Trans, pour de nombreuses personnes, n'a rien de nirvanesque comme certains médias peuvent nous le montrer, ni ne réalise un long fleuve tranquille, et il est important que les jeunes en soient informés. Peut-être également les médecins de ces adolescents.

Une autre étude beaucoup plus rigoureuse que celle de De Vries, avec pondération statistique des facteurs qui jouent un rôle majeur dans la santé psychique des Trans, contredit radicalement ce qui nous est dit des adolescents qui vont si bien quand ils ont été traités par bloqueurs e puberté.

Elle a été publiée très récemment par le GIDS britannique, centre de référence mondial de la prise en charge des mineurs Trans.²⁵

44 adolescents rentrent dans l'étude, 25 garçons de naissance, et 19 filles, dont la puberté était bien avancée ou achevée, et qui présentaient une dysphorie de genre avérée, diagnostic porté après après une expertise de 6 mois comportant une consultation mensuelle, s'attachant à une évaluation psycho-sociale et somatique. L'âge moyen est de 13,6 ans. Un traitement par

²⁴ Vandenbussche E, Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey JOURNAL OF HOMOSEXUALITY 2021, AHEAD-OF-PRINT, 1-19 <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>

²⁵ Carmichael P., Butler G., et al short term of pubertal suppression in a selected cohort of 12- to 15-year-old young people with persistent gender dysphoria in the UK Plos one fevr 2021

bloqueurs de puberté est mis en place et des évaluations régulières sont réalisées tous les 6 mois, tant sur le plan somatique que psycho-sociale, à l'aide de questionnaires. Ces évaluations sont effectuées pendant la durée du traitement (36 mois), et la dernière six mois après arrêt. 98% d'entre eux ont alors débuté un traitement par hormones inversées, mis en place à l'arrêt des bloqueurs de puberté. A 6-15 mois, l'humeur est plus positive pour 49% d'entre eux, ce qui signifie que ce n'est pas le cas pour les 51% autres, à une période de début de traitement où l'effet placebo est toujours le plus grand. Sur le plan psychologique et social, il n'y a ni changement dans la qualité de vie, ni modification des fonctions psychologiques, ni du degré de dysphorie, ni modification de l'image. Il n'y a pas de modification des comportements d'auto-agression (self-harm) et les idéations auto-agressives persistent. 30% à 40% des jeunes expriment une vitalité réduite. De nombreux effets secondaires sont rapportés, ainsi qu'une prise de poids fréquente.

Si les médecins, dépités, concluent cette étude en disant que les jeunes se seraient aggravés sans traitement avec la métamorphose pubertaire, ce commentaire ne peut être pris en compte alors que la très grande majorité des adolescents avaient déjà achevé leur puberté au début de l'étude et que pour les autres, elle était déjà bien entamée ; et l'âge de 13,6 ans moyen au début de l'étude le confirme. Mais ce commentaire montre à quel point il est difficile de remettre en cause ses habitudes de prescription. Si l'utilisation des bloqueurs de puberté chez les jeunes dysphoriques a été légitimée par la difficulté de vivre les transformations pubertaires afin de réduire le vécu dysphorique, les symptômes de dépression et le risque suicidaire accru chez ces jeunes, ces études démontrent le contraire : la persistance des difficultés de ces jeunes, et leur sursuicidalité persistante est observée.

A) ASPECTS PHARMACOLOGIQUES DES BLOQUEURS DE PUBERTE²⁶

Les bloqueurs de puberté utilisés sont représentés par

-la leuproréline, commercialisée en France sous le nom d'Enanthone ; elle est disponible sous forme d'injection, avec de faibles doses en injection quotidienne, et des formes à libération prolongée, dont le dosage est plus important. (3,75MG, 11,25mg,). Dans les pays anglo-saxons, ce médicament est commercialisé sous le nom de LUPRON.

-La triptoréline, commercialisée sous le nom de Décapeptyl, sous forme d'injection avec, comme le produit précédent, des faibles doses en injection quotidienne et de fortes doses en libération prolongées. (0,1mg, LP 3mg, et 11,25mg,). En pédiatrie, sont utilisées les produits à libération prolongées.

Les doses les plus fortes sont réservées à la carcinologie.

Les indications de ces médicaments sont multiples : elles sont dominées par celles gynécologiques, carcinologiques et de PMA.

Pour les indications de puberté précoces, seules sur lesquelles des informations sont réunies en pédiatrie, la dose de 11,25mg est conseillée et répétée tous les 3 mois. Pour les filles, le traitement doit être arrêté avant 12 ans d'âge osseux et chez les garçons avant 13-14 ans.

Pour les jeunes enfants Trans dont la puberté va être bloquée, la durée du traitement est plus longue et s'étend pendant environ 5 ans, jusqu'à l'âge de 15 ans. Dans le deuxième mode d'administration des bloqueurs de puberté, c'est à dire chez les jeunes qui ont achevé partiellement ou totalement leur puberté, qui sont les plus nombreux, la durée du traitement est moindre, mais pour les premiers et les seconds, les risques délétères sur le capital osseux et la

²⁶ Pour tous les chapitres, toutes les données entre guillemets non spécifiquement référées sont issues du dictionnaire VIDAL, bible de la pharmacologie française.

fragilisation osseuse provoquée par les bloqueurs de puberté sont des risques importants sur lesquels nous avons peu d'éléments. Nous le reverrons.

Effets secondaires

Les effets classés selon le système Médra, c'est-à-dire

Est considéré fréquent un effet survenant moins d'une fois sur 100 (ou égal à 1/100)

Et peu fréquent un effet si survenant au-delà de 1/100 jusqu'à 1/1000.

