



Individus traités pour la dysphorie de genre avec une transition médicale et/ou chirurgicale qui ont ensuite détransitionné : Une enquête auprès de 100 personnes en transition

Lisa Littman¹

Reçu : 5 octobre 2020 / Révisé : 17 septembre 2021 / Accepté : 20 septembre 2021
© The Author(s) 2021

Résumé

L'objectif de l'étude était de décrire une population d'individus qui ont souffert de dysphorie de genre, ont choisi de subir une transition médicale et/ou chirurgicale et ont ensuite quitté la transition en arrêtant les médicaments, en subissant une chirurgie pour inverser les effets de la transition, ou les deux. Les informations relatives au recrutement, accompagnées d'un lien vers une enquête anonyme, ont été diffusées sur les médias sociaux, les listes de diffusion professionnelles et par échantillonnage en boule de neige. Soixante-neuf pour cent des 100 participants étaient des femmes natives et 31,0 % des hommes natifs. Les raisons de la détransition étaient variées et comprenaient : l'expérience de la discrimination (23,0 %) ; le fait de se sentir plus à l'aise avec leur sexe d'origine (60,0 %) ; des inquiétudes quant aux complications médicales potentielles de la transition (49,0 %) ; et la conviction que leur dysphorie de genre était causée par quelque chose de spécifique comme un traumatisme, des abus ou un problème de santé mentale (38,0 %). L'homophobie ou la difficulté à s'accepter en tant que lesbienne, gai ou bisexuel(le) a été exprimée par 23,0 % des répondants comme raison de la transition et de la déconnexion subséquente. La majorité des répondants (55,0 %) ont estimé qu'ils n'avaient pas reçu une évaluation adéquate d'un médecin ou d'un professionnel de la santé mentale avant d'entamer leur transition et seulement 24,0 % des répondants ont informé leur clinicien qu'ils avaient effectué une transition. Il existe de nombreuses raisons et expériences différentes menant à la détransition. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre cette population, déterminer la prévalence de la détransition comme résultat de la transition, répondre aux besoins médicaux et psychologiques de cette population et mieux informer le processus d'évaluation et de conseil avant la transition.

Mots clés Dysphorie de genre - Détransition - Transgenre

<https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>.

Introduction

La détransition est l'acte d'arrêter ou d'inverser une transition de genre. La visibilité des personnes qui ont effectué une détransition est récente et pourrait s'accroître rapidement. Aussi récemment qu'en 2014, il était difficile pour une personne ayant fait une dé-transition de trouver une autre personne ayant fait une dé-transition similaire (Callahan, 2018). Entre 2015 et 2017, une poignée de blogs écrits par des personnes ayant connu la détransition ont commencé à apparaître en ligne, des groupes de soutien privés pour les personnes ayant connu la détransition se sont formés, et des interviews de personnes ayant connu la détransition ont commencé à apparaître dans des articles de presse, des magazines et des revues.

Informations supplémentaires La version en ligne contient des documents supplémentaires disponibles à l'adresse

blogs (Anonymous, 2017 ; 4thwavenow, 2016 ; Herzog, 2017 ; McCann, 2017). Bien que peu de vidéos YouTube sur la détransition existaient avant 2016, de multiples détransitionnaires ont commencé à poster des vidéos documentant leurs expériences en 2016 et le nombre de ces vidéos ne cesse d'augmenter. ¹ Fin 2017, le subreddit r/detrans (r/detrans, 2020) a été revitalisé et est passé en quatre ans de 100 membres à plus de 21 000 membres. Un sondage auprès des membres de r/detrans réalisé en 2019 a

été lancé (Le

Lisa Littman

Lisa.Littman@gmail.com

¹The Institute for Comprehensive Gender Dysphoria
Research, 489 Main Street, Warren, RI 02885, USA

Published online: 19 October 2021

estimé qu'environ un tiers des membres ayant répondu à l'enquête étaient des désistants ou des détransitionneurs (r/detrans, 2019). Le Pique Resilience Project, un groupe de quatre jeunes femmes ayant détransitionné, a été fondé en 2018 comme un moyen de partager les expériences des détransitionnés avec le public (Pique Resilience Project, 2019). Fin 2019, le Detransition Advocacy Network, une organisation à but non lucratif visant à "améliorer le bien-être".

être des personnes détransitionnées partout dans le monde" a

¹ Une recherche du mot "detransition" sur YouTube peut être filtrée par la date de mise en ligne. https://www.youtube.com/results?search_query=%22detransition%22&sp=CAI%253D22.

Detransition Advocacy Network, 2020) et la première conférence officielle, en personne, pour les personnes en détransition a été organisée (Bridge, 2020). Face à ce changement massif, les cliniciens ont appelé à davantage de recherches sur les expériences des personnes en détransition (Butler & Hutchinson, 2020 ; Entwistle, 2021 ; Marchiano, 2020).

Bien qu'il y ait eu de rares rapports publiés sur les détransitionneurs avant 2016, la plupart des publications sur la détransition sont récentes (Callahan, 2018 ; D'Angelo, 2018 ; Djordjevic et al., 2016 ; Kuiper & Cohen-Kettenis, 1998 ; Levine, 2018 ; Marchiano, 2017 ; Pazos Guerra et al., 2020 ; Stella, 2016 ; Turban & Keuroghlian, 2018 ; Turban et al., 2021 ; Vandebussche, 2021). Les récits culturels dominants sur la détransition sont que la plupart des individus qui se détransforment se retransforment et que les raisons de la détransition sont la discrimination, les pressions des autres et l'identification non binaire (Turban et al., 2021). Cependant, les rapports de cas mettent en lumière un éventail plus large et plus complexe d'expériences qui incluent des traumatismes, une détérioration de la santé mentale avec la transition, la réidentification au sexe natal et la difficulté à séparer l'orientation sexuelle de l'identité de genre (D'Angelo, 2018 ; Levine, 2018 ; Pazos Guerra et al., 2020).² Les détransitionneurs et les désistants, selon leurs propres mots, ont apporté une profondeur supplémentaire à la discussion, décrivant que :

- (1) Les traumatismes (y compris les traumatismes sexuels) et les conditions de santé mentale ont contribué à leur identification transgenre et à leur transition (Callahan, 2018 ; Herzog, 2017 ; twitter.com/fmtdetransed & twitter.com/radfemjourney, 2019).
- (2) Leur dysphorie et leur transition étaient dues à l'homophobie et à la difficulté de s'accepter en tant qu'homosexuel (Bridge, 2020 ; Callahan, 2018 ; upperhandMARS, 2020).
- (3) Les pairs, les médias sociaux et les communautés en ligne ont eu une influence sur le développement de l'identification transgenre et le désir de transition (Pique Resilience Project, 2019 ; Tracey, 2020 ; upperhandMARS, 2020).
- (4) Leur dysphorie était ancrée dans la misogynie (Herzog, 2017).

Deux rapports récemment publiés sur des échantillons de commodité fournissent un contexte supplémentaire sur le sujet de la détransition. Tout d'abord, Turban

favorise de l'utilisation du "sexe assigné à la naissance", d'autres soutiennent que cette terminologie est trompeuse et ne correspond pas aux événements qui se produisent à la naissance et avant la naissance (Bouman et al., 2017 ; Byng et al., 2018 ; Dahlen, 2020 ; Griffin et al., 2020). À l'appui de la nature incertaine de la discussion, j'ai reçu des commentaires contradictoires de la part des réviseurs de ce manuscrit concernant ma sélection de termes de sexe natal - un réviseur a demandé que je justifie ma préférence pour le sexe natal par rapport aux autres terminologies ; un autre réviseur a exprimé son soutien à mon utilisation du sexe natal. Je préfère utiliser les termes "sexe natal" et "sexe à la naissance" car ils sont précis et objectifs. En outre, je propose que les termes "sexe natal" et "sexe à la naissance" puissent être considérés comme des compromis raisonnables et polis entre "sexe biologique" et "sexe assigné à la naissance".

² Le débat sur les terminologies utilisées pour décrire le sexe d'un individu (notamment "sexe assigné à la naissance", "sexe biologique", "sexe natal", "sexe de naissance", "sexe", etc.) est loin d'être tranché. Bien que certains professionnels aient plaidé en

et al. (2021) ont analysé les données de l'enquête United States Trans Survey (USTS) (James et al., 2016). L'USTS contient les données de 27 715 adultes transgenres et de genre divers des États-Unis qui ont été recrutés par le biais d'organisations lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer (LGBTQ) et alliées. L'USTS comprenait la question suivante : "Avez-vous déjà effectué une détransition ? En d'autres termes, êtes-vous déjà revenu au sexe qui vous a été assigné à la naissance, du moins pendant un certain temps ?" avec les options à choix multiples "oui", "non" et "je n'ai jamais fait de transition". Pour les 2 242 participants ayant répondu "oui", Turban et al. ont analysé les réponses à la question à choix multiple "Pourquoi avez-vous effectué une détransition ? En d'autres termes, pourquoi avez-vous recommencé à vivre selon le sexe qui vous a été assigné à la naissance ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)". Bien que la plupart des choix de réponses proposés concernaient des raisons externes à la transition (pression du conjoint ou du partenaire, pression de la famille, pression des amis, pression de l'employeur, discrimination, etc. L'échantillon de Turban et al. comprenait plus d'hommes (55,1%) que de femmes (44,9%). Environ la moitié (50,2 %) avaient pris des hormones transsexuelles et 16,5 % avaient subi une intervention chirurgicale. Les résultats ont révélé que la plupart (82,5%) de l'échantillon a exprimé au moins un facteur externe pour la détransition et 15,9% ont exprimé au moins un facteur interne (facteurs provenant de soi).

La seconde étude de Vandebussche (2021) a recruté des détransitionneurs à partir de communautés en ligne de détransitionneurs et a analysé les données des participants qui ont répondu par l'affirmative à la question "Avez-vous effectué une transition médicale et/ou sociale, puis arrêté ?" L'échantillon de 237 participants était composé de femmes à prédominance natale (92 %), originaires des États-Unis (51 %) et d'Europe (32 %). La plupart (65%) avaient effectué une transition à la fois médicale et sociale. Les participants ont choisi parmi des options à choix multiples pour indiquer les raisons de leur transition, les options couvrant un large éventail d'expériences. Les répondants avaient également la possibilité d'indiquer d'autres raisons. Les raisons les plus fréquemment citées pour la déconnexion étaient les suivantes : réaliser que leur dysphorie de genre était liée à d'autres problèmes (70 %) ; préoccupations de santé (62 %) ; observer que la transition n'a pas aidé leur dysphorie (50 %) ; et trouver des alternatives pour gérer leur dysphorie (45 %). Contrairement à Turban et al. (2021), les facteurs externes tels que le manque de soutien, les préoccupations financières et la discrimination étaient moins fréquents (13 %, 12 % et 10 %, respectivement). De nombreux membres de l'échantillon ont décrit que, lorsqu'ils ont détransitionné, ils ont perdu le soutien ou ont été ostracisés par les communautés lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres

(LGBT), ce qui suggère que de nombreux participants de Vandebussche (2021) n'auraient pas été atteints par les efforts de recrutement de l'USTS (James et al., 2016).

L'objectif de l'étude actuelle était de décrire une population. Cette étude porte sur les personnes qui ont souffert de dysphorie de genre, qui ont choisi de subir une transition médicale et/ou chirurgicale et qui ont ensuite cessé de prendre des médicaments, subi une intervention chirurgicale pour inverser les effets de la transition, ou les deux. Contrairement à Turban et al. (2021) et à Vandebussche (2021), cette étude s'est concentrée uniquement sur

les personnes qui ont effectué une transition et une détransition médicale, chirurgicale, ou les deux. Dans le cadre de cette étude, la transition médicale fait référence à l'utilisation de bloqueurs de puberté, d'hormones transsexuelles ou d'anti-androgènes et la transition chirurgicale fait référence à une variété de procédures chirurgicales (les procédures chirurgicales courantes comprennent la mastectomie, la chirurgie génitale et l'augmentation mammaire). Cette étude ne décrit pas la population des personnes qui subissent une transition médicale ou chirurgicale sans problème et n'est pas conçue pour évaluer la prévalence de la détransition comme résultat de la transition. L'objectif était plutôt d'identifier les récits de transitions afin d'informer les soins cliniques et les recherches futures.