Effets fréquents ou très fréquents :

Baisse de la libido, Paresthésies des membres inférieurs, Douleur dorsale, Hyperhydrose, Asthénie, Anémie, Réactions allergiques, céphalées, Sensation vertigineuse, Hypertension, Bouche sèche, Douleurs musculaires, Douleurs pelviennes, Réactions au site d'injection

Poids augmenté

Perte de la libido

Dépression

Changements d'humeur

Ces derniers effets sont à souligner, les risques de dépression étant déjà élevés chez les jeunes Trans. Les idéalisés suicidaires pourraient être majorés par les traitements en eux-mêmes.

Effets rares

Rhinopharyngite, Réaction anaphylactique, **Etat confusionnel**, Problème de mémoire, Purpura, Anorexie, Diabète, hyperlipidémie, Appétit augmenté, **Insomnies**, **Irritabilité**, Acouphènes vertiges, acné, myalgies, **Atrophie testiculaire**, Somnolence

Et cette liste n'est pas exhaustive

Nous pouvons l'observer, ces médicaments n'ont pas une bonne tolérance avec des effets secondaires nombreux et fréquents.

Si j'ai l'expérience de cette tolérance limitée dans les indications gynécologiques, paradoxalement, la tolérance dans les publications pédiatriques semble assez bonne, alors que les effets secondaires habituellement décrits chez les adultes sont nombreux, dont certains présentant une gravité avérée, comme l'hypertension. Les médecins qui prescrivent ces traitements chez les enfants en sont partie prenante, et ne sont pas dans une attitude qui favorise l'expression ou l'écoute de symptômes négatifs ; alors qu'ils tendent à vouloir en démontrer les effets positifs. Il en va de même des adolescents qui, ayant demandé avec véhémence des traitements, peuvent avoir tendance à en minimiser les effets secondaires, ce que soulignent Bourgeois et col.²⁷ Cependant, chez les enfants, la survenue de maux de tête est observée dans 1/3 des cas, ce qui est important et constitue un symptôme invalidant. Les bouffées de chaleur ne sont pas rares. Quelques signes digestifs comme vomissement, nausée ou diarrhée sont constatés dans moins de 5 % des cas. De rares cas d'allergie locale ou générale ont été constatés. La douleur au point d'injection est constante, marquée autant lors des injections sous cutanées qu'avec des intramusculaires. Au cours du traitement il existe des modifications corporelles avec une diminution nette de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse ; une

²⁷ Bourgeois AL, Auriche P, Palmaro A, Montastruc JL, Bagheri H. et col Risk of hormone therapy in transgender people: Literature review and data from the French Database of Pharmacovigilance. Ann Endocrinol (Paris). 2016 Feb;77(1):14-21. doi: 10.1016/j.ando.2015.12.001. Epub 2016 Jan 29. PMID: 26830952 Review.

prise de poids peut ainsi s'observer, qui peut être mal tolérée pour des jeunes présentant une dysphorie corporelle.

La minéralisation osseuse est affectée par ces traitements : la puberté est le moment où s'observe le pic de la constitution de la masse osseuse. Cet accroissement du capital osseux est empêché par ces traitements, comme on l'observe chez les jeunes anorexiques dont la fonction ovarienne est bloquée. Il semble que la minéralisation osseuse se répare quand le traitement est arrêté mais le recul est insuffisant pour avoir des données fiables. La densité osseuse reste cependant inférieure aux z-scores avant traitement même à l'âge de 22 ans après plus de 5 ans de traitement par hormones sexuelles.²⁸Le risque d'ostéoporose est également manifeste dans les indications post-pubertaire, en attente du traitement hormonal inversé.

La taille²⁹ est aussi affectée, puisque la puberté normale s'accompagne d'un pic de croissance. Les enfants ainsi traités ont une taille réduite de quelques centimètres par rapport à celle qu'ils auraient eu sans traitement. Pour les filles trans M->F, c'est peut-être un bénéfice, mais pour les garçons trans F->M, qui ont déjà une taille inférieure à celle de leurs pairs-cis, cela peut représenter un handicap.

La fertilité peut être altérée puisque les organes sexuels, ovaires et testicule ne se développent pas à une période où ils devraient augmenter de volume pour assurer leur fonction, et le traitement hormonal anti-physiologique va poursuivre ce blocage de la fonction gonadique.

Les effets potentiels sur la maturité de certaines zones du cerveau par les hormones sexuelles sont suggérés par des études qui démontrent l'importance des oestrogènes et de la testostérone pendant l'adolescence : la testostérone favoriserait le développement spatial et les estrogènes la maturation émotionnelle.³⁰L'absence de ces hormones à la puberté ne permet pas cette maturation.

Le traitement met des enfants sains dans une médicalisation lourde, qui est arrêtée plus tardivement que celle donnée pour puberté précoce : en effet, dans une puberté précoce, le traitement est arrêté à l'âge normal de la puberté, soit vers 12,5 ans, ce qui permet à ces jeunes de vivre une adolescence normale, ce dont les endocrino-pédiatres étaient jusqu'à présent soucieux. Pour les jeunes trans, cette médicalisation, avec les injections régulières, la surveillance biologique et radiologique, les consultations médicales... entraînent un statut de **malade chronique**, avec un retentissement majeur et inéluctable sur l'enfant et la famille³¹. Ce traitement, plus prolongé que celui des pubertés précoces, arrêté à 15 ou 16 ans, est remplacé par des œstrogènes ou des androgènes, utilisés en emploi inversé de la physiologie. Ainsi, les jeunes traités par bloqueurs de la puberté auront été empêchés de vivre une adolescence normale tant sur le plan physiologique que psychologique. Si les mouvements adolescents sont difficiles et douloureux pour tous les jeunes, ils sont aussi nécessaires pour grandir ; ces jeunes trans

²⁸ Vlot MC, Klink DT, Heijer M den, 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 95 11–19. doi:10.1016/j.bone.2016.11.008.