Méthode

Participants et procédure

Au cours de la période de recrutement, 101 personnes répondant aux critères de l'étude ont rempli des enquêtes en ligne. Les critères d'inclusion étaient les suivants

(1) répondre à une enquête via Survey Monkey ; (2) répondre qu'elles avaient pris ou subi un ou plusieurs des actes suivants en vue d'une transition de genre : hormones transsexuelles, anti-androgènes, bloqueurs de puberté, chirurgie mammaire, chirurgie génitale, autre chirurgie ; et (3) répondre qu'elles avaient subi un ou plusieurs des actes suivants en vue d'une détransition : arrêt des hormones transsexuelles, arrêt des anti-androgènes, arrêt des bloqueurs de puberté, chirurgie pour inverser la transition. Une enquête a été exclue pour cause de réponses absurdes, ce qui laisse 100 enquêtes à analyser. L'échantillon comprenait plus de femmes (69,0 %) que d'hommes (31,0 %) et les répondants étaient majoritairement blancs (90,0 %), non hispaniques (98,0 %), résidaient aux États-Unis (66,0 %), n'avaient aucune affiliation religieuse (63,0 %) et soutenaient le droit des couples de gays et de lesbiennes à se marier légalement (92,9 %) (voir tableau 1). Au moment de répondre à l'enquête, l'âge moyen des répondants était de 29,2 ans ($ET = 9,1$), bien que les femmes nées à l'étranger soient significativement plus jeunes ($M = 25,8$; $ET = 5,0$) que les hommes nés à l'étranger ($M = 36,7$; $ET = 11,4$), $t(98) = -6,56$, $p < 0,001$. Avant la transition, les femmes natives étaient plus susceptibles de déclarer une orientation sexuelle exclusivement homosexuelle et les hommes natifs étaient plus susceptibles de déclarer une orientation sexuelle exclusivement hétérosexuelle.

Un instrument d'enquête de 115 questions à choix multiples, des questions de type Likert et des questions ouvertes ont été créées par l'auteur et deux personnes qui avaient personnellement détransitionné. L'auteur avait rencontré ces deux personnes par le biais de

présentations faites par des collègues. L'auteur et ces deux personnes ont créé des questions pour l'enquête, ont fourni des commentaires et ont révisé les questions de l'enquête en collaboration, en se concentrant sur le contenu, la clarté et la pertinence pour une variété d'expériences de transition et de détransition. L'instrument d'enquête comprenait deux questions adaptées d'une enquête en ligne auprès de femmes en transition (Stella, 2016). Une fois rempli, le

L'enquête a été téléchargée sur Survey Monkey (SurveyMonkey, Palo Alto, CA) via un compte compatible avec la loi HIPAA.

Les informations relatives au recrutement, accompagnées d'un lien vers l'enquête, ont été publiées sur des blogs traitant de sujets liés à la transition et partagées dans un forum en ligne privé sur la transition, dans un groupe Facebook fermé sur la transition, ainsi que sur Tumblr, Twitter et Reddit. Les informations relatives au recrutement ont également été diffusées sur les listes de diffusion professionnelles de la World Professional Association for Transgender Health, de la section 44 de l'American Psychological Association et de la liste de diffusion SEXNET (qui est une liste de diffusion de chercheurs et de cliniciens spécialisés dans le domaine du sexe). Des efforts ont été faits pour atteindre des communautés ayant des points de vue variés sur l'utilisation de la transition médicale et chirurgicale, et les informations de recrutement indiquaient que la participation était recherchée chez les individus, que leurs expériences de transition soient positives, négatives ou neutres. Les participants potentiels étaient invités à partager les informations relatives au recrutement avec toute personne potentiellement éligible ou toute communauté avec des personnes potentiellement éligibles. L'enquête a été active du 15 décembre 2016 au 30 avril 2017 (4,5 mois). Le temps médian pour répondre à une enquête était de 49 min ; 50 % des enquêtes ont été complétées entre 32 et 71 min. Aucune incitation n'a été proposée pour la participation. Les données ont été collectées de manière anonyme, sans adresse IP, et stockées de manière sécurisée avec Survey Monkey.

La participation à cette étude était volontaire. La participation a été réalisée auprès de tous les participants de la manière suivante. La première page de l'enquête en ligne informait les répondants de l'objectif de la recherche, des risques et avantages potentiels, du fait que la participation était volontaire, et fournissait les coordonnées du chercheur. Les questions de l'enquête ne s'affichaient que si le participant cliquait sur "accepter", ce qui indiquait qu'il avait lu les informations, accepté volontairement de participer et était âgé d'au moins 18 ans.

Mesures

Caractéristiques démographiques et de base

Des informations ont été recueillies sur l'âge des participants, leur sexe natal, leur race/ethnicité, leur pays de résidence, leur niveau d'éducation, leur statut socio-économique, leur religion, leurs attitudes à l'égard du mariage légal pour les couples de gays et de lesbiennes, et l'endroit où ils ont entendu parler de l'étude pour la première fois. Dans cet article, le terme orientation sexuelle fait référence au sexe natal du participant et au sexe natal des individus par

lesquels il est sexuellement attiré. On a demandé aux participants de choisir une ou plusieurs étiquettes pour indiquer comment ils identifiaient leur orientation sexuelle avant la transition, les options incluant le sexe du participant (par exemple, femme asexuelle, femme bisexuelle, femme hétérosexuelle, etc.) Ces réponses ont été codées pour être cohérentes avec le sexe natal du participant et ont été classées en homosexuel, hétérosexuel, bisexuel, pansexuel, asexuel et multiple. La catégorie multiple comprend les répondants qui

Tableau 1
Caractéristiques
démographiques et de base

	Femme natale <i>N</i> (%) <i>N</i> = 69	Homme natal <i>N</i> (%) <i>N</i> = 31
le tableau ne passe pas très bien ; des décalages. (Mais tant pis)		
<i>Race/ethnicité</i>		
%)	Blancs62	(89,9 %)28 (90,3
	Multiracial6	(8,7 %)3 (9,7 %)
	Autres4	(5,8%)0 (0%)
	Asiatique1 (1,4 %)	1 (3,2 %)
	Hispanique1 (1,4 %)	1 (3,2 %)
	Noirs0	(0%)0 (0%)
<i>Pays de résidence</i>		
(64,5%)	USA46	(66,7%)20
	UK8	(11,6%)1 (3,2%)
	Canada5	(7,2%)4 (12,9%)
	Australie2	(2,9%)2 (6,5%)
	Autres8	(11,6%)4
(12,9%)		
<i>Éducation</i>		
Baccalauréat ou	diplôme d'études	supérieures29
	(42,0 %)18 (58,1 %)	
	Diplôme d'associé3	(4,3 %)1 (3,2 %)
Un peu de collège mais	pas de diplôme28	(40,6%)9
(29,0%)		
Diplôme d'études secondaires	ou GED8	(11,6 %)2 (6,5
(%)		
<	École secondaire1	(1,4 %)0 (0 %)
	Autres0	(0%)1 (3,2%)
<i>Statut socio-économique par rapport aux autres dans le pays de résidence</i>		
Au-dessus de la moyenne (un peu ou beaucoup)19 (27,5%)	12 (38,7%)
Environ la	moyenne20 (29,0%)	7 (22,6%)
Inférieur à la moyenne (un peu ou	beaucoup27 (39,1%)	12 (38,7%)
Préfère ne pas	dire3	(4,3%)0 (0%)
<i>Orientation sexuelle catégorisée (selon le sexe natal) avant la transition</i>		
	Homosexuel18	(26,1%)2 (6,5%)
	Hétérosexuel6 (8,7%)	12 (38,7%)
	Bisexuel15 (21,7%)	8 (25,8%)
	Pansexuel4	(5,8%)1 (3,2%)
	Multiple20	(29,0 %)5 (16,1
(%)		
	Asexuel6	(8,7%)3 (9,7%)
<i>Affiliation religieuse</i>		
Aucune	appartenance religieuse41 (59,4 %)	
	22 (73,3 %)	
	Chrétien libéral5 (7,2%)	3 (10,0%)
	Juif libéral5	(7,2%)0 (0%)
	Chrétien conservateur1	(1,4 %)2 (6,7 %)
	Musulman libéral1 (1,4%)	0 (0%)
	Juif conservateur0 (0%)	0 (0%)
	Musulman conservateur0 (0%)	0 (0%)
	Autres16	(23,2%)3
(10,0%)		
<i>Mariage légal pour les couples de gays et de lesbiennes</i>		
	Favorisé65 (97,0 %)	26 (83,9 %)

Opposé 1 (1,5%) 5 (16,1%)

Ne sait pas 1
(1,5%) 0 (0%)*Source où le participant a entendu parler de l'étude pour la première fois*

Blogs de détransition 26 (37,7%)

15 (48,4%)

Autres médias sociaux 37 (53,6%)

11 (35,5%)

Une personne
(4,3 %)qu'ils connaissent 3
3 (9,7 %)

Autres 3 (4,3 %) 2 (6,5 %)

Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

^aLes femmes natives étaient plus susceptibles d'exprimer une orientation sexuelle exclusivement homosexuelle avant la transition ($\chi^2 = 5,15$. La valeur p est de 0,023). Les hommes natifs étaient plus susceptibles d'exprimer une orientation sexuelle exclusivement hétérosexuelle avant la transition ($\chi^2 = 5,15$).

Tableau 1 (suite)

orientation sexuelle avant la transition ($\chi^2 = 13,05$. La valeur p est $< .001$). Les différences de sexe natal n'étaient pas significatives pour les individus exprimant des orientations sexuelles avant la transition de type bisexuel, pansexuel, multiple et asexuel. Pour l'orientation sexuelle bisexuelle, $\chi^2 = 0,20$. Pour l'orientation sexuelle pansexuelle, $\chi^2 = 0,29$. Pour les orientations sexuelles multiples déclarées, $\chi^2 = 1,88$. Pour l'orientation sexuelle asexuelle, $\chi^2 = 0,02$.

ont choisi plus d'une réponse lorsque les réponses indiquaient plus d'un type d'attrance sexuelle (par exemple, femme lesbienne et femme hétérosexuelle). D'autres questions sur les caractéristiques de base comprenaient des questions sur les troubles psychiques et les déficiences neurodéveloppementales diagnostiqués, les traumatismes et les automutilations non suicidaires (INS) avant l'apparition de la dysphorie de genre.

Apparition et typologies de la dysphorie de genre

On a demandé aux participants quel âge ils avaient lorsqu'ils ont fait l'expérience de la dysphorie de genre pour la première fois et si c'était pendant l'enfance, au début de la puberté, pendant la puberté ou plus tard. Les répondants ont été classés comme ayant une dysphorie de genre à début précoce s'ils indiquaient que leur dysphorie de genre avait commencé "pendant l'enfance" et une dysphorie de genre à début tardif si leur dysphorie de genre avait commencé "au début de la puberté" ou plus tard. Pour évaluer les typologies, les participants ont été caractérisés selon la typologie de Blanchard (1985, 1989) comme homosexuels (si les orientations sexuelles énumérées avant la transition étaient exclusivement homosexuelles) ou non-homosexuels, ce qui inclut les réponses hétérosexuelles, asexuelles, bisexuelles, pansexuelles et multiples.

Transition

On a demandé aux participants leur âge et l'année où ils ont cherché pour la première fois à obtenir des soins en vue d'une transition, les sources qui les ont encouragés à croire que la transition leur serait utile, et s'ils se sont sentis poussés à effectuer une transition. La dynamique du groupe d'amis qui a été identifiée dans des travaux antérieurs a été évaluée en demandant aux répondants si leur groupe d'amis se moquait des personnes qui n'étaient pas transgenres, si des personnes de leur groupe d'amis préexistant avaient effectué une transition avant que le participant ne décide d'effectuer une transition, et comment la popularité des participants a changé après l'annonce de leur transition (Littman, 2018). Des questions ont été posées sur les expériences des participants avec les cliniciens, les mesures sociales, médicales et chirurgicales qu'ils ont prises pour effectuer leur transition, et la durée de la prise de chaque médicament.

Détransition

On a demandé aux participants leur âge et l'année où ils ont décidé de détransitionner, combien de temps ils ont été en transition avant de décider de détransitionner, les raisons pour lesquelles ils voulaient détransitionner, les sources qui les ont encouragés à croire que la transition leur serait utile, et s'ils se sont sentis poussés à détransitionner. On a également demandé aux participants

les mesures sociales, médicales et chirurgicales qu'ils ont prises pour effectuer leur détransition et s'ils ont contacté le médecin ou la clinique qu'ils ont utilisé pour leur transition pour leur dire qu'ils avaient effectué leur détransition.

transgenres parce qu'ils ne se considéraient pas encore comme des lesbiennes, des gays ou des bisexuels. La *présomption sociale* de la narration de la *transition* a été identifiée par une réponse affirmative.

Récits de transition et de détransition

Dans cet article, les " récits " désignent les interprétations que font les participants de leurs expériences et les justifications entourant leurs décisions de transition et de détransition. Pour associer chaque sondage de participant à un ensemble de récits pertinents, les données ont été examinées avec des passages (?) horizontaux (du début à la fin) et verticaux pour des questions sélectionnées (ces questions sont énumérées dans les documents complémentaires). Les enquêtes ont été codées comme appartenant à zéro ou plus des catégories narratives suivantes : discrimination, nonbinaire, retransition, traumatisme et santé mentale, homophobie intériorisée, influence sociale et misogynie. Chaque récit et les réponses qui lui sont associées sont détaillés ci-dessous. Des exemples de citations ont été sélectionnés en prenant soin d'éviter de citer un participant plus d'une fois par récit. Les récits sont classés et rapportés en commençant par les récits les plus couramment acceptés, suivis des récits les plus récents.

Le récit de la *discrimination* a été défini comme le cas où une personne a détransitionné en raison d'une discrimination ou de pressions sociales externes. Le récit de l'identité *non-binaire* consistait à répondre que l'identification actuelle était "non-binaire/genre-queer" ou à fournir des réponses ouvertes décrivant les aspects de la découverte ou du maintien d'une identité non-binaire. Bien que l'enquête ne comportait aucune question spécifique sur la retransition, le récit de la *retransition* était identifié si les participants exprimaient qu'ils avaient effectué une retransition ou repris une transition dans l'une des réponses ouvertes de l'enquête. Le récit de la *dysphorie de genre causée par un traumatisme ou un problème de santé mentale* a été identifié par la sélection des réponses suivantes : " ce que je pensais être des sentiments de transsexualité était en fait le résultat d'un traumatisme ", " ce que je pensais être des sentiments de transsexualité était en fait le résultat d'un problème de santé mentale ", " j'ai découvert que ma dysphorie de genre était causée par quelque chose de spécifique (ex. : traumatisme, abus, problème de santé mentale) " ou des réponses ouvertes correspondant à ces réponses. Le récit de l'*homophobie intériorisée/de la difficulté à s'accepter en tant que femme lesbienne, homme gay ou personne bisexuelle* consistait en des descriptions selon lesquelles le malaise et la détresse des répondants à l'égard du fait d'être lesbienne, gay ou bisexuel était lié à leur dysphorie de genre, leur transition ou leur détransition, ou qu'ils supposaient qu'ils étaient

La réponse à la question de savoir s'ils se sont sentis poussés à la transition était une réponse ouverte indiquant que la pression venait d'une personne ou d'un groupe de personnes. Le récit de *misogynie* a été identifié pour les répondantes natales avec des réponses ouvertes utilisant le mot "misogynie" ou exprimant une haine de la féminité.

Identification du genre au début de la transition et à la fin de l'enquête

On a demandé aux participants comment ils identifiaient leur genre au début de leur transition et au moment où ils ont répondu à l'enquête. Ils avaient le choix entre les réponses suivantes : femme, homme, non-binaire/sexuel, homme trans/FTM, femme trans/MTF, aucune de ces réponses et autre. Les réponses ont été codées selon le sexe de naissance et classées dans les catégories suivantes : transgenre, sexe de naissance, non-binaire et autre. Les réponses qui étaient des combinaisons des catégories ci-dessus ont été rapportées comme des combinaisons telles que "sexe de naissance et nonbinaire".

Auto-évaluation de la transition et de la détransition

Une question demandait aux participants s'ils pensaient avoir été aidés et une autre s'ils avaient été lésés par leur transition, avec les options "beaucoup", "un peu" ou "pas du tout". Ces résultats ont été classés en trois catégories : exclusivement aidé, exclusivement lésé, et à la fois aidé et lésé. On a demandé aux participants lesquels des énoncés suivants reflétaient leurs sentiments à l'égard de leur transition : " Je suis heureux d'avoir fait une transition ", " J'aurais aimé ne jamais faire de transition ", " La transition m'a distrait de ce que j'aurais dû faire ", " La transition était une partie nécessaire de mon parcours ". On a demandé aux participants d'évaluer leurs regrets à l'égard de leur transition (" aucun regret ", " légers regrets ", " forts regrets " et " très forts regrets ") et d'indiquer leur satisfaction à l'égard de leurs décisions de transition et de déconnexion (" extrêmement satisfait ", " très satisfait ", " plutôt satisfait ", " plutôt insatisfait ", " très insatisfait " et " extrêmement insatisfait "). Les options de satisfaction ont été regroupées en "satisfait" et "insatisfait". En outre, on a demandé aux participants si, s'ils avaient su à l'époque ce qu'ils savent maintenant, ils auraient choisi de faire la transition.

Analyse des données

Après le nettoyage des données, des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de google sheets. Les résultats sont présentés sous forme de fréquences, de pourcentages, de médianes, de moyennes et d'écart types. Des tests *t* et des tests chi-carré ont été effectués pour certaines variables et ont été considérés comme significatifs pour $p < 0,05$. Les

données qualitatives ont été obtenues à partir des réponses en texte libre aux questions qui permettaient aux participants de fournir des informations supplémentaires. Les réponses ouvertes sélectionnées ont été classées par catégories, comptées et rapportées sous forme numérique. Les citations saillantes des répondants et les résumés des données qualitatives ont été sélectionnés pour illustrer les résultats quantitatifs et fournir des exemples pertinents.

Résultats

Avant la transition

Diagnostiques de santé mentale et expériences traumatiques avant l'apparition de la dysphorie de genre. Le tableau 2 présente des données sur les troubles psychiatriques, les déficiences neurodéveloppementales, les INSS et les traumatismes qui ont été signalés comme étant survenus avant l'apparition de la dysphorie de genre. Étant donné que ces conditions et événements sont survenus avant que les participants ne commencent à ressentir une dysphorie de genre, on ne peut pas considérer qu'ils sont secondaires à l'incongruence de genre ou à la transphobie. Début de la dysphorie de genre et typologie. La plupart des participants (82,0 %) vivaient avec l'un de leurs parents ou les deux lorsqu'ils ont ressenti pour la première fois une dysphorie de genre, à un âge moyen de 11,2 ans (ET = 5,6). L'âge moyen d'apparition de la dysphorie de genre n'était pas statistiquement différent entre les femmes natives ($M = 11,3$; ET = 5,4) et les hommes natifs ($M = 11,0$; ET = 5,9), $t(96) = 0,25$.

Selon les typologies de Blanchard, 26,1% des femmes nées étaient exclusivement homosexuelles et 73,9% non homosexuelles, tandis que 6,5% des hommes nés étaient exclusivement homosexuels et 93,5% non homosexuels (Blanchard, 1985, 1989). Un peu plus de la moitié des répondants (56,0 %) ont connu une dysphorie de genre à début précoce et un peu moins de la moitié (44,0 %) une dysphorie de genre à début tardif. Bien que la dysphorie de genre à apparition tardive chez les femmes natales ait été largement absente de la littérature scientifique avant 2012 (Steensma et al., 2013 ; Zucker & Bradley, 1995 ; Zucker et al., 2012a), 55,1 % des participantes natales ont déclaré que leur dysphorie de genre avait commencé à la puberté ou plus tard. Étant donné que les informations sur le moment de l'apparition de la dysphorie de genre ont été obtenues à partir de participants rapportant leurs propres expériences, on peut supposer que ces cas correspondaient effectivement à une dysphorie de genre à apparition tardive plutôt qu'à une dysphorie de genre à apparition précoce qui était dissimulée aux parents et à d'autres personnes.

Raisons de la transition. Le tableau 3 présente des données sur les raisons pour lesquelles les personnes voulaient effectuer une transition, les plus fréquemment citées étant : vouloir être perçu comme le genre cible (77,0 %) ; croire que la transition était leur seule option pour se sentir mieux (71,0 %) ; avoir la sensation que leur corps n'était pas comme il était (71,0 %) et ne pas vouloir être associé à leur sexe natal (70,0 %). La plupart des participants croyaient que la transition éliminerait (65,0 %) ou diminuerait (63,0 %) leur dysphorie de genre et qu'avec la transition, ils deviendraient leur véritable identité (64,0

%).

Sources d'encouragement à la transition et dynamique des groupes d'amis. Les participants ont identifié les sources qui les ont encouragés à croire que la transition les aiderait. Les médias sociaux et les communautés en ligne ont été les plus fréquemment cités, notamment les vidéos de transition sur YouTube (48,0 %), les blogs (46,0 %), Tumblr (45,0 %) et les communautés en ligne (43,0 %) (voir les documents supplémentaires). Les répondants ont également mentionné des personnes qu'ils connaissaient hors ligne, comme des thérapeutes (37,0 %), une personne (28,0 %) ou un groupe d'amis (27,0 %) qu'ils connaissaient en personne. Un sous-ensemble de

Tableau 2 Diagnostics de santé mentale et traumatismes expériences avant l'apparition de dysphorie de genre

	Femme natale <i>N</i> (%) <i>N</i> = 69	Homme natal <i>N</i> (%) <i>N</i> = 31
<i>Diagnostic d'une maladie mentale ou d'un handicap neurodéveloppemental</i> ^a		
Dépression	27 (39.1%)	5 (16.1%)
Anxiété	22 (31.9%)	5 (16.1%)
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	10 (14.5%)	2 (6.5%)
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	10 (14.5%)	1 (3.2%)
Troubles de l'alimentation	10 (14.5%)	0 (0%)
Troubles du spectre autistique	9 (13.0%)	1 (3.2%)
Trouble bipolaire	9 (13.0%)	0 (0%)
Trouble obsessionnel compulsif	6 (8.7%)	3 (9.7%)
Trouble de la personnalité borderline	5 (7.2%)	0 (0%)
Schizophrénie ou autres troubles psychotiques	1 (1.4%)	0 (0%)
Aucune de ces réponses	28 (40.6%)	17 (54.8%)
Autre	7 (10.1%)	2 (6.5%)
<i>Automutilation non suicidaire (INSA)</i> ^b		
S'est livré à des actes d'auto-mutilation avant l'apparition de la dysphorie de genre.	19 (27.5%)	5 (16.1%)
<i>Traumatisme</i>		
A subi un traumatisme moins d'un an avant le début de l'étude de la dysphorie de genre	33 (47.8%)	4 (12.9%)

Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

^aLa différence entre les sexes à l'accouchement pour un ou plusieurs diagnostics préexistants (100-aucun des diagnostics ci-dessus) n'était pas significative [$\chi^2(1, 100) = 1,76$].

^bLes différences entre les sexes au moment de la naissance pour ce qui est de l'INSS avant l'apparition de la dysphorie de genre n'étaient pas significatives ($\chi^2 = 1,52$). ^cL'expérience d'un traumatisme moins d'un an avant l'apparition de la dysphorie de genre était statistiquement différente [$\chi^2(1, 100) = 11,19, p < 0,001$] avec les femmes de la naissance > les hommes de la naissance.

Tableau 3 Raisons de la transition

	Femme natale <i>N</i> (%) <i>N</i> = 69	Homme natal <i>N</i> (%) <i>N</i> = 31
<i>Les raisons de la transition</i> *		
Je voulais que les autres me perçoivent comme le sexe cible.	53 (76.8%)	24 (77.4%)
Je pensais que la transition était ma seule option pour me sentir mieux.	50 (72.5%)	21 (67.7%)
Mon corps ne me semblait pas normal comme il était.	50 (72.5%)	21 (67.7%)
Je ne voulais pas être associé à mon sexe natal/genre natal.	51 (73.9%)	19 (61.3%)
Cela me mettait mal à l'aise d'être perçu sur le plan romantique/sexuel comme un membre du sexe natal/genre natal	49 (71.0%)	18 (58.1%)
Je pensais que la transition éliminerait ma dysphorie de genre.	43 (62.3%)	22 (71.0%)
Je sentais que j'allais devenir mon vrai moi	42 (60.9%)	22 (71.0%)
Je me suis identifié au sexe cible	40 (58.0%)	24 (77.4%)
Je pensais que la transition atténuerait ma dysphorie de genre.	45 (65.2%)	18 (58.1%)
J'avais l'impression que je m'adapterais mieux au genre cible.	36 (56.5%)	20 (64.5%)
Je pensais que je serais plus acceptable socialement en tant que membre du sexe cible.	38 (55.1%)	11 (35.5%)
Je pensais être mieux traité si j'étais perçu comme le sexe cible.	35 (50.7%)	14 (45.2%)
Je me suis vu comme un membre du sexe cible.	31 (44.9%)	18 (58.1%)
Je pensais que la transition réduirait le harcèlement ou les traumatismes liés au sexe. Je vivais	35 (50.7%)	5 (16.1%)
J'avais des raisons érotiques de vouloir faire la transition	9 (13.0%)	12 (38.7%)
Autre	9 (13.0%)	3 (9.7%)

Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

participants ont fait l'expérience de la dynamique des groupes d'amis identifiée dans des travaux antérieurs, y compris l'appartenance à un groupe d'amis qui se moquait des personnes qui n'étaient pas transgenres (22,2 %), le fait qu'un ou plusieurs amis du groupe d'amis préexistant aient transitionné avant que le participant ne décide de transitionner (36,4 %), et l'expérience d'une augmentation de la popularité après l'annonce des plans de transition (19,6 %) (Littman, 2018). La plupart n'ont pas vécu cette expérience (68,7 %, 61,6 % et 62,9 %, respectivement).