²⁹ CareL J-C Les indications des traitements freinateurs de la puberté en pédiatrie, académie nationale de médecine

³⁰ S. Gosh et A. Gorgos, « l'accompagnement pédiatrique et les traitements hormonaux », in *Jeunes Trans et non binaires* *ibid*

³¹ I.Adomnicai, *Corps malade et adolescence, Adolescence et psychanalyse* Ed In Press 2004

vivront un court-circuit d'adolescence dont nul ne peut prévoir les conséquences, sauf une : la médicalisation mise en place, entendue au sens large, médicamenteuse, sociale et familiale, compromettra la possibilité d'un retour en arrière dans le sexe initial si un adolescent se rend compte après l'adolescence que le problème n'était pas le genre

II Les androgènes (testostérone et dihydrotestostérone)

PHARMACOLOGIE

Ce traitement est indiqué pour les hypogonadismes masculins ; il est prescrit hors AMM (autorisation de mise sur le marché) pour les femmes.

« Chez l'enfant, en plus de la virilisation, la testostérone peut entraîner une accélération de la croissance et de la maturation osseuse, ainsi qu'une soudure prématurée des cartilages de conjugaison, ceci conduisant à une diminution de la taille définitive. En conséquence, l'utilisation de ce Médicament n'est pas recommandée chez les enfants et adolescents. » : Il n'y a pas eu d'études cliniques chez les jeunes de moins de 18 ans.

1) Médicaments contenant de la testostérone :

Androtardyl : injection tous les 15 jours à 3 semaines

Nebido : injections toutes les 10 à 14 semaines moins maniable et plus coûteux ; non remboursé.

Pantestone : gelules per os moins efficace

Le médicament le plus utilisé dans les indications d'hommes-Trans est l'Androtardyl. Le dosage de testostérone permet d'adapter l'espacement des injections.

2) Effets de la testostérone chez les filles : les effets virilisants apparaissent très rapidement et sont irréversibles

- Modification de la voix
- Développement de la pilosité
- Perte des cheveux : golfes temporaux
- Développement de la masse musculaire
- Clitoromégalie
- Diminution du volume mammaire

3) Effets secondaires

Tous ont été rapportés quels que soient les androgènes utilisés. La fréquence de ces effets a été étudiée avec le Nébido, et elle peut être inférée aux autres médicaments puisque tous sont de la testostérone, à l'exception possible de moindres effets métaboliques et vasculaires des traitements percutanés. Les effets sont classés selon le système Médra.

Ces effets ont été étudiés sur une population exclusive de 422 hommes, et un lien de causalité a été démontré entre les effets secondaires et l'administration de testostérone.

- Effets associés fréquents

-Irritabilité, prise de poids, nervosité, modification de la libido avec hyperexcitation sexuelle ; bouffées de chaleur sont des effets fréquents, ainsi qu'une hyperséborrée et une acné.

-Le risque de polyglobulie, également fréquent, impose de contrôler régulièrement le taux d'hémoglobine et d'hématocrite. Avec les produits injectables, les réactions au point d'injection sont fréquentes. Des signes vagues (malaises, étourdissements) peuvent également survenir.

- chez les filles : des saignements gynécologiques ne sont pas rares et demandent l'adjonction de progestatifs pour les faire cesser. Une aménorrhée et une sécheresse de la vulve sont fréquentes.

-Les autres effets secondaires sont peu fréquents mais nombreux

Il faut souligner :

-Affection psychiatriques : **Trouble de l'humeur, nervosité, dépression, agressivité** : les filles Trans décrivent souvent ces perturbations.

-Effets cardio-vasculaires : la testostérone peut entraîner **une augmentation de la pression artérielle**.

-Tumeurs :

« Les cancers hépatiques associés à des posologies élevées de testostérone sont connus, bien que rares ».

Les stéroïdes sexuels sont bien connus pour favoriser le développement et la croissance de certains tissus et tumeurs hormono-dépendantes.

- Fertilité

« Des doses élevées de testostérone induisent une diminution réversible de la spermatogénèse et une diminution de volume des testicules. »

Pour les jeunes filles, quand cet effet de diminution du volume ovarien survient après celui effectué par les bloqueurs de puberté, la fertilité peut en être affectée.

« Les androgènes ne doivent pas être utilisés pour accroître la masse musculaire des sujets en bonne santé, ni pour augmenter les capacités physiques. » : ce qui est une utilisation d'hommes-Trans non rare et peut les conduire à majorer les doses.

« L'administration de testostérone est contre-indiquée pendant la grossesse avec des risques de masculinisation d'un fœtus féminin. » Ce risque doit être gardé en vue chez les hommes Trans ayant des rapports avec des hommes, car la dysphorie de genre peut empêcher ces garçons avec ovaires et utérus de penser qu'ils peuvent être enceints. « Les recherches sur les effets embryotoxiques ou tératogènes n'ont pas montré d'élément laissant prévoir un effet embryotoxique ultérieur. »

Les effets secondaires décrits ne sont pas exhaustifs, les autres étant très rares.

Au total : « Les résultats disponibles ne montrent aucune objection à l'utilisation d'Androtardyl chez l'homme, dans le respect de son indication et à la dose autorisée », ce qui n'est pas le cas pour son administration chez des jeunes filles et des femmes.