Pression pour la transition. Plus d'un tiers des participants (37,4 %) se sont sentis poussés à faire la transition. Les différences entre les sexes natus en ce qui concerne le sentiment de pression pour la transition étaient significatives par un test de chi carré avec les femmes natuses > les hommes natuses $\chi^2(1, 99) = 4.22, p = .04$. Vingt-huit participants ont fourni des réponses en texte libre, dont 24 ont décrit des sources de pression (17 ont décrit des pressions sociales et 7 ont décrit des sources qui n'étaient pas associées à d'autres personnes). Les cliniciens, les partenaires, les amis et la société ont été nommés comme sources de pression pour la transition, comme le montrent les citations suivantes : Mon thérapeute spécialiste du genre agissait comme si la transition était une panacée pour tout " ; " Mon médecin me poussait à prendre des médicaments et à subir une intervention chirurgicale à chacune de mes visites " ; " Je sortais avec une femme trans et elle définissait notre relation d'une manière qui dépendait de ma transition " ; " Quelques amis trans ont insisté plus tard sur le fait que je devais cesser de retarder les choses " ; " Mon meilleur ami m'a dit que je devais arrêter de retarder les choses " ; " Mon meilleur ami m'a dit à plusieurs reprises que la transition était ce qu'il y avait de mieux pour moi ; les forums, les communautés et les amis sur Internet ; toute la société me disait que j'avais tort d'être lesbienne ; et tout le monde disait que si on se sentait d'un genre différent...alors vous êtes simplement ce genre et vous devriez faire une transition." Les participantes ont également ressenti une pression pour la transition qui n'impliquait pas d'autres personnes, comme l'illustrent les propos suivants : " Je me suis sentie poussée par mon incapacité à fonctionner avec la dysphorie " et " Pas par les gens. Par les circonstances de ma vie".

Expériences avec les cliniciens. Lorsque les participants ont cherché pour la première fois des soins liés à leur dysphorie de genre ou à leur désir de transition, plus de la moitié des participants (53,0 %) ont consulté un psychiatre ou un psychologue ; environ un tiers ont consulté un médecin de soins primaires (34,0 %) ou un conseiller (y compris un travailleur social clinicien agréé, un conseiller professionnel agréé ou un thérapeute conjugal et familial) (32,0 %) ; et 17,0 % ont consulté un endocrinologue. Pour la transition, 45,0 % des participants se sont rendus dans une clinique spécialisée dans l'étude du

genre (44,4 % de ceux qui ont fréquenté une clinique spécialisée dans l'étude du genre ont précisé que cette dernière utilisait le modèle de soins fondé sur le consentement éclairé) ; 28,0 % se sont rendus dans un cabinet médical privé ; 26,0 % dans un cabinet de groupe ; et 13,0 % dans une clinique de santé mentale (voir les documents supplémentaires).

La majorité (56,7 %) des participants ont estimé que l'évaluation qu'ils ont reçue d'un médecin ou d'un professionnel de la santé mentale avant la transition n'était pas adéquate et 65,3 % ont déclaré que leurs cliniciens n'avaient pas évalué si leur désir de transition était secondaire à un traumatisme ou à un problème de santé mentale. Bien que 27,0 % des répondants croient que les conseils et les renseignements qu'ils ont reçus avant la transition étaient exacts quant aux avantages et aux risques, près de la moitié ont indiqué que les conseils étaient trop positifs quant aux avantages de la transition (46,0 %) et pas assez négatifs quant aux risques (26,0 %). En revanche, seule une petite

minorité a trouvé que le conseil n'était pas assez positif sur les avantages (5,0 %) ou trop négatif sur les risques (6,0 %), ce qui suggère un parti pris pour encourager la transition.

Transition

Les participants avaient en moyenne 21,9 ans (écart-type = 6,1) lorsqu'ils ont consulté un médecin en vue d'une transition, les femmes nées ayant consulté à un plus jeune âge ($M = 20,0$; écart-type = 4,2) que les hommes nés ($M = 26,0$; écart-type = 7,5), $t(97) = -5,07$, $p < 0,001$. Étant donné que le

La majorité des hommes nés dans le pays ont été classés comme non homosexuels selon la typologie de Blanchard. Le fait que les hommes nés dans le pays aient cherché à obtenir des soins médicaux en vue d'une transition à un âge plus avancé que les femmes nées dans le pays concorde avec des recherches antérieures (Blanchard et al., 1987). L'année moyenne de la demande de soins était plus récente pour les femmes nées ($M = 2011$; $ET = 3,8$) que pour les hommes nés ($M = 2007$; $ET = 6,9$), $t(96) = 2,78$, $p = 0,007$, et il se peut donc qu'il y ait eu des différences dans les soins reçus en raison de différences dans la culture entourant la transition et les approches médicales dominantes de la dysphorie de genre à l'époque.

Au début de la transition, presque tous les participants (98,0 %) se sont identifiés comme étant soit transgenres (80,0 %), soit non binaires (15,0 %), soit à la fois transgenres et non binaires (3,0 %). Les participants ont indiqué les étapes sociales, médicales et chirurgicales qu'ils avaient franchies pour effectuer leur transition. Le tableau 4 présente ces étapes, séparées par sexe natal le cas échéant. La plupart des répondants ont adopté de nouveaux pronoms (91,0 %) et de nouveaux noms (88,0 %), et la grande majorité (97,1 %) des femmes de naissance portaient un binder. La plupart des participants ont pris des hormones transsexuelles (96,0 %) et la plupart des hommes naturels ont pris des anti-androgènes (87,1 %). La chirurgie de transition la plus fréquente était la chirurgie du sein ou de la poitrine chez les femmes (33,3 %). La chirurgie génitale était moins fréquente (1,4 % des femmes et 16,1 % des hommes). Les femmes natives ont pris de la testostérone pendant une durée moyenne de 2,0 ans (écart-type = 1,6). Les hommes ont pris des oestrogènes pendant une durée moyenne de 5,1 ans ($ET = 5,9$) et des anti-androgènes pendant 2,8 ans ($ET = 2,6$). La minorité des patients qui ont pris des bloqueurs de puberté les ont pris pendant une durée moyenne de moins d'un an ($M = 0,9$ an ; $ET = 0,6$).

Détransition

Détransition

Avant de décider de détransitionner, les participants sont restés en transition pendant une durée moyenne de 3,9 ans ($ET = 4,1$), les femmes natives restant en transition moins longtemps ($M = 3,2$ ans ; $ET = 2,7$) que les hommes natifs ($M = 5,4$ ans ; $ET = 6,1$), $t(96) = -2,40$, $p = .018$. Lorsque les participants ont décidé de changer de lieu de résidence, ils avaient un âge moyen de 26,4 ans (écart-type = 7,4), mais les femmes natives étaient nettement plus jeunes ($M = 23,6$; écart-type = 4,5) que les hommes natifs ($M = 32,7$; écart-type = 8,8), $t(97) = -6,75$, $p < 0,001$. L'année civile moyenne au cours de laquelle les participants ont décidé de détransitionner était 2014 ($M = 2014$; $ET = 3,3$), mais la différence entre les deux était de 1,5 %.

Tableau 4 Étapes de la transition sociale, médicale et chirurgicale

	N (%)
<i>Transition sociale</i>	
Pronoms 91	(91,0%)
Nom différent 88	(88,0%)
Vêtements/coiffure/maquillage 90	(90,0%)
Changement de nom légal 49	(49,0%)
Modification du genre/sexe sur les documents gouvernementaux 36	(36,0%)
rééducation de la voix 20	(20,0%)
<i>Femme Natal</i>	
Portait un binder	67 (97,1%)
<i>Transition médicale*</i>	
Hormones croisées (96,0%)	96
de la (7,0 %)	Bloqueurs puberté 7
<i>Homme Natal</i>	
androgènes 27 (87,1 %)	Anti-
<i>Transition chirurgicale*</i>	
du visage/du (%)	Chirurgie cou 5 (5,0)
<i>Femme Natal</i>	
du sein/de la (33,3 %)	Chirurgie poitrine 23
Chirurgie génitale (pour créer un pénis) % Natal masculin	1 (1,4)
Implants mammaires 5	(16,1%)
Chirurgie génitale (pour créer un vagin)	5 (16,1 %)

Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

Tableau 5 Raisons de la détransition

	Femme natale N (%) N = 69	Homme natal N (%) N = 31
<i>Raisons de la détransition*</i>		
Ma définition personnelle de la femme ou de l'homme a changé et je suis devenu plus et je suis devenu plus à l'aise pour m'identifier à mon sexe natal	45 (65.2%)	15 (48.4%)
Je m'inquiétais des complications médicales potentielles liées à la transition.	40 (58.0%)	9 (29.0%)
Ma santé mentale ne s'est pas améliorée pendant la transition	31 (44.9%)	11 (35.5%)
Je n'étais pas satisfait des résultats physiques de la transition/j'avais l'impression que le changement était trop important.	35 (50.7%)	5 (16.1%)
J'ai découvert que ma dysphorie de genre était causée par quelque chose de spécifique (ex, un traumatisme),	28 (40.6%)	10 (32.3%)
Ma santé mentale était pire pendant la transition	27 (39.1%)	9 (29.0%)
Je n'étais pas satisfait des résultats physiques de la transition/j'avais l'impression que le changement n'était pas suffisant.	22 (31.9%)	11 (35.5%)
J'ai trouvé des moyens plus efficaces de soulager ma dysphorie de genre.	25 (36.2%)	7 (22.6%)
Ma santé physique s'est détériorée pendant la transition	21 (30.4%)	11 (35.5%)
Je me suis sentie discriminée	12 (17.4%)	11 (35.5%)
J'ai eu des complications médicales dues à la transition	12 (17.4%)	7 (22.6%)
Préoccupations financières concernant le paiement des soins de transition	11 (15.9%)	6 (19.4%)
Ma dysphorie de genre résolue	10 (14.5%)	5 (16.1%)
Ma santé physique ne s'est pas améliorée pendant la transition	9 (13.0%)	2 (6.5%)

entre les femmes natales et les mâles natus n'était pas significative ($M = 2014$, $SD = 3,3$; $M = 2014$, $SD = 3,5$), $t(95) = 0,52$.

Les répondants ont détransitionné pour une variété de raisons et la plupart (87,0 %) ont choisi plus d'une raison. La raison la plus fréquemment invoquée est que la définition personnelle de l'homme et de la femme a changé et que le répondant s'est senti plus à l'aise avec son sexe d'origine (60,0 %) (voir tableau 5). Les autres raisons les plus souvent invoquées sont les suivantes : inquiétudes quant aux complications médicales potentielles (49,0 %) ; la transition n'a pas amélioré leur santé mentale (42,0 %) ; insatisfaction quant aux résultats physiques de la transition (40,0 %) ; et découverte qu'un élément spécifique comme un traumatisme ou un problème de santé mentale était à l'origine de leur dysphorie de genre (38,0 %). Les pressions externes à la transition, telles que la discrimination (23,0 %) ou l'inquiétude quant au paiement des traitements (17,0 %), sont moins fréquentes.

Encouragement et pression pour la détransition. Il a été demandé aux participants de sélectionner les sources qui les encourageaient à croire que la détransition les aiderait. Il s'agissait de blogs (37,0 %), de Tumblr (35,0 %) et de vidéos de transitions sur YouTube (23,0 %) (voir les documents supplémentaires). À un moment donné de leur processus, 23,2 % se sont sentis poussés à la détransition. Il n'y avait pas de différence significative entre les femmes natales et les hommes natus pour ce qui est de la pression exercée sur eux pour détransitionner, $\chi^2(1, 99) = 1,11$. Sur les 21 réponses ouvertes fournies, 14 répondants ont exprimé une pression sociale pour détransitionner, trois ont exprimé une pression interne pour détransitionner et quatre ont fourni des réponses qui n'étaient ni l'une ni l'autre.

Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

ou peu claires. En ce qui concerne la pression sociale exercée sur les participants pour les inciter à détransitionner, sept d'entre eux ont indiqué que la pression provenait de leur partenaire, de leurs parents ou d'autres membres de la famille, comme le montrent les exemples de citations suivantes : "On m'a menacé de ne JAMAIS revoir mes enfants si je ne détransitionnais pas immédiatement", "Mon père voulait absolument que je me désiste" et "Mes parents m'encourageaient constamment à détransitionner". Cinq participants ont exprimé une pression sociale pour la détransition, comme l'expriment les citations suivantes : "Je n'ai pas réussi, on se moquait de moi en public, je ne pouvais pas trouver de travail. Ce n'était pas bien d'être trans" et "Eh bien, je veux dire qu'en gros, le monde entier était contre ma transition, alors oui". Un participant s'est senti mis sous pression par les médecins et un autre par un blog.

Étapes de la transition. Le tableau 6 présente des données sur les étapes sociales, médicales et chirurgicales de la transition.

Presque tous les participants ont franchi l'étape de la détransition médicale en cessant de prendre des hormones transsexuelles (95,0 %). Les étapes de la détransition sociale étaient également courantes et comprenaient le retour à l'utilisation des pronoms utilisés précédemment (63,0 %) et des noms de naissance (33,0 %) et le changement de vêtements et de coiffure (48,0 %). Les étapes de détransitions chirurgicales étaient les moins fréquentes (9,0 %).

Trouver de meilleurs moyens de faire face à la dysphorie de genre. On a demandé aux participants de sélectionner les réponses qu'ils considéraient comme de meilleures façons de faire face à leur dysphorie de genre. Les réponses comprenaient être dans une communauté (44,0 %), la méditation en pleine conscience/méditation (41,0 %), l'exercice (39,0 %), la thérapie (24,0 %), le travail sur les traumatismes (24,0 %), les médicaments pour traiter un problème de santé mentale (18,0 %) et le yoga (14,0 %).

Récits de transition et de détransition

Plusieurs récits de transition et de détransition ont émergé des données. Une minorité non négligeable de participants (41,0%) ont exprimé plus d'un récit dans leurs réponses.

Le récit de la *discrimination et des pressions externes en faveur de la détransition* a été décrit par 29,0% des participants. En voici quelques exemples : " J'ai dû détransitionner pour trouver un emploi " ; " J'avais peur d'être sans abri et de ne pas pouvoir subvenir à mes besoins " ; " Je me sentais beaucoup plus heureux avec moi-même mais je ne pouvais aller nulle part sans avoir peur. J'ai bien réussi, mais pas parfaitement. On me dévisageait et on me méprisait dans le rayon des vêtements pour femmes, je n'osais pas utiliser les toilettes publiques parce que j'y trouvais soit des hommes violents, soit des femmes qui souhaitaient une rencontre avec un homme violent."

Un récit *non binaire* a été exprimé par 16,0 % des participants. Certains ont décrit qu'ils ont découvert leur identité de genre nonbinaire pendant leur transition, comme dans les citations suivantes : " J'étais toujours mal à l'aise avec mon corps et je me suis dit que je devais m'arrêter et m'assurer que je voulais vraiment continuer. Je ne l'ai pas fait et j'ai décidé que je devais être non-binaire, et non pas FTM" ; "La transition n'a pas fait ce que je pensais vouloir. J'étais passé au mauvais sexe. Je me sentais toujours mal. Puis, j'ai réalisé que je n'étais pas un homme, mais que j'étais genderqueer. Je me suis détransitionné pour correspondre à ma véritable identité. " Et d'autres ont décrit une identification non binaire constante, comme dans la citation suivante : "Je m'identifiais de la même façon qu'avant.

Tableau 6 Étapes de la détransition sociale, médicale et chirurgicale

	N (%)
<i>Détransition sociale</i>	
Pronoms antérieurs ⁶ 3	(63,0%)
Vêtements/coiffure/maquillage ⁴ 8	(48,0%)
Nom de naissance ³ 3	(33,0%)
Nouveau nom (pas le nom de naissance) ² 4	(24,0%)
Aucun des éléments (2,0 %)	ci-dessus ²
<i>Détransition médicale*</i>	
Arrêt des hormones de sexe opposé ⁹ 5	(95,0%)
Arrêt des inhibiteurs de la puberté ⁴ 4	(4,0 %)
A commencé à prendre des hormones conformément au sexe natal ¹ 4	(14,0%)
Homme natal	
Arrêt des anti-androgènes ¹⁷ 17	(54,8%)
<i>Détransition chirurgicale*</i>	
Chirurgie pour inverser les changements de la transition ⁹ 9	(9,0%)

Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

J'avais obtenu ce que je voulais de la THS et j'étais prête à arrêter de le prendre". (Les hormones transsexuelles sont parfois appelées "hormonothérapie substitutive" et abrégées en THS).

Trois participants (3,0 %) ont exprimé la narration de la *retransition* dans des réponses ouvertes indiquant qu'ils avaient effectué une retransition, y compris les citations suivantes : "Je suis maintenant en transition pour la deuxième fois" ; "Je me suis retransitionné après 5 ans de dé-transition" ; et "Bref, je me suis retransitionné plus de 10 ans après ma dé-transition".

La plupart des participants (58,0 %) ont déclaré que *la dysphorie de genre était causée par un traumatisme ou un problème de santé mentale*, ce qui incluait l'approbation des options de réponse indiquant que leur dysphorie de genre était causée par quelque chose de spécifique, comme un traumatisme ou un problème de santé mentale. Plus de la moitié des participants (51,2 %) ont répondu qu'ils croyaient que le processus de transition les avait retardés ou empêchés de faire face ou d'être traités pour un traumatisme ou un problème de santé mentale. Voici des exemples de citations qui ont été faites en réponse aux raisons pour lesquelles les participants ont choisi la transition : "J'ai lentement commencé à m'occuper des problèmes de santé mentale et des expériences traumatisantes qui avaient provoqué une telle déconnexion entre moi et mon corps..." ; "Je commençais à critiquer la transition parce que j'avais l'impression que beaucoup de

gens la pratiquaient par haine de soi et j'ai commencé à réaliser que cela s'appliquait aussi à moi" ; "J'étais profondément mal à l'aise avec mes caractères sexuels secondaires, ce que je comprends maintenant comme étant le résultat de traumatismes subis pendant l'enfance et l'association de mes caractères sexuels secondaires avec ces événements".

Malgré l'absence de questions sur ce sujet dans l'enquête, près d'un quart (23,0 %) des participants ont exprimé *l'homophobie intériorisée et la difficulté à s'accepter en tant que lesbienne, gai ou bisexuel* en décrivant spontanément que ces expériences ont contribué à leur dysphorie de genre, à leur désir de transition et à leur détransition. Tous les sites

des participants de cette catégorie ont indiqué qu'ils étaient soit exclusivement attirés par le même sexe, soit attirés par le même sexe en combinaison avec une attirance pour le sexe opposé (comme bisexuel, pansexuel, etc.). Les réponses suivantes ont été inscrites comme " autres " à la question sur les raisons de la transition des participants : "En devenant un homme, mon attirance pour les filles deviendrait "normale"" ; "Être un "homme gay trans" (une femme qui sort avec d'autres femmes) me semblait mieux que d'être une lesbienne, moins honteux" ; "J'avais l'impression que le fait d'être du sexe opposé rendrait mon attirance refoulée pour le même sexe moins effrayante" ; "Je ne voulais pas être un homme gay". Certaines participantes ont décrit qu'il leur a fallu du temps pour acquérir une compréhension d'elles-mêmes en tant que lesbiennes, gays ou bisexuels, comme on peut le voir dans ce qui suit : "A l'époque, j'essayais de comprendre mon identité et je me sentais très masculin et je pensais être transgenre. Plus tard, j'ai découvert que j'étais lesbienne..." ; et "Eh bien, après une profonde découverte, j'ai réalisé que j'étais un homme gay et j'ai compris qu'un traumatisme sexuel après la puberté avait pu brouiller ma pensée. Je voulais vivre à nouveau en tant qu'homosexuel". Plusieurs répondantes natales ont exprimé que le fait de voir d'autres lesbiennes butchs leur aurait été utile, comme le montre ce qui suit : "Ce qui m'aurait aidé, c'est de pouvoir accéder à la communauté des femmes, et plus particulièrement à la communauté lesbienne. J'avais besoin d'avoir accès à divers modèles et mentors féminins, en particulier d'autres femmes butch."

Le récit de *l'influence sociale* a été identifié lorsque les par-

Les participants ont ajouté à la question s'ils s'étaient sentis poussés à la transition et la réponse décrivait la pression exercée par une ou plusieurs personnes. Un cinquième (20,0 %) des participants ont indiqué qu'ils s'étaient sentis poussés par une ou plusieurs personnes à faire la transition. Des exemples de citations concernant l'influence sociale ont été décrits dans une section précédente.

Parmi les femmes natales, 7,2 % ont exprimé le narratif de *la misogynie*. Voici quelques exemples de citations : "...j'ai réalisé à quel point [la dysphorie] pouvait être causée par la misogynie et l'homophobie intériorisées" ; "Je me suis enfin rendu compte qu'il n'y a rien de mal, de dégoûtant ou de faible dans le fait d'être une femme" ; et "Ma transition était une tentative désespérée de me distancer de la féminité et du fait de devenir une femme adulte en raison d'une lesbophobie et d'une misogynie intériorisées combinées à des antécédents de traumatisme sexuel."

Après la transition

Disposition. Au moment de répondre à l'enquête, la plupart des participants avaient recommencé à s'identifier uniquement à leur sexe de naissance (61,0 %) et 10,0 %

s'identifiaient à leur sexe de naissance plus une autre identité. Quatorze pour cent des participants s'identifiaient uniquement comme non-binaires et 11,0 % s'identifiaient comme non-binaires plus une autre identité. Huit pour cent des participants se sont identifiés uniquement comme transgenres et 5,0 % se sont identifiés comme transgenres plus une autre identité. Quatre pour cent des réponses n'entraient pas dans les catégories ci-dessus et ont été codées comme "autres". La figure 1 illustre la distribution de l'identification sexuelle actuelle des participants (après la transition). Seuls 24,0 % des participants avaient informé

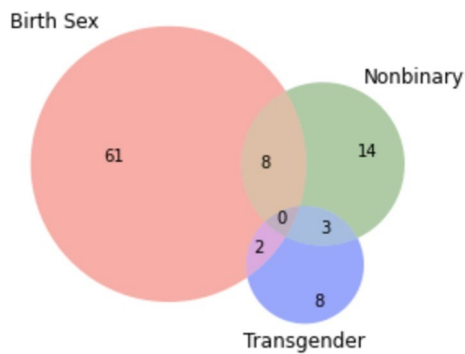


Fig. 1 Distribution de l'identification de genre actuelle des participants (après la détransition) (n = 100). *Notes* : La somme des nombres apparaissant dans le cercle "Sexe à la naissance" indique le nombre de participants qui ont recommencé à s'identifier à leur sexe à la naissance (71) - soit comme sexe à la naissance uniquement (61), soit comme sexe à la naissance en plus d'une deuxième identification (10) représentée dans le chevauchement entre deux cercles. Par exemple, huit participants s'identifient à leur sexe de naissance et à une identité non binaire. La somme des nombres apparaissant dans le cercle "Nonbinaire" indique le nombre de participants qui s'identifient comme nonbinaires (25) - soit comme nonbinaire seul (14), soit comme nonbinaire en plus d'une deuxième identification (11). La somme des chiffres apparaissant dans le cercle "Transgenre" indique le nombre de participants qui s'identifient comme transgenre (13) - soit comme transgenre seul (8), soit comme transgenre en plus d'une deuxième identification (5). Quatre participants ont donné des réponses qui ne correspondaient pas aux catégories ci-dessus et ont été codés comme "autres".

le médecin ou la clinique qui a facilité leurs transitions qu'ils avaient détransitionné.

Auto-appréciation de l'identification transgenre passée. Le tableau 7 présente les données relatives aux réponses approuvées par les participants pour refléter ce qu'ils ressentent actuellement par rapport au fait de s'être identifiés comme transgenres dans le passé. Les affirmations les plus fréquemment choisies sont les suivantes : " Je pensais que la dysphorie de genre était la meilleure explication de ce que je ressentais " (57,0 %), " Ma dysphorie de genre était similaire à la dysphorie de genre de ceux qui restent transitionnés " (42,0 %), " Ce que je pensais être des sentiments de transgenre était en fait le résultat d'un traumatisme " (36,0 %), " Ce que je pensais être des sentiments de transgenre était en fait le résultat d'un problème de santé mentale " (36,0 %).