Concernant les androgènes, il n'y a pas eu d'étude ayant permis leur autorisation de mise sur le marché (AMM) concernant les femmes. C'est une limite très importante aux effets connus de

ces traitements.³² Les indications de l'AMM, et les données sur la tolérance et sur effets secondaires de ces traitements sont toutes issues d'études exclusivement masculines. Ces données sont insuffisantes pour évaluer la tolérance et les effets négatifs chez les femmes.

De même, l'administration d'androgènes chez des enfants et adolescents manque cruellement d'études cliniques pour permettre de les leur prescrire.

4) Les complications spécifiques des androgènes sur les femmes :

Ils commencent à être démontrés : ainsi, des publications récentes font état de phlébite et d'embolie pulmonaire, qui touchent particulièrement les femmes traitées par androgènes. Le risque de phlébite moyen est doublé et multiplié par 5 après deux ans d'utilisation en comparaison des hommes. Le risque d'accident vasculaire cérébral est multiplié par 10 par rapport aux hommes et multiplié par 4 par rapport au groupe femmes après 6 ans d'utilisation.³³

Un facteur métabolique délétère sur le plan vasculaire est aussi démontré (taux de LDL augmenté)³⁴.

Conclusion : Les effets secondaires sont nombreux. Les jeunes Trans se plaignent souvent de ne pas avoir été informés des effets possibles des traitements, dont certains ont un retentissement sur le caractère, le comportement ou la sexualité.³⁵ Certains effets secondaires graves sont aujourd'hui démontrés avec des facteurs de risque élevés.

5) L'irréversibilité des effets virilisants

Ces effets sont rapides : une métamorphose physique et un changement de la voix peuvent être observés après trois mois de traitement.

De plus en plus de jeunes filles se déclarent Trans. En Suède, l'augmentation exponentielle, observée partout dans le monde (1500% à 4000%) est bien documentée et on observe deux fois et demie plus de demandes féminines que masculines.³⁶

Chez les filles, la métamorphose pubertaire est souvent insupportable ; la souffrance psychique et les multiples comportements à risques, souvent le double de ceux présentés par les garçons, en témoignent, dépression, auto-mutilation, tentative de suicide, troubles du comportement alimentaire qui s'observent en quasi-totalité chez des filles, et aujourd'hui 2 fois et demi plus de demande de transition. Qu'est-ce qui explique cette souffrance du féminin, ce désir de détruire le féminin en soi chez les jeunes filles, comme le réalise la transidentité : cette question cruciale se pose à notre société. Et la réponse n'est certainement pas l'anéantissement du féminin en devenant Trans. Mais un travail de fond sur cette question sociale majeure est absolument nécessaire.

³² Getahun D, Nash R, Flanders WD, et al. Cross-sex hormones, and acute cardiovascular events in transgender persons: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2018; **169**:205–213. doi:10.7326/M17-2785

³³ Ibid

³⁴ Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, Murad MH. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Nov 1;102(11):3914-3923. doi: 10.1210/jc.2017-01643. PMID: 28945852

³⁵ Elie Vandebussche (2021): Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey, *Journal of Homosexuality*, DOI: 10.1080/00918369.2021.191947

³⁶ Pour les filles : entre 13 et 17 ans, 180/100 000, entre 18 et 24 ans, 300/100 000
Pour les garçons entre 13 et 17 ans, 50/100 000, entre 18 et 24 ans, 150/100 000

Par ailleurs, nombre de ces jeunes filles dont l'orientation sexuelle est lesbienne sont en difficultés pour affirmer une telle orientation et se déclarent trans. Celles qui font une détransition, et elles sont de plus en plus nombreuses, le disent.

Une durée de 6 mois (celle qui permet « d'établir le diagnostic ») est bien courte dans une vie de jeune pour affirmer le diagnostic de dysphorie de genre et ce n'est pas les quelques mois supplémentaires d'une évaluation médicale éventuelle qui peuvent permettre la mise en route d'un traitement dont les effets sont irréversibles.

Si l'incongruence de genre n'est plus une pathologie, et si la transidentité n'engendre pas nécessairement de souffrance ³⁷, si les souffrances éventuelles ne sont pas réglées par les traitements hormonaux, comme le montrent les études analysées, de façon paradoxale, c'est alors la médicalisation qui pathologise cet état et qui en produit les risques. L'utilisation de traitements dont les effets secondaires ne sont pas négligeables et dont certains sont graves doit être soulignée. L'irréversibilité des effets virilisants peut grever l'avenir de ces jeunes filles, qui sont aujourd'hui les plus nombreuses à détransitionner. En somme, on peut dire que la médico-chirurgie à l'adolescence est un des risques majeurs auquel ces jeunes sont exposés.

Plus jamais un jeune garçon ou une jeune fille ne devrait pouvoir dire comme Keira Bell, une jeune anglaise qui a porté plainte contre la clinique Tavistoc dans laquelle elle a été traitée : « J'étais une fille malheureuse qui avait besoin d'aide. Au lieu de ça, j'ai été traitée comme une expérience »

III Les traitements hormonaux des Trans M-F

Les garçons, après qu'ils aient ou non reçu des bloqueurs de puberté, quand ils arrivent à l'âge de 15-16 ans, vont être traités par hormones sexuelles inversées. Deux types de médicaments peuvent être associés :

1) La classe des anti-androgènes (qui bloquent l'action des hormones masculines)

Elle comporte plusieurs molécules utilisables. En France, et en Europe de façon plus générale, l'acétate de cyprotérone (commercialisé sous le nom d'Androcure) était le plus utilisé, à la dose de 50 à 100mg. Ce médicament est le plus puissant des anti-androgènes car il bloque la sécrétion d'hormone mâle (testostérone) produite dans les testicules et il s'oppose à l'action de la testostérone sur les récepteurs hormonaux qui sont présents sur les tissus cibles, par exemple sur le follicule pileux. Il a donc une action dévirilisante essentielle, et pour les hommes qui ont une pilosité fournie, il joue un rôle très positif sur la régression de la pilosité, notamment associée à l'épilation laser ou électrique. Ce médicament, qui a une très bonne tolérance et une grande efficacité était utilisé largement, mais la publication d'un risque très augmenté de méningiome depuis 2018 a profondément modifié les pratiques. Médecins et patients redoutent cet effet qui se produit lors d'une utilisation de quelques années à des doses de 50mg, doses habituellement prescrites aux Trans. Rares sont les patients prêts à ce risque, et la surveillance cérébrale, si le traitement est malgré tout utilisé, est lourde : IRM cérébrale avant prescription et répétée tous les deux ans.

La spironolactone est un diurétique ayant une faible activité anti-androgène, qui, malgré sa faible efficacité peut être administré chez les Trans. Ce médicament présente de nombreuses

³⁷ S. Hefez Chapitre I, *Ibid*

contre-indications quand d'autres traitements sont prescrits, notamment des traitements épargneurs de potassium, ou lithium qui peut être utilisé sur le plan psychiatrique par des jeunes qui présentent une bipolarité. Les anti-inflammatoires, médicaments souvent prescrits pour des douleurs sont également contre-indiqués. De nombreux effets secondaires sont également décrits. Compte-tenu de la très faible efficacité anti-androgène, la balance bénéfice-risque de ce médicament dans cette indication n'est pas positive.

2) Les traitements estrogéniques sont utilisés pour leur action féminisante.

Si ces traitements étaient associés auparavant à l'Androcure, dont l'action dévirilisante était importante, de plus en plus de Trans vont recevoir des estrogènes seuls et ils sont très attachés à l'action féminisante de ces médicaments. Cependant, leur action est très variable d'un sujet à l'autre, et demande du temps pour être visible. L'action essentielle des estrogènes est la poussée mammaire, qui est lente ; elle débute après plusieurs mois de traitement et on peut estimer qu'elle ne se modifiera plus après deux ans. Il y a extrêmement peu d'autres effets féminisants des estrogènes. Pas d'action évidente sur la peau (les effets positifs sur la peau étaient souvent liés à l'acétate de cyprotérone), parfois petite prise de poids, très peu de modification de la répartition des graisses. Bref, les Trans sont souvent déçus et certaines peuvent dépasser les doses prescrites en espérant avoir plus d'effet, ce qui n'est pas le cas. L'effet sur le développement mammaire, malgré des doses d'estrogènes toujours supérieures à celles qu'on donne chez les femmes, est le plus souvent réduit et considéré par beaucoup de trans comme insuffisant. Il en résulte une pose fréquente de prothèse mammaires. Quand une dose supra-physiologique d'estrogènes est donnée et que les seins ne poussent pas, il ne sert à rien d'augmenter les doses de traitement : cela signifie simplement que les récepteurs aux estrogènes de ces hommes sont peu sensibles, notamment dans leur capacité à multiplier les cellules mammaires, tout comme chez certaines femmes génétiques qui ont un petit développement mammaire. Il faut aussi prendre en compte le fait que l'effet des estrogènes donnés à des femmes et à des hommes n'est pas équivalent : il faut le souligner encore, nous ne sommes pas dans une action physiologique.

3) Plusieurs types d'estrogènes sont prescrits_ :

-les estrogènes naturels donnés par voie orale (estradiol 2 à 4mg) doivent être préférés aux estrogènes de type éthinyl-estradiol, qui présentent beaucoup plus d'effets nocifs métaboliques et cardio-vasculaires. Ils sont en général bien tolérés et faciles d'utilisation. Dans la mesure où le patient est un sujet jeune, sans antécédent personnel ou familial de maladie thrombo-embolique qu'il n'a pas de contre-indication métabolique, qu'il n'est pas fumeur, ce traitement peut être utilisé. Il n'y a pas de toxicité hépatique de ces traitements, contrairement à ce qui se véhicule sur les réseaux sociaux. L'impact hépatique concerne la production un peu accrue de protéines qui jouent un rôle sur la coagulation. En conséquence, chez certains sujets à risque, des thromboses vasculaires peuvent s'observer : l'absence d'antécédents de cet ordre chez eux ou dans leur famille doit être vérifié avant toute prescription.

-les estrogènes percutanés (estradiol transdermique 100ùg) : ce sont des estrogènes qui, étalés sous forme de crème sur la peau, peuvent pénétrer dans l'organisme. Ils sont mieux tolérés sur le plan métabolique et cardio-vasculaire mais d'application plus contraignante. Ils ont cependant les mêmes contre-indications que les estrogènes naturels.

De la même façon que pour les androgènes, toutes les études ayant conduit à vérifier la sécurité pour permettre l'autorisation de mise sur le marché ont été effectuées sur des femmes. Les

travaux conduits sur des Trans sont limités et ne permettent pas d'assurer la validité des données de pharmacovigilance connues.