Auto-évaluation de la transition et de la détransition. Lorsqu'on leur a demandé de choisir l'énoncé qui reflétait le mieux leurs sentiments à l'égard de leur transition, près d'un tiers (30,0 %) ont indiqué qu'ils auraient souhaité ne jamais vivre de transition, tandis que 11,0 % ont indiqué qu'ils étaient heureux d'avoir vécu une transition. Certains (34,0 %) ont choisi l'énoncé selon lequel la transition "était une partie nécessaire de [leur] parcours", mais d'autres (21,0 %) ont indiqué que le processus de transition les avait distraits de ce qu'ils auraient dû faire. Les réponses concernant l'aide ou le préjudice de la transition étaient

également compliquées. Alors que 50,5 % ont répondu qu'ils avaient été à la fois aidés et lésés, 32,3 % ont indiqué qu'ils avaient été lésés et 17,2 % qu'ils avaient été aidés. La majorité des répondants étaient insatisfaits de leur décision de transition (69,7%) et satisfaits de leur décision de dé-transition (84,7%). Un certain regret de la transition a été

Tableau 7 Auto-évaluation de l'identification transgenre passée

	Femme natale <i>N</i> (%) <i>N</i> = 69	Homme natal <i>N</i> (%) <i>N</i> = 31
<i>Auto-évaluation de l'identification en tant que transgenre dans le passé*</i>		
Je pensais que la dysphorie de genre était la meilleure explication pour ce que je ressentais.	39 (56.5%)	18 (58.1%)
Ma dysphorie de genre était similaire à la dysphorie de genre de ceux qui restent transitionnés	32 (46.4%)	10 (32.3%)
Ce que je pensais être des sentiments de transgenre était en fait le résultat d'un traumatisme.	31 (44.9%)	5 (16.1%)
Ce que je pensais être des sentiments de transsexualité était en fait le résultat... d'un problème de santé	28 (40.6%)	8 (25.8%)
Quelqu'un d'autre m'a dit que les sentiments que j'éprouvais signifiaient que j'étais transgenre. mentale et je les ai crus	25 (36.2%)	10 (32.3%)
Je m'identifie toujours comme transgenre	20 (29.0%)	10 (32.3%)
Je croyais que j'étais transgenre à l'époque, mais je me trompais.	16 (23.2%)	6 (19.4%)
J'étais transgenre à l'époque, mais je ne le suis plus maintenant.	15 (21.7%)	7 (22.6%)
Je m'identifiais auparavant comme transsexuel et je m'identifie maintenant comme étant de type " genderqueer/nonbinaire "	12 (17.4%)	5 (16.1)
Ma dysphorie de genre était différente de la dysphorie de genre de ceux qui restent transitionnés	11 (15.9%)	4 (12.9%)
Je n'ai jamais été transgenre	8 (11.6%)	3 (9.7%)
Je pensais que je souffrais de dysphorie de genre mais je me suis trompé.	4 (5.8%)	4 (12.9%)
Je n'ai jamais eu de dysphorie de genre	1 (1.4)	2 (6.5%)
N/A car je ne m'identifiais pas comme transgenre dans le passé.	0 (0%)	1 (3.2%)
Autre	18 (26.1%)	5 (16.1%)
Vous pouvez choisir plus d'une réponse.		

communs (79,8 %) et près de la moitié (49,5 %) ont déclaré avoir un fort ou un très fort regret. La plupart des répondants (64,6 %) ont indiqué que s'ils avaient su à l'époque ce qu'ils savent maintenant, ils n'auraient pas choisi la transition.

Discussion

Cette étude a été conçue pour explorer les expériences des individus qui ont obtenu un traitement médical et chirurgical pour la dysphorie de genre et qui ont ensuite quitté la transition en arrêtant les médicaments ou en subissant une chirurgie pour inverser les changements de la transition. Cependant, les résultats de cette étude ne doivent pas être considérés comme représentatifs de tous les individus qui détransitionnent. Bien que cette étude démontre que les détransitionneurs existent, la prévalence des détransitions en tant que résultat/évolution de la transition est inconnue. Seul un faible pourcentage de personnes en transition (24,0 %) a informé les cliniciens et les cliniques qui ont facilité leur transition qu'elles étaient en détransition. Par conséquent, les taux de détransition dans les cliniques sont probablement sous-estimés et les spécialistes de la transition de genre peuvent ne pas savoir combien de leurs propres patients ont détransitionné, en particulier pour les patients qui ne sont plus sous leurs soins.

Cette recherche démontre que les expériences des individus qui détransitionnent sont variées et que les raisons

de cette détransition sont complexes. Presque tous les participants se sont identifiés comme transgenres ou non binaires au début de leur transition et la plupart ont cherché à transiter parce qu'ils ne voulaient pas être associés à leur sexe d'origine,

Ils pensaient que leur corps n'était pas bien tel qu'il était et que la transition était la seule option pour soulager leur détresse. Certains ont été aidés par la transition et n'ont détransitionné que parce que des personnes de leur entourage, la société ou des complications médicales les ont poussés à le faire. D'autres ont été lésés par la transition et ont détransitionné parce qu'ils ont conclu que leur dysphorie de genre était causée par un traumatisme, un problème de santé mentale, une homophobie intériorisée ou une misogynie - des problèmes qui ne sont pas susceptibles d'être résolus par la transition. Ces résultats soulignent la complexité de la dysphorie de genre et suggèrent que, dans certains cas, le fait de ne pas explorer les comorbidités et le contexte dans lequel la dysphorie de genre est apparue peut conduire à un mauvais diagnostic, à des diagnostics manqués et à une transition de genre inappropriée. Certaines personnes ont détransitionné parce que leur dysphorie de genre s'est résorbée, parce qu'elles ont trouvé de meilleures façons de traiter leurs symptômes, ou parce que leurs définitions personnelles de l'homme et de la femme ont changé et qu'elles se sont senties à l'aise pour s'identifier à leur sexe d'origine.

L'échantillon de l'étude était principalement composé de jeunes femmes natives, dont beaucoup ont connu une dysphorie de genre à apparition tardive, ce qui reflète les changements récents et frappants dans la démographie des jeunes dysphoriques de genre qui cherchent des soins ainsi que les jeunes décrits par leurs parents dans Littman (2018) (voir également Aitken et al., 2015 ; de Graaf et al., 2018 ; Zucker, 2019). Des inquiétudes ont été soulevées quant au fait que cette nouvelle cohorte de personnes dysphoriques de genre ne ressemble pas aux cohortes précédentes. Les professionnels ont commencé à appeler à la prudence avant de traiter cette cohorte avec des interventions aux effets irréversibles car on ne connaît toujours pas les étiologies, les taux de désistance et de persistance,

la durée attendue des symptômes de DG (DG= dysphorie de genre)

On ne sait toujours pas si la transition de genre aide ou nuit à cette nouvelle population (D'Angelo et al., 2021 ; Kaltiala-Heino et al., 2018). Les femmes natales et les hommes nats de cet échantillon différaient sur plusieurs dimensions, notamment le fait que les femmes natales étaient plus jeunes que les hommes nats lorsqu'elles ont cherché à faire une transition, lorsqu'elles ont décidé de faire une détransition, et au moment de remplir le questionnaire. Les femmes natales étaient plus susceptibles que les hommes nats d'avoir subi un traumatisme moins d'un an avant l'apparition de leur dysphorie de genre et étaient plus susceptibles de se sentir poussées à la transition. Comparativement aux hommes, les femmes sont restées en transition moins longtemps avant de décider de changer de sexe. Par conséquent, leurs expériences peuvent varier en raison des tendances changeantes dans la gestion clinique de la dysphorie de genre et des contextes culturels dans lesquels elles sont devenues dysphoriques de genre.

Les résultats de l'étude couvrent un large éventail d'expériences de transitions qui sont cohérentes avec la diversité des expériences décrites dans les rapports de cas cliniques et les séries de cas publiés précédemment. Les chevauchements des résultats comprennent : le regret de la transition ; l'absence de regret de la transition ; la réidentification au sexe de naissance ; la poursuite de l'identification en tant que transgenre ; l'amélioration ou l'aggravation du bien-être avec la transition ; la retransition ; la détransition en raison de pressions sociales externes ; l'identification nonbinaire ; et la reconnaissance et l'acceptation de soi en tant qu'homosexuel ou bisexuel (D'Angelo, 2018 ; Djordjevic et al., 2016 ; Levine, 2018 ; Pazos Guerra et al., 2020 ; Turban & Keuroghlian, 2018 ; Turban et al., 2021 ; Vandenbussche, 2021). La population de cette étude est similaire à celle de Vandenbussche en ce sens qu'il s'agissait dans les deux cas principalement de femmes natales âgées d'une vingtaine d'années. Étant donné que l'étude actuelle a recruté en 2016-2017 et que Vandenbussche a recruté en 2019, l'âge moyen similaire des participants peut refléter l'âge des individus qui peuvent être atteints dans les communautés de transsexuels en ligne.

Plusieurs résultats de cette étude étaient cohérents avec ceux de Vandenbussche, notamment les raisons similaires de la détransition (réaliser que leur dysphorie de genre était liée à d'autres problèmes, trouver des alternatives pour traiter la dysphorie de genre, dysphorie de genre résolue, etc.) Bien que le recrutement dans ces 2 études ait eu lieu au cours d'années différentes, qu'elles aient eu des critères d'admissibilité différents et qu'elles aient inclus des participants de plusieurs pays, il est possible qu'il y ait un certain chevauchement des populations étudiées. Les résultats de la présente étude apportent un éclairage supplémentaire sur les relations complexes entre l'homophobie intériorisée, la dysphorie de genre et le désir de transition. Contrairement aux arguments contre le rôle

potentiel de l'homophobie dans les transitions de genre (Ashley, 2020), les participants ont rapporté que leur propre dysphorie de genre et leur désir de transition provenaient du malaise qu'ils ressentaient d'être attirés par le même sexe, de leur désir de ne pas être gays et des difficultés qu'ils avaient à s'accepter comme lesbiennes, gays ou bisexuels. Pour ces personnes, l'exploration de leur détresse et de leur malaise par rapport aux questions d'orientation sexuelle aurait peut-être été plus utile que la transition médicale et chirurgicale ou, du moins, une partie importante de l'exploration avant de faire une transition.

la décision de transition. Cette recherche s'ajoute aux preuves existantes selon lesquelles la dysphorie de genre peut être temporaire (Ristori & Steensma, 2016 ; Singh et al., 2021 ; Zucker, 2018). Il a été établi que le résultat le plus probable pour les jeunes prépubères atteints de dysphorie de genre est de se développer en adultes lesbiennes, gays, bisexuels (LGB) (non transgenres) (Ristori & Steensma, 2016 ; Singh et al., 2021 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008 ; Zucker, 2018). Et, la dysphorie de genre temporaire peut être une partie commune du développement de l'identité LGB (Korte et al., 2008 ; Patterson, 2018). Par conséquent, intervenir trop tôt pour médicaliser les jeunes dysphoriques de genre risque de faire dérailler de manière iatrogène le développement de jeunes qui, autrement, grandiraient pour devenir des adultes LGB non transgenres. Les participants qui ont détransitionné parce qu'ils se sont sentis plus à l'aise avec leur sexe natal et parce que leur dysphorie de genre s'est résorbée confirment que la dysphorie de genre n'est pas toujours permanente.

Les données de cette étude renforcent, par des récits de première main, les hypothèses de la dysphorie de genre à apparition rapide (DAGR) qui, brièvement énoncées, sont que les facteurs psychosociaux (tels que les traumatismes, les conditions de santé mentale, les mécanismes de défense inadaptés, l'homophobie intériorisée et l'influence sociale) peuvent causer ou contribuer au développement de la dysphorie de genre chez certains individus (Littman, 2018). Littman a également postulé que certaines croyances pouvaient être propagées par contagion par les pairs, notamment la croyance qu'un large éventail de symptômes doit être interprété comme une dysphorie de genre (et une preuve d'être transgenre) et la croyance que la transition est la seule solution pour soulager la détresse. L'étude actuelle soutient le rôle potentiel des facteurs psychosociaux dans le développement de la dysphorie de genre et suggère en outre, par les réponses des participants selon lesquelles la transition les a empêchés ou retardés de traiter leurs conditions sous-jacentes, que des mécanismes de défense inadaptés peuvent être pertinents pour certains individus. Le rôle potentiel de l'influence sociale est également démontré. Premièrement, lorsqu'on a demandé aux répondants de décrire comment ils se sentent actuellement par rapport au fait de s'être identifiés comme transgenres dans le passé, plus d'un tiers d'entre eux ont choisi l'option suivante : "Quelqu'un m'a dit que les sentiments que j'éprouvais signifiaient que j'étais transgenre, et je l'ai cru". Deuxièmement, un sous-ensemble de participants a fait l'expérience de la dynamique de groupe d'amis unique rapportée par Littman, où les groupes de pairs se moquaient des personnes qui n'étaient pas transgenres et où la popularité au sein du groupe d'amis augmentait lorsque les répondants annonçaient leur projet de transition. De plus, les répondants ont identifié plusieurs

sources sociales qui les ont encouragés à croire que la transition les aiderait, notamment : Les vidéos de transition sur YouTube, les blogs, Tumblr et les communautés en ligne. Enfin, 20,0 % des participants se sont sentis poussés à la transition par des sources sociales telles que les amis, les partenaires et la société. D'autres recherches sont nécessaires pour approfondir ces hypothèses.