4) Effets secondaires des estrogènes

Des études récentes montrent de façon consensuelle des risques métaboliques et cardio-vasculaires un peu accrus chez les M-F : le taux de triglycérides sont augmentés de façon significative dès 24 mois d'utilisation ; un petit nombre d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire, de thrombose veineuse et de surmortalité ont été décrits. Bourgeois et col.³⁸ signalent un surdosage volontaire fréquent des doses d'estrogènes prescrits, que j'ai également souvent observée. La déception induite par des effets limités, la croyance en une efficacité plus grande de doses plus fortes, ce qui ne se vérifie pas, et une utilisation qui peut prendre une allure toxicomaniaque, en sont responsables. En revanche, les effets indésirables constatés l'ont souvent été à cause des surdosages. Il est extrêmement important de prévenir les Trans et des effets limités des estrogènes, et des risques liés aux surdosages. De même, Bourgeois et col. signalent « le potentiel de sous-déclaration et de sous-identification des effets indésirables induits par l'hormonothérapie chez les personnes trans », ce que j'ai également remarqué.

Concernant le cancer : les cas de cancer de la prostate rapportés étaient possiblement déjà présents avant ces traitements, qui réduisent justement le volume prostatique. A long terme, les cas le cancer du sein sont extrêmement rares. Les seuls hommes à risques de cancer du sein sont ceux qui portent une mutation génétique familiale qui favorise la survenue de la maladie, qui peut alors apparaître chez des hommes jeunes. C'est la raison pour laquelle il importe d'être bien informés des antécédents familiaux de cancer du sein. Actuellement, il n'y a pas d'association significative retrouvée entre l'exposition aux hormones et le cancer ou la mortalité chez les personnes transsexuelles.³⁹

Selon la classification Médra :

Les effets fréquents suivants sont décrits : céphalées, modification du poids, en plus ou en moins, tension ou douleurs mammaires, prurit ou éruption cutanée, nausée, douleurs abdominales.

Parmi les effets peu fréquents, citons : les sensations de vertiges, les troubles visuels, les palpitations, une urticaire, une anxiété, **une baisse de la libido, une humeur dépressive**. Ces derniers doivent être pris en compte concernant des sujets souvent psychologiquement fragiles et dépressifs

5) La progestérone :

Cette hormone n'a pas d'action directement féminisante. Il n'y a aucun intérêt à donner cette hormone à un Trans M-F. Sauf parfois, après chirurgie sexuelle, les bouffées de chaleur observées après castration ne sont pas toujours calmées par les estrogènes ; la progestérone naturelle micronisée (100 à 200 mg) peut alors avoir un effet bénéfique pour aider au sommeil et limiter les réveils nocturnes provoqués par les bouffées de chaleur. Certaines patientes pensent que cette hormone favorise le développement mammaire ; aucune étude ne l'a jamais démontré.

³⁸ Bourgeois et col *Ibid*

³⁹ *Ibid*

IV L'effet de perturbateur endocrinien des hormones sexuelles.

« Un perturbateur endocrinien (PE) désigne une substance ou un mélange qui altère les fonctions du système endocrinien et de ce fait induit des effets néfastes dans un organisme intact, chez sa progéniture ou au sein de (sous)-populations. » OMS 2002

Les perturbateurs endocriniens agissent selon trois mécanismes principaux. Ils peuvent :

- -imiter l'action d'une hormone et provoquer des réactions inopportunes de l'organisme,
- -bloquer l'action d'une hormone en l'empêchant d'agir sur ses cellules cibles,
- -perturber la production, le transport, l'élimination ou la régulation d'une hormone ou de son récepteur.

Les perturbateurs endocriniens présentent d'autres particularités. A la différence de la plupart des substances chimiques « classiques », les effets engendrés par les perturbateurs endocriniens ne semblent pas nécessairement liés à la dose reçue par un individu. Certains effets pourraient apparaître à de faibles doses, diminuer lorsque les doses sont augmentées et s'accroître à nouveau pour des doses plus élevées. C'est ce que l'on appelle une relation dose-réponse non monotone.

Ces effets commencent à être bien documentés ; les risques sur l'environnement et la planète ne sont pas négligeables : des effets sur l'avancée de l'âge de la puberté et sur la détérioration de la fertilité masculine ont été montrés en lien avec l'action des hormones sexuelles. Des effets carcinogènes sont également connus. Dans son dernier rapport, le président du Réseau Environnement Santé de l'INCA (Institut national du cancer), plaide pour que les facteurs environnementaux soient davantage pris en compte par les autorités de santé.

Les adolescents, qui sont si sensibles, et à juste titre, aux problèmes écologiques, doivent être bien informés de ces actions et du rôle délétère de l'utilisation des hormones sexuelles qui leurs sont préconisées.

V La prise en charge des jeunes majeurs

Ils posent souvent les mêmes problèmes que les mineurs pour ceux qui ont moins de 25 ans : souvent non autonomes financièrement, encore en études ou déscolarisés mais souvent sans travail, ils vivent encore fréquemment chez leurs parents dont ils sont dépendants. Voici ce qu'en rapporte une étude du GIC (centre de référence britannique sur la transition). Elle s'attache notamment à décrire l'interruption du parcours de soins avant la fin du programme de transition ainsi que les détransitions de jeunes adultes⁴⁰. L'augmentation des demandes a été multipliée par quarante % en quatre ans, augmentation exponentielle des demandes de jeunes comme observées dans tout le monde occidental. 175 « utilisateurs de service » sont ainsi sortis du centre durant un an, entre 2017 et 2018. L'âge minimal de prise en charge est de 17 ans. L'âge moyen était de 25 ans, mais de 20 ans pour les filles qui représentaient 38% de cette population : il s'agit donc clairement de filles adolescentes. Le parcours de soins standard au cours de la période d'étude comprenait une évaluation initiale (généralement par un psychothérapeute) avec ou sans psychothérapie complémentaire, puis une évaluation diagnostique par un médecin (médecin généraliste [MG], médecin de santé sexuelle ou psychiatre) ou un psychologue, durant