L'étude actuelle et l'analyse de Turban et al. (2021) de la Les données de l'USTS présentent des similitudes et des différences. Les similitudes comprennent l'utilisation d'échantillons de commodité, le recrutement ciblé et la collecte de données anonymes. Les résultats de Turban et al. (y compris les pressions externes pour la détransition et l'identifictaion transgenre après détransition) sont également très différents.

identification après la détransition) constituent un sous-ensemble de l'éventail d'expériences décrites dans l'étude actuelle. L'étude actuelle diffère de celle de James et al. (2016) et de Turban et al. en ce qu'elle a recruté des participants sur la base du critère de la détransition après une transition médicale ou chirurgicale, indépendamment de leur identification actuelle, qu'elle a recruté dans des communautés ayant des perspectives diverses sur la transition et la détransition, qu'elle a utilisé une définition précise de la détransition qui spécifie l'utilisation de médicaments ou de chirurgie, et qu'elle a inclus des options de réponse pertinentes pour de nombreux types différents d'expériences de détransition. En revanche, l'USTS n'a recruté que des personnes s'identifiant comme transgenres, qu'elles aient subi une transition médicale ou chirurgicale, a recruté dans des communautés susceptibles d'avoir des points de vue similaires sur la transition et la détransition, et a fourni des options de réponse à choix multiples pertinentes pour une gamme plus étroite d'expériences de détransition (James et al., 2016). De plus, la définition utilisée par l'USTS pour "détransitionné" (avoir "recommencé à vivre selon le sexe assigné à la naissance, du moins pendant un certain temps") est assez vague. Bien que Turban et al. fournissent des informations précieuses sur le sous-ensemble de personnes s'identifiant comme transgenres qui peuvent avoir détransitionné, la présente étude offre une vision plus complète des personnes qui détransitionnent après une transition médicale ou chirurgicale.

Au cours des 15 dernières années, des changements substantiels sont intervenus

dans l'approche clinique des patients dysphoriques de genre pour le passage d'approches qui emploient des évaluations approfondies et une utilisation judicieuse de la transition médicale et chirurgicale (l'attente vigilante ou l'approche hollandaise, l'approche informée sur le plan du développement et le modèle médical de soins) à des approches avec une évaluation minimisée ou éliminée et une utilisation libérale des interventions de transition (l'approche affirmative et le modèle de soins avec consentement éclairé) (Cavanaugh et al., 2016 ; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012 ; Meyer et al., 2002 ; Rafferty et al., 2018 ; Schulz, 2018 ; Zucker et al., 2012b). Cette tendance est prépondérante aux États-Unis, où l'Académie américaine de pédiatrie a approuvé l'approche affirmative en 2018 et où Planned Parenthood utilise actuellement le modèle de consentement éclairé pour fournir des transitions médicales dans plus de 200 cliniques dans 35 États (Planned Parenthood, 2021 ; Rafferty et al., 2018). Il est vraisemblable qu'une conséquence involontaire de ces changements cliniques soit une augmentation des personnes qui se détransitionnent. De nombreux participants à cette étude pensent qu'ils n'ont pas reçu une évaluation adéquate par un clinicien avant la transition. La définition d'une "évaluation adéquate" n'était pas fournie dans l'enquête et peut être sujette à inter-

prétation de la part des répondants. Mais étant donné la complexité de la dysphorie de genre décrite dans l'étude actuelle, on pourrait considérer qu'une évaluation "adéquate" serait l'exploration des facteurs qui pourraient être interprétés à tort comme une dysphorie de genre non temporaire ainsi que des facteurs qui pourraient être des causes sous-jacentes de la dysphorie de genre. L'approche la plus récente de la dysphorie de genre est appelée "approche exploratoire". Il s'agit d'une approche psychothérapeutique neutre visant à aider les individus à mieux comprendre leur détresse de genre et les facteurs qui y contribuent.

leur dysphorie (Churcher Clarke & Spiliadis, 2019 ; Spiliadis, 2019). Les résultats de l'étude suggèrent qu'une approche de type exploratoire a pu être bénéfique pour certains des répondants. Des recherches futures sont nécessaires pour déterminer quels patients sont les mieux traités par quelles approches à long terme.

Les patients qui envisagent des interventions médicales et chirurgicales méritent des informations précises sur les risques, les avantages et les alternatives à ce traitement. Dans cet échantillon, près de la moitié des participants ont déclaré que les conseils qu'ils ont reçus au sujet de la transition étaient trop positifs quant aux avantages de la transition et plus d'un quart ont déclaré que les conseils n'étaient pas assez négatifs quant aux risques. Plusieurs participants ont senti que leurs médecins et leurs thérapeutes les incitaient à la transition. Si ces types d'interactions cliniques sont vérifiés, il est nécessaire d'explorer dans quelle mesure cette situation se produit et quelles mesures pourraient être prises pour s'assurer que les cliniciens présentent aux patients leurs options de façon précise et impartiale.

Il existe plusieurs obstacles à l'obtention de taux précis de transitions et de désistance, notamment la stigmatisation et le faible nombre de détransitionneurs qui informent leurs cliniciens qu'ils ont détransitionné. Une approche pour contourner certains de ces obstacles serait d'intégrer des questions sans jugement sur la détransition et la désistance dans des enquêtes représentatives au niveau national qui collectent des données sur la santé. Par exemple, le Behavioral Risk Factor Surveillance System contient un module optionnel sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre qui comprend deux questions pour explorer les questions de genre (Downing & Przedworski, 2018). En transformant une question existante, " Vous considérez-vous comme transgenre ? ", en deux questions, " Avez-vous déjà, à un moment donné de votre vie, considéré que vous étiez transgenre ? " et " Vous considérez-vous actuellement comme transgenre ? " et en ajoutant une question complémentaire si les réponses indiquent une identification transgenre passée mais pas actuelle : " Avez-vous déjà pris des bloqueurs de puberté, des hormones transsexuelles, des anti-androgènes ou subi une intervention chirurgicale dans le cadre de votre transition ? ", on peut obtenir des informations précieuses sur la désistance, la détransition et l'identification transgenre actuelle. Ce type de questions peut également être utile dans la pratique clinique et les dossiers médicaux électroniques. Les informations obtenues sur les taux de détransition et de désistance amélioreraient les soins de santé des transgenres en facilitant les processus de consentement éclairé au début de toute transition médicale ou chirurgicale. L'un des points forts de cette étude est qu'il s'agit de l'un des plus grands échantillons de transitions à ce jour. Parmi les autres points forts, citons l'utilisation d'une définition précise de la

détransition, le recrutement de personnes en détransition indépendamment de leur identité de genre après la détransition, le recrutement au sein de communautés ayant probablement des points de vue divergents sur la transition et la détransition, et la collaboration avec deux personnes ayant effectué une détransition, ce qui a permis de créer un instrument d'enquête avec des questions pertinentes pour une variété d'expériences de détransition et d'améliorer les efforts de recrutement. Cette étude comporte plusieurs limites dont il faut tenir compte lors de l'interprétation des résultats. Comme Vandebussche (2021), James et al. (2016), et Turban et al. (2021), cette étude

a utilisé une conception transversale, un sondage anonyme et un échantillon de proximité et partage donc les mêmes limites que celles inhérentes à ces méthodologies. Ces limites comprennent l'impossibilité de tirer des conclusions sur la causalité, l'impossibilité de vérifier l'identité des participants et le fait que les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des personnes qui détransitionnent ou aux personnes vivant en dehors des pays d'origine des participants. Bien que cette étude ait touché des communautés ayant des points de vue différents sur la transition et la détransition, le recrutement ciblé et les échantillons de convenance introduisent toujours les limites associées aux biais de sélection qui devraient être abordés dans les recherches futures. Enfin, de nombreux participants à cette étude n'ont pas eu une expérience idéale de leur transition médicale et chirurgicale, et il est possible que ces expériences aient coloré certaines des réponses. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer la prévalence de la détransition comme résultat de la transition et pour identifier et répondre aux besoins psychologiques et médicaux de la population émergente de détransitionneurs.

Étant donné que de nombreuses personnes qui détransitionnent s'identifient à nouveau à leur sexe de naissance, ne sont plus liées aux communautés LGBT et ne retournent pas dans les cliniques spécialisées dans l'étude du genre, les recherches futures sur la transition doivent étendre les efforts de recrutement au-delà des cliniques spécialisées dans l'étude du genre et des communautés transgenres. Le développement et la mise à l'essai d'interventions non médicales pour la dysphorie de genre pourraient fournir des options intéressantes à utiliser comme alternatives ou en conjonction avec des traitements médicaux et chirurgicaux. En raison de la possibilité que certaines personnes ressentent des traumatismes, des problèmes de santé mentale, une homophobie et une misogynie intériorisées comme une dysphorie de genre, des recherches doivent être menées sur le processus d'évaluation avant la transition afin de trouver des approches qui explorent de manière respectueuse et collaborative les facteurs qui pourraient contribuer à la détresse liée au genre. Il n'y a toujours pas de données sur les résultats à long terme pour les jeunes traités par transition médicale et chirurgicale, ni d'informations sur les trajectoires des jeunes souffrant de dysphorie de genre à apparition tardive - des recherches sont nécessaires pour combler ces lacunes. Il faut poursuivre les efforts visant à réduire la rigidité des rôles sexuels, à mieux représenter la non-conformité aux stéréotypes sexuels et à lutter contre la discrimination et les pressions sociales exercées à l'encontre des personnes transgenres, lesbiennes, gays, bisexuelles et des non-conforme.

Cette étude décrit des personnes qui, après avoir effectué une transition à l'aide de médicaments ou d'une intervention chirurgicale, ont détransitionné. La prévalence de la détransition après la transition est inconnue mais est probablement sous-estimée car la plupart des participants n'ont pas informé les médecins qui ont facilité leur transition qu'ils avaient détransitionné. Il n'existe pas de récit unique pour expliquer les expériences de tous les individus qui effectuent une détransition et nous devons éviter de peindre cette population avec un pinceau large. Certains détransitionneurs s'identifient à nouveau à leur sexe de naissance, d'autres s'identifient à leur sexe d'origine.

Conclusion

(ou maintiennent) une identification non-binaire, et certains continuent à s'identifier comme transgenres. Certains détransitionneurs regrettent d'avoir transitionné, d'autres non. Certains des détransitionneurs ont rapporté des expériences qui soutiennent les hypothèses du ROGD, notamment que leur dysphorie de genre a commencé pendant ou après la puberté et que les problèmes de santé mentale, les traumatismes, les pairs, les médias sociaux, les communautés en ligne et la difficulté à s'accepter comme lesbiennes, gays ou bisexuels étaient liés à leur dysphorie de genre et à leur désir de transition. Les détransitionneurs femmes et hommes semblent présenter des différences dans leurs caractéristiques et expériences de base, et ces différences devraient être mieux définies. Les recherches futures sur la dysphorie de genre et les résultats de la transition devraient tenir compte de la diversité des expériences et des trajectoires. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer la meilleure façon de fournir un soutien et un traitement pour le bien-être médical et psychologique à long terme des personnes qui détransitionnent. Les résultats de la détransition devraient être utilisés pour améliorer notre compréhension de la dysphorie de genre et pour mieux informer les processus d'évaluation, de conseil et de consentement éclairé pour les personnes qui envisagent une transition.

Remerciements Je tiens à remercier les deux personnes ayant une expérience personnelle de la détransition qui ont participé à la création de l'instrument d'enquête et au recrutement, ainsi que le Dr Anna Hutchinson, le Dr Roberto D'Angelo et les réviseurs pour leurs commentaires sur les versions précédentes de ce manuscrit.

Financement Aucun financement n'a été reçu pour la réalisation de cette étude. Les frais d'accès libre ont été fournis par l'Institute for Comprehensive Gender Dysphoria Research.

Déclarations

Conflit d'intérêts L'auteur n'a aucun conflit d'intérêts financier ou non financier à divulguer.

Consentement à la participation Le consentement électronique a été obtenu de tous les participants à l'étude. Sur la première page de l'enquête en ligne, les participants ont été informés de l'objectif de la recherche et des risques et avantages potentiels de leur participation, du caractère volontaire de leur participation et de la possibilité de contacter le chercheur. Les questions de l'enquête de recherche n'étaient affichées que si le participant cliquait sur "accepter", ce qui indiquait qu'il avait lu les informations, qu'il acceptait volontairement de participer et qu'il était âgé d'au moins 18 ans.

Approbation éthique La recherche a été jugée exempte de recherche sur l'homme par le programme de protection des sujets humains de la Icahn School of Medicine at Mount Sinai à New York, NY. Toutes les procédures ont été réalisées conformément aux normes éthiques du programme de protection des sujets humains de l'Icahn School of Medicine at Mount Sinai et à la Déclaration d'Helsinki de 1964 et à ses amendements ultérieurs ou à des normes éthiques comparables.

Accès libre Cet article est soumis à une licence Creative Commons Attribution 4.0 International License, qui permet l'utilisation, le partage, l'adaptation, la distribution et la reproduction sur n'importe quel support ou dans n'importe quel format, à condition de citer de manière appropriée le ou les auteurs originaux et la source, de fournir un lien vers la licence Creative Commons, et d'indiquer si des changements

ont été réalisées. Les images ou tout autre matériel tiers figurant dans cet article sont inclus dans la licence Creative Commons de l'article, sauf indication contraire dans la ligne de crédit du matériel. Si le matériel n'est pas inclus dans la licence Creative Commons de l'article et que l'utilisation que vous souhaitez en faire n'est pas autorisée par la réglementation ou dépasse l'utilisation autorisée, vous devrez obtenir l'autorisation directement auprès du détenteur des droits d'auteur. Pour consulter une copie de cette licence, rendez-vous sur <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Références

- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., & Zucker, K. J. (2015). Preuve d'une altération du rapport sexuel chez les adolescents référés par la clinique et souffrant de dysphorie de genre. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 756-763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Anonyme. (2017). Expérience : Je regrette d'être en transition. *La Gardian*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2017/feb/03/experience-i-regret-transitioning>.
- Ashley, F. (2020). Homophobie, thérapie de conversion et modèles de soins pour les jeunes trans : Défendre l'approche affirmative du genre. *Journal of LGBT Youth*, *17*(4), 361-383. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>
- Blanchard, R. (1985). Typologie du transsexualisme homme-femme. *Archives of Sexual Behavior*, *14*(3), 247-261.
- Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*, *18*(4), 315-334.
- Blanchard, R., Clemmensen, L. H., & Steiner, B. W. (1987). Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, *16*(2), 139-152. <https://doi.org/10.1007/BF01542067>
- Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Langue et santé des trans [éditorial]. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>
- Bridge, L. (2020). Les transsexuels sont la preuve vivante que les pratiques entourant les "enfants trans" doivent être remises en question. *Feminist Current*. <https://www.feministcurrent.com/2020/01/09/detransitioners-are-living-proof-the-practices-surrounding-trans-kids-need-be-questioned/>.
- Butler, C., & Hutchinson, A. (2020). Débat : Le besoin pressant de recherche et de services pour les désistés/detransitions de genre. *Child and Adolescent Mental Health*, *25*(1), 45-47. <https://doi.org/10.1111/camh.12361>
- Byng, R., Bewley, S., Clifford, D. et McCartney, M. (2018). Redesigning gender identity services : Une occasion de générer des preuves. *British Medical Journal*, *363*. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4490>
- Callahan, C. (2018). Les voix inaudibles des personnes en détransition. Dans H. Brunskell-Evans & M. Moore (Eds.), *Transgender children and young people : Plaidoyer : Born in your own body* (pp. 166-180). Cambridge Scholars Publishing.
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., et Lambert, C. (2016). Informed consent dans les soins médicaux des patients transgenres et non conformistes de genre. *AMA Journal of Ethics*, *18*(11), 1147-1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Churcher Clarke, A., et Spiliadis, A. (2019). " Enlever le couvercle de la boîte " : La valeur de l'évaluation clinique étendue pour les adolescents présentant des difficultés d'identité de genre. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 338-352. <https://doi.org/10.1177/1359104518825288>
- Dahlen, S. (2020). De-sexing the medical record ? Un examen du sexe par rapport à l'identité de genre dans les conseils éthiques du General Medical Council sur les soins de santé trans. *The New Bioethics*, *26*(1), 38-52. <https://doi.org/10.1080/20502877.2020.1720429>

- D'Angelo, R. (2018). L'implication éthique de la psychiatrie dans les soins d'affirmation du genre. *Australasian Psychiatry*, 26(5), 460-463. <https://doi.org/10.1177/1039856218775216>
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all : In support of psychotherapy for gender dysphoria [Lettre à l'éditeur]. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7-16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio chez les enfants et les adolescents orientés vers le service de développement de l'identité de genre au Royaume-Uni (2009-2016) [Lettre à la rédaction]. *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Gestion clinique de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents : L'approche néerlandaise. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- Djordjevic, M. L., Bizic, M. R., Duisin, D., Bouman, M.-B., & Bancamper, M. (2016). Chirurgie d'inversion chez les transsexuels homme-femme regrettés après une chirurgie de réassignation sexuelle. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 1000-1007. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.173>
- Downing, J. M., et Przedworski, J. M. (2018). La santé des adultes transgenres aux États-Unis, 2014-2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 336-344. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045>
- Entwistle, K. (2021). Debate : Reality check-Detransitioner's testimonies require us to rethink gender dysphoria. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 15-16. <https://doi.org/10.1111/camh.12380>
- 4thwavenow. (2016). À la louange des gardiens : Un entretien avec un ancien adolescent client du TransActive Gender Center. <https://4thwavenow.com/2016/04/21/in-praise-of-gatekeepers-an-interview-avec-une-ancienne-adolescente-cliente-du-centre-de-transitions-sexuelles/>
- Griffin, L., Clyde, K., Byng, R., & Bewley, S. (2020). Sexe, genre et identité de genre : A re-evaluation of the evidence. *Bulletin BJPsych*. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>
- Herzog, K. (2017). Les transsexuels : Ils étaient transgenres jusqu'à ce qu'ils ne le soient plus. *The Stranger*. <https://www.thestranger.com/features/2017/06/28/25252342/the-detransitioners-they-were-trans-gender-until-they-werent>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. et Anafi, M. (2016). *Le rapport de l'enquête américaine 2015 sur les transgenres*. Centre national pour l'égalité des transgenres.
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M. et Frisen, L. (2018). La dysphorie de genre à l'adolescence : Perspectives actuelles. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A., & Beier, K. M. (2008). Troubles de l'identité sexuelle dans l'enfance et l'adolescence : concepts et stratégies de traitement actuellement débattus. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 105(48), 834-841. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0834>
- Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (1998). Inversion des rôles sexuels chez les transsexuels postopératoires. *International Journal of Transgenderism*, 2(3), 1-6.
- Levine, S. B. (2018). La transition vers la masculinité. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 1295-1300. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1136-9>
- Littman, L. (2018). Rapports des parents d'adolescents et de jeunes adultes permis de montrer des signes d'un début rapide de dysphorie de genre. *PLoS ONE*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Marchiano, L. (2017). L'épidémie : Sur les ados transgenres et les

- Marchiano, L. (2020). Les rangs des détransitionnistes de genre augmentent. Nous devons comprendre pourquoi. Quillette. <https://quillette.com/2020/01/02/the-ranks-of-gender-detransitioners-are-growing-we-need-to-understand-why/> (Les rangs des transitions de genre augmentent. Nous devons comprendre pourquoi).
- McCann, C. (2017). Quand les filles ne seront pas des filles. *The Economist*. <https://www.economist.com/1843/2017/09/28/when-girls-wont-be-girls>
- Meyer, W., Bockting, W. O., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., Diceglio, D., Devor, H., Gooren, L., Hage, J. J., Kirk, S., Kuiper, B., Laub, D., Lawrence, A., Menard, Y., Patton, J., Schaefer, L., Webb, A., & Wheeler, C. C. (2002). The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standards of care for gender identity disorders, Sixth Version. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 13(1), 1-30. https://doi.org/10.1300/J056v13n01_01
- Patterson, T. (2018). L'homophobie inconsciente et la montée du mouvement transgenre. *Psychodynamic Practice*, 24(1), 56-59. <https://doi.org/10.1080/14753634.2017.1400740>
- Pazos Guerra, M., Gómez Balaguer, M., Gomes Porras, M., Hurtado Murillo, F., Solá Izquierdo, E., & Morillas Ariño, C. (2020). Transsexualidad : Transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(9), 562-567. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
- Projet de résilience Pique. (2019). <https://www.piqueresproject.com/>
- Planned Parenthood. (2021). *Ce que je dois savoir sur la santé des trans. soins de santé ?* <https://www.plannedparenthood.org/learn/gender-identity/transgender/what-do-need-know-about-trans-health-care>
- Rafferty, J., Comité des aspects psychosociaux de la santé de l'enfant et de la famille, Comité de l'adolescence, & Section de la santé et du bien-être des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres. (2018). Garantir des soins et un soutien complets aux enfants et adolescents transgenres et de genre différent. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- r/detrans. (2019). *Mise à jour de l'enquête du subreddit R/detrans !* [Reddit]. https://www.reddit.com/r/detrans/comments/azj8xd/subreddit_survey_update/
- r/detrans. (2020). [Reddit]. <https://www.reddit.com/r/detrans/>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). La dysphorie de genre dans l'enfance. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Schulz, S. L. (2018). Le modèle de consentement éclairé de la prise en charge des transgenres : Une alternative au diagnostic de dysphorie de genre. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 72-92. <https://doi.org/10.1177/0022167817745217>
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). Une étude de suivi des garçons atteints de troubles de l'identité sexuelle. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- Spiliadis, A. (2019). Vers un modèle exploratoire du genre : Ralentir les choses, ouvrir les choses et explorer le développement identitaire-ment. *Revue de thérapie systémique Metalogos*, 35, 1-9.
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Le développement de l'identité de genre à l'adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288-297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Stella, C. (2016). *La détransition et la réidentification des femmes : Résultats de l'enquête et interprétation* [Tumblr]. <http://guideonrainingstars.tumblr.com/post/149877706175/female-detransition-and-reidentification-survey>
- Le réseau de défense de la détransition. (2020). <https://www.detransadv.com>
- Tracey, M. (2020). *Pourquoi tous ces trucs trans ?* YouTube. <https://youtu.be/r57wGbiK3U8>
- Turban, J. L., & Keuroghlian, A. S. (2018). Les présentations dynamiques de genre : Comprendre la transition et la "détransition" chez les jeunes transgenres. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(7), 451-453. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.03.016>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Facteurs menant à la "détransition" chez les personnes transgenres et de genre divers aux États-Unis : A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8, 273-280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- twitter.com/fmdetransed, & twitter.com/radfemjourney. (2019). Our voices our selves-Amplifying the voices of detransitioned women. Dans M. Moore & H. Brunskell-Evans (Eds.), *Inventing transgender children and young people* (pp. 167-174). Cambridge Scholars Publishing.
- upperhandMARS. (2020). *Désistez-vous pour exister en tant que Chiara.* YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=rLFrTRnRk>
- Vandenbussche, E. (2021). Besoins et soutien liés à la transition : A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Zucker, K. J. (2018). Le mythe de la persistance : Réponse à " A critical commentary on follow-up studies and 'desistance' theories about transgender and gender non-conforming children " par Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgender-ism*, 19(2), 231-245. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>
- Zucker, K. J. (2019). Adolescents atteints de dysphorie de genre : Réflexions sur certaines questions cliniques et de recherche contemporaines. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1983-1992. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8>
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Trouble de l'identité sexuelle et problèmes psychologiques chez les enfants et les adolescents.* Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012a). Données démographiques, problèmes de comportement et caractéristiques psychosexuelles d'adolescents souffrant de troubles de l'identité sexuelle ou de fétichisme travesti. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151-189. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.611219>
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D. et Bradley, S. J. (2012b). Un modèle biopsychosocial évolutif pour le traitement des enfants atteints de troubles de l'identité sexuelle. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>

Note de l'éditeur Springer Nature reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les cartes publiées et les affiliations institutionnelles.