⁴⁰ Hall R, Mitchell L., Sachdeva J, Accès aux soins et fréquence de détransition au sein d'une cohorte sortie d'une clinique nationale britannique d'identité de genre pour adultes ; Publié en ligne par Cambridge University Press :01/10/ 2021

laquelle un plan de traitement a été convenu avec un patient, dit « utilisateur de la structure de soins, en fonction de ses propres objectifs de transition. Pendant le traitement, les participants se sont vu proposer un suivi médical régulier et certains ont choisi de faire une psychothérapie, mais leur nombre de ces derniers n'est pas précisé. On ne sait pas non plus ni ce qui est appelé psychothérapie qui se résume souvent à un coaching de transition dans ces centres. L'absence de cette information ne semble pas liée ici aux responsables de l'étude, mais elle est très habituellement observée dans les études évaluatives sur la dysphorie de genre : la psychothérapie semble toujours être une parente pauvre des moyens de prise en charge des Trans, et dans les prises en charge hors centre, elle est le plus souvent inexistante.

Sur les 175 patients, 56% ont achevé le parcours de traitement. C'est donc presque la moitié des patients qui sortent avant d'avoir terminé leur transition : 94% ont eu recours aux hormones et 48% à une chirurgie de changement de sexe.

Au moins un problème de santé mentale précédemment diagnostiqué a été documenté pour 126/174 patients, soit 72,4 %, dont 63,2 % souffrant d'anxiété et/ou de dépression, 7% avec trouble de la personnalité et (4 %) avec un trouble du comportement alimentaire. Des troubles « neuro-développementaux » (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles du spectre autistique, dyslexie ou dyspraxie) ont été diagnostiqués dans 13 % des cas avec une documentation adéquate ; ces diagnostics concernaient principalement les moins de 25 ans, donc une majorité de filles. 22% avaient une utilisation régulière d'alcool ou de drogues. Une proportion écrasante de personnes (75%) avait eu des expériences négatives ou traumatiques pendant l'enfance, dont 22% des expériences de violence. 43% avaient des inquiétudes concernant leur santé mentale documentées pendant le traitement, un peu moins de la moitié ayant consulté en psychiatrie. Il y a eu trois suicides chez des personnes ayant accès au traitement. Si « moins de la moitié des personnes ayant un problème de santé mentale est prise en charge » alors qu'elles sont suivies pour leur dysphorie, ce chiffre est très sous-estimé : les causes de souffrance psychique et les psychopathologies sont répertoriées chacune séparément dans l'étude, alors que si on les additionnait, quasiment chaque personne en présenterait au moins une et souvent plusieurs. Et ne pas rapporter d'inquiétude sur sa santé mentale dans un questionnaire ne représente pas un bon critère pour apprécier les problèmes de santé mentale, quand on connaît la fréquence des dénis en ce domaine⁴¹ et la difficulté qu'ont les patients à consulter un psychiatre. Cependant, la massivité de ces troubles chez les jeunes Trans invite à une plus grande prudence dans les indications et à un suivi qui ne se limite pas à l'endocrinologie, concluent à juste titre les auteurs.

Si la quasi-totalité des personnes ont eu un traitement hormonal, 61% n'ont pas eu toutes les interventions initialement recherchées car elles ont changé d'objectifs, 22% se sont désengagées du suivi ou ont été renvoyées, 8,5% ont eu un état psychique ne permettant pas la poursuite, 5% ont arrêté la transition, 5% ceux qui sont ambivalents par rapport à la transition, 6% pour des raisons de santé, et 7% ont détransitionné.

Ces chiffres démontrent que, si ce n'est une insatisfaction, parce que cette question n'était pas posée comme telle, c'est du moins une inadéquation du plan de traitement qui n'est pas complété par de très nombreuses personnes. Presque le quart des Trans se sont désengagés du suivi, 15% ont eu des problèmes de santé mentale ou physique, 12% sont ambivalents ou ont détransitionné. Quant à ceux qui ne complètent pas la chirurgie, que peut-on en conclure ? Ont-ils réalisé les violences de la chirurgie, les risques ? se satisfont-ils de ce qu'ils ont réalisé ? désirent-ils préserver leur fertilité dans un but éventuel de parentalité ? en ont-ils assez d'une

⁴¹ Leboyer M., Lorca P-M, « Psychiatrie: l'état d'urgence, OMS Rapport sur la santé dans le monde », Paris, Fayard, 2018,

médicalisation déjà suffisamment lourde ? ou restent-ils insatisfaits mais sans espérance liées à des chirurgies complémentaires ? D'autres hypothèses restent en suspens et l'absence de question ouverte réduit les informations...

Cette étude montre également que les personnes qui ont une psychopathologie, une vulnérabilité psychique et/ou une utilisation de produit sont plus à même de quitter un parcours de soin qui ne correspond pas à leurs besoins. Une hypothèse doit être envisagée, qui conforte celle que nous avons envisagé déjà à la suite de l'utilisation massive des réseaux sociaux : l'identification aux jeunes Trans dont les témoignages prosélytes sont retrouvés sur internet joue d'autant plus un rôle qu'il existe une psychopathologie. La diffusion de la normalité psychique des Trans et d'une souffrance psychique exclusivement mise sur le compte de la dysphorie constituent un facteur de réassurance et peuvent faire espérer une guérison psychique avec la médicalisation de la dysphorie pour les personnes porteuses d'un trouble psychique. La stigmatisation de la psychopathologie et le soin de s'affirmer comme « normal psychique » sont certainement des facteurs qui jouent un rôle dans les néo-identification de genre. De ce fait, la dysphorie de genre pourrait être devenue le mode d'expression social dicible d'une souffrance psychique de toute nature et de toute gravité (c'est-à-dire Trans nosographique sur le plan médical), et l'on sait que chaque période a eu la sienne. Dans les années soixante-dix, les toxicomanies étaient le mode d'expression sociale de nombreuses psychopathologies, dans les années quatre-vingt, quatre-vingt-dix, c'étaient les troubles du comportement alimentaire, aujourd'hui ce sont les troubles de l'identité sexuée, très souvent associés à la consommation de produits et aux troubles du comportement alimentaire, et tous les trois ayant pour support des troubles identitaires et s'installant le plus souvent à l'adolescence. Nouveau mode d'expression dicible et moderne d'une souffrance psychique, cela jouerait également pour en accroître la fréquence. En faveur de cette hypothèse, la dysphorie pourrait peut-être en partie masquer la psychopathologie, ou en rendre le diagnostic plus difficile ; en conséquence, la surestimation d'une incongruence de genre et la sous-estimation des psychopathologies associées, au-delà des pratiques médicales qui tendent déjà à fonctionner de cette façon, comme l'affirme K. Zucker, pourraient être renforcées. Dans cette étude, les jeunes semblent nombreux à ne pas aller bien malgré les traitements reçus, impression qui n'est cependant pas quantifiée, mais les causes de l'interruption du suivi semblent bien en témoigner, comme elles témoignent également de l'inadéquation de la prise en charge médicale à leurs besoins. 7% de détransitions sont observées et les auteurs soulignent que, compte tenu du temps pour qu'une détransition s'affirme, ce chiffre est bien inférieur à ce qu'il sera dans cette population d'ici quelques années. Parmi les filles qui ont 20 ans en moyenne, dont certaines sont nécessairement plus jeunes, 90% ont déjà subi une mastectomie entre 17 et 20 ans, après une évaluation limitée à deux consultations pour être prises en charge, et alors que les troubles neuro-développementaux y semblent plus fréquents. Dans de nombreuses études elles sont les plus nombreuses à détransitionner, ce qui n'est pas le cas dans cette étude dont la population féminine est minoritaire. Ces interventions réalisées chez des filles si jeunes doivent être remises en cause.

Conclusion

« Les résultats des prises en charge pour la dysphorie de genre ont été définis de diverses manières, notamment la satisfaction du patient, la qualité de vie, la satisfaction corporelle, le bien-être mental et le regret. Les preuves se limitent à des méthodes transversales, longitudinales et rétrospectives, souvent de faible qualité. » écrivent les auteurs de l'étude du GIC. Nous partageons cette analyse et nous rapportons ici trois études très récentes dont la qualité méthodologique est bonne. Une étude des traitements hormonaux utilisés pour les

mineurs y est associée ; les effets secondaires publiés s'alourdissent éléments nouveaux qui demandent également à être pris en compte.

Les trois études analysées démontrent que la souffrance psychique n'est pas éteinte par la prise en charge médicalisée ni par les traitements qui ont pour but la transformation corporelle. Le changement de genre n'assure en rien une transformation psychique, ce qui avait déjà été montré chez l'adulte. Pourtant, les médecins des centres affirment que leur but n'est pas la transformation corporelle, mais l'amélioration de l'état psychologique. Si véritablement tel est leur objectif, ils n'ont plus de légitimation à prescrire ces traitements. D'autres modes de prises en charge doivent être offerts à ces jeunes. L'importance quantitative et qualitative de la psychopathologie présente chez les jeunes nécessite une prise en charge particulière qui ne semble souvent mal assurée dans les centres. C'est à cette problématique qu'il faudrait prioritairement répondre, ce d'autant que la légitimation des traitements hormonaux mis en place à cet âge est remise radicalement en cause par les études analysées: la sursuicidalité des Trans traités jeunes et ceux traités plus tardivement n'est pas différente, et la détresse psychologique des jeunes Trans traités précocement reste très élevée sous traitement médical comme après traitement, et non différente de ceux traités tardivement, à l'âge adulte.

Il est ainsi prouvé que « LE MALAISE PSYCHIQUE DANS UN GENRE NE SE RÉSOUD PAS PAR LE PASSAGE DANS L'AUTRE GENRE. » (P-H. Castel)⁴² La souffrance psychique, très souvent engendrée par une psychopathologie ou un trouble « neuro-développemental », reste le plus souvent intacte après la prise en charge corporelle et non modifiée par la transition.

Par ailleurs, comme le disent les auteurs d'un travail intéressant d'accompagnement par les arts de ces jeunes « Avant de souscrire à l'appellation Trans, non binaire ou en questionnement, les jeunes sont d'abord et avant tout des ados. L'adolescence, grande période de transition, s'accompagne entre autres d'un besoin d'expression de soi, d'une recherche identitaire, du développement de l'autonomie et de la contestation des règles sociétales. »⁴³ Cela doit être pris en compte pour éviter de mettre en place des traitements non seulement sans légitimité mais dangereux. Le respect de la période adolescence, de ses difficultés, mais aussi de ses potentialités, de sa créativité, doit être préservée, en permettant à tout adolescent d'avoir le droit de la vivre. ».

⁴² Castel P-H La métamorphose impensable Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle Gallimard 2003

⁴³ E. Abdellahi, C.A. Thibeault, « La thérapie par les arts : un outil pour accompagner les jeunes », in Jeunes Trans et non binaires, *Ibid